**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

FÁTIMA CRISTINA MONTEIRO OLIVEIRA

**Compreendendo a fobia em odontopediatria por meio de
intervenções com o Procedimento de Desenhos-Estórias**

São Paulo

2008

FÁTIMA CRISTINA MONTEIRO DE OLIVEIRA

**Compreendendo a fobia em odontopediatria por meio de
intervenções com o Procedimento de Desenhos-Estórias**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lúcia Toledo Moraes
Amiralian

São Paulo

2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fátima Cristina Monteiro de Oliveira

Compreendendo a fobia em odontopediatria
por meio de intervenções com o Procedimento
de Desenhos-Estórias

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia escolar e do
Desenvolvimento humano.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Dra. Maria Lúcia Toledo Moraes Amiralian, por ter me aceito e confiado em meu trabalho. Agradeço suas valiosas contribuições, com admiração por sua possibilidade e inteligência em acolher, compreender e auxiliar assuntos tão diversos, sempre aberta ao novo, à diversidade e à riqueza da produção de conhecimento.

Ao meu querido marido e companheiro José, por todos estes anos juntos, e por ser uma pessoa que acredita em evolução, crescimento, mudanças e desenvolvimento.

Aos meus amadíssimos filhos, pelas solicitações, brincadeiras, bagunças e necessidades, que me fizeram relativizar as dificuldades desse trabalho e enxergá-lo sempre como uma contribuição a um mundo melhor.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim.

Aos meus queridos irmãos, cunhadas e sobrinhos, que são minha família.

Aos meus avós, em especial ao avô Joaquim.

À minha sogra (in memoriam) que me ensinou que nós plantamos hoje, para que as gerações futuras possam colher os frutos.

Ao Prof. Dr. Walter Trinca, que generosamente me apresentou ao Procedimento de Desenhos-Estórias e abriu-me a possibilidade deste trabalho.

À Prof. Dra. Ana Maria Trapé Trinca, pela gentileza, bondade e afetuosidade, e cujo trabalho com crianças em pré-cirúrgicos, tantas vezes iluminou o meu.

À Prof. Dra. Tânia Maria Aiello-Vaisberg pela disponibilidade em colaborar com meu trabalho e pelas excelentes colaborações em minha qualificação.

À Sra Myrna Pia Favilli, por me ajudar a enfrentar e elaborar as dificuldades do final desse percurso.

E finalmente aos meus pacientes, colaboradores e co-autores desse trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
 1 INTRODUÇÃO:	
1.1 INSERÇÃO DO TRABALHO:	01
1.1 Reflexões sobre um percurso.	01
1.1.2 As concepções populares a cerca da experiência odontológica	03
1.1.3 A criança na clínica odontológica:	04
1.1.3.1 Antecedentes históricos.	04
1.1.3.2 Abordagens clássicas na odontopediatria.	05
1.1.3.3 Estudos sobre o medo e a ansiedade diante da situação odontológica.	10
1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	14
1.2.1 Estudos psicanalíticos sobre a dentição e o desmame.	14
1.2.2 O desenvolvimento e amadurecimento infantil e o brincar	20
1.2.3 A situação de crise	24
1.2.4 O medo diante da consulta odontológica como manifestação de fobia	25
1.2.5 O Procedimento de Desenhos-Estórias	27
1.2.5.1 O D-E em sua concepção clássica	27
1.2.5.2 Ampliações na utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias	29
1.2.6 O método clínico	32
1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA.	35
 2 METODOLOGIA DE PESQUISA	38
2.1 A PESQUISA EM PSICANÁLISE.	38
2.2 SUJEITOS DA PESQUISA	42
2.2.1 Escolha e número de sujeitos	42
2.2.2 Sujeitos quanto à idade	42
2.2.3 Sujeitos quanto ao sexo	43
2.2.4 Sujeitos quanto à escolaridade	43
2.2.5 Sujeitos quanto ao nível sócio econômico	44
2.2.6 Tratamentos odontológicos prévios	45

2.3 PROCEDIMENTOS: INSTRUMENTO E MÉTODO DE PESQUISA	46
2.3.1 Encaminhamentos	46
2.3.2 Local de realização	46
2.3.3 Entrevista com os pais	46
2.3.4 Observação clínica da criança	47
2.3.5 Instrumentos e método	48
2.3.5.1 O D-E como instrumento de contato com as dificuldades frente ao atendimento odontopediátrico	48
2.3.5.2 Aplicação do instrumento: material utilizado e desenvolvimento do trabalho	50
2.4 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
3 RESULTADOS	54
3.1 SEQUÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DOS CASOS	55
3.2 CASOS CLÍNICOS	55
Caso clínico nº 1: Aline	55
Caso clínico nº 2: Beatriz	64
Caso clínico nº 3: Breno	71
Caso clínico nº 4: Elisa	80
Caso clínico nº 5: Sandra	91
Caso clínico nº 6: Isabela	101
Caso clínico nº 7: Roberto	108
Caso clínico nº 8: Teresa	119
Caso clínico nº 9: Vítor	126
Caso clínico nº 10: Eduardo	137
Caso clínico nº 11: Yumi	148
Caso clínico nº 12: Renan	154
Caso clínico nº 13: Tatiana	164
Caso clínico nº 14: Benito	169
Caso clínico nº 15: Denis	176
4 INTEGRAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA: ANÁLISE E ELABORAÇÕES	183
4.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DA PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO	184
4.1.1 Entrevista com os pais	184
4.1.2 Dedicção dos sujeitos ao trabalho	185

4.2 ANÁLISE DA DINÂMICA DA PERSONALIDADE	186
4.2.1 Dinâmica da personalidade	186
4.2.1.1 Angústias nodais	188
4.2.1.2 Mecanismos de defesa	188
4.2.1.3 Conflitos básicos	189
4.2.1.4 Sentimentos expressos	190
4.2.1.5 Fantasias a cerca do tratamento odontopediátrico	191
5 DISCUSSÕES E REFLEXÕES	193
5.1 A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO E SEU MOMENTO DE CONCLUSÃO	193
5.2 MOMENTOS INICIAIS DO DESENVOLVIMENTO E O RECEIO FRENTE AOS CUIDADOS BUCAIS	195
5.3 O MEDO DO TRATAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO COMO PROJEÇÃO DA AGRESSIVIDADE	198
5.4 A CRISE DA ADOLESCÊNCIA E O MEDO DIANTE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	203
5.5 MANIFESTAÇÕES DA FOBIA EM ODONTOPEDIATRIA	207
6 CONCLUSÕES	210
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	218

OLIVEIRA, Fátima Cristina Monteiro. *Compreendendo a fobia em odontopediatria por meio de intervenções com o Procedimento de Desenhos-Estórias.* 2008, 236 p. Dissertação. (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RESUMO

Essa foi uma pesquisa qualitativa que aplicou, avaliou os resultados e comprovou a utilidade da aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias na apreensão dos conteúdos emocionais de crianças e adolescentes com receio do tratamento odontopediátrico. O objetivo do estudo foi pesquisar os pontos nodais das angústias, conflitos, fantasias e mecanismos de defesa que emergem nessa situação de crise. A metodologia consistiu na utilização de entrevistas clínicas com as mães e crianças, na observação clínica da criança e na aplicação do procedimento. Foram estudadas 15 crianças entre 8 e 14 anos, utilizando-se de 3 a 12 sessões. O referencial de abordagem e interpretação foi o psicanalítico. Como modificação em relação à proposta original do instrumento, foram utilizadas intervenções auxiliares de associações livres e propiciadoras de aprofundamento no material emergente e compreensão dos conteúdos emocionais. Observou-se que: a. A necessidade de atendimento odontopediátrico exacerba com intensidade fantasias, conflitos e mecanismos de defesa primitivos. b. O instrumento facilita o contato e aprofundamento com focos nodais de conflitos e angústias inconscientes. c. O processo auxilia no conhecimento dos conflitos, mobilizando uma tendência para a integração dos mesmos. Verificou-se que as intervenções com o Procedimento de Desenhos-Estórias foram plenamente adequadas à apreensão dos conteúdos emocionais profundos de crianças e adolescentes nessa condição de crise. Concluiu-se que, a situação de crise que antecede o atendimento odontopediátrico dos pacientes estudados, foi ampla de mobilização de angústias primitivas e intensas fantasias que necessitam ser comunicadas e elaboradas em um processo psicoterapêutico.

Palavras chave: Psicanálise, Odontopediatria, Fobias, Intervenção psicoterapêutica, Procedimento de Desenhos-Estórias.

OLIVEIRA, Fátima Cristina Monteiro. *Comprehending the phobia in pediatric dentistry by means of interventions with Drawing-and-Story Procedure.* 2008. 236p. Dissertacion (Master) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ABSTRACT

This is a qualitative research, viewing to apply, evaluate results and demonstrate the need of employing the Drawing-and-Story Procedure, while understanding and elaborating emotional contents of children and adolescents who fear pediatric-dentistry treatment. This study also aims to examine the nodal points of anguish, conflicts, fantasies and the mechanisms of defense that emerge from the crisis situation. The methodology consisted in the use of clinical interviews with mothers and children, in the clinical observation on the child and in undertaking of procedure. A research, divided in 3-12 sections, was made with fifteen children, aged 8-14 in private clinic. Psychoanalysis was used as a system of approach and interpretation. As a modification, related to the original consideration, a free-associated auxiliary therapeutic verbalization has been used, as well as a deepening in the emerging material and understanding of the emotional contents. The results were as follows: a. The need of pediatric dentistry attendance will intensively exacerbate fantasies, conflicts and self-defense primitive mechanisms. b. The instrument facilitates the contact and deepening of nodal points in conflicts and unconscious anguish. c. The process assists in knowing all conflicts by mobilizing a trend for integrating them. The results has led to conclude that the Drawing-and-Story Procedure used in this clinical situation, has shown as being highly suitable to the whole apprehension of emotional contents in children and adolescents in this crisis situation. This study has taken the initial hypothesis which a crisis situation that precedes the pediatric dentistry attendance in case study patients has a wide range of distresses and intense fantasies that should be notified and elaborated within a psychotherapeutical process.

Key words: Psychoanalysis, Pediatric dentistry, Phobia, Psychotherapeutical intervencion, Draw and Tell a Story Procedure.

1 INTRODUÇÃO

1.1 INSERÇÃO DO TRABALHO:

1.1.1 Reflexões sobre um percurso.

“Se quer me seguir, narro-lhe, não uma aventura, mas experiência, a que me induziram, alternadamente, raciocínio e intuições”.

Guimarães Rosa.

“Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.
Não é.
A coisa mais fina do mundo
é sentimento”.

Adélia Prado.

Desde minha primeira formação, a odontologia, ressentia-me da ausência de abordagens que possibilitassem atender o paciente odontopediátrico com uma visão mais integral. Dedicando-me por mais de vinte anos à prática da odontopediatria, pude acompanhar as ansiedades que permeavam esse atendimento e fui compreendendo que os pacientes necessitavam ser entendidos em sua totalidade física e psíquica, podendo haver intensas angústias acompanhando a intervenção na cavidade bucal. Havia nesse ponto, portanto, um vasto campo desconhecido e que necessitava uma pesquisa mais aprofundada.

Tal constatação levou-me a buscar recursos teóricos interdisciplinares que pudessem dar conta da compreensão de alguns impasses que se apresentavam nos atendimentos odontopediátricos.

A noção de interdisciplinaridade, segundo Weill (1993), é a de uma interação entre duas ou mais disciplinas, de modo a superar a fragmentação do conhecimento, implicando em uma possibilidade de troca entre elas e seus especialistas, no entendimento, resolução ou discussão de um assunto, na resolução de um problema, podendo resultar numa maior compreensão da realidade.

O problema com o qual eu tinha de lidar era o tratamento de crianças que apresentavam um intenso medo frente ao atendimento odontopediátrico. Desde o início de minha clínica, percebi que os fatores ambientais, a qualidade do acolhimento e a profundidade

do contato humano eram condições fundamentais para criar vínculos com a criança e possibilitar a confiança no ambiente e no profissional. Nenhuma criança é apenas uma boca precisando de cuidados, e sim um ser humano inteiro com um psiquismo a ser considerado. Sendo um ser inteiro não poderia ser cuidado por partes.

Sentindo necessidade de uma compreensão mais profunda do desenvolvimento e amadurecimento infantil, busquei recursos no campo da interdisciplinaridade. Foi na interface do conhecimento com a psicanálise, obtido através de uma formação psicanalítica, que encontrei ricas contribuições e subsídios para o entendimento do paciente infantil na odontologia.

Alguns trabalhos de pesquisa já procuram, hoje, entender a criança na odontopediatria a partir de uma visão interacionista entre a odontologia e a psicologia. Pesquisas que utilizem um referencial psicanalítico poderão auxiliar na compreensão do que subjaz ao medo dos atendimentos em odontopediatria. Novos estudos poderão ajudar a encontrar formas de abordagens interdisciplinares que venham a facilitar o atendimento a crianças com medo ou fobia nessa área de saúde.

Acredito que, mesmo a abordagem rotineira de crianças na clínica odontopediátrica, poderia enriquecer-se com os conhecimentos advindos da psicanálise, em especial da visão winnicottiana do desenvolvimento e amadurecimento infantil. Compreender o crescimento infantil e a importância da inter-relação com o outro ser humano a partir dos pressupostos teóricos da psicanálise poderia, a meu ver, fazer parte dos currículos de graduação e pós-graduação em odontologia.

Hoje, visualizo a existência de todo um movimento emocional posto em ação antes ou durante um atendimento odontopediátrico e a presença, em cada paciente, de uma dinâmica psíquica que necessita ser apreendida e acolhida.

Posteriormente ao início de minha formação em psicanálise, foi novamente com um aporte interdisciplinar, que obtive recursos para o entendimento de crianças que apresentavam muita dificuldade em realizar os atendimentos odontopediátricos devido a intensas ansiedades. Conheci o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), uma técnica de investigação clínica da personalidade, introduzida por Walter Trinca em 1972, cujo referencial é também psicanalítico, e com tal procedimento encontrei subsídios para o entendimento, compreensão e auxílio a crianças e adolescentes com fobia em odontopediatria. Esse instrumento de investigação clínica já comprovou sobejamente, através de inúmeros estudos, sua utilidade e riqueza na apreensão de conteúdos emocionais profundos da personalidade dos sujeitos e grupos estudados. Tem demonstrado também, diversas potencialidades de uso terapêutico. Foi

por este motivo, o instrumento por nós escolhido para a realização dessa pesquisa a cerca da intensa dificuldade de certas crianças frente ao atendimento odontológico.

Os sentimentos, fantasias e angústias dos pacientes nessa situação de crise necessitam ser aceitos, compreendidos e elaborados dentro de um setting apropriado. A utilização desse instrumento específico, o Procedimento de Desenhos-Estórias, mostrou-se um auxílio precioso para o contato com o mundo emocional das crianças e adolescentes com receio da experiência odontológica. O uso do D-E demonstrou-se rico na abordagem a esse grupo, possibilitando o contato do paciente com seu mundo emocional, a apreensão de seus dinamismos psíquicos e a compreensão e diminuição do sofrimento dos pacientes diante dessa crise específica, frente à qual, não existe um estudo sistematizado de um instrumento que possa auxiliá-los a minimizar as angústias emergentes.

Pude acompanhar meus primeiros pacientes em seus receios e padecimentos com relação ao seu corpo. Posso acompanhá-los hoje em seus tão verdadeiros sofrimentos psíquicos, e a uns e outros agradeço pela confiança, e por me ensinarem que, quando aquilo que subjaz ao encontro é uma relação humana verdadeira, esta é em si mesma terapêutica.

1.1.2 As concepções populares acerca da experiência odontológica:

Existe uma imagem estereotipada do tratamento odontológico e do odontólogo na imaginação popular, tendo suas bases assentadas num período em que a evolução técnica nessa área da saúde não havia atingido os patamares em que se encontra nos dias atuais. Uma visão mais integradora do paciente odontológico, bem como a inclusão da disciplina de psicologia nos cursos de graduação em odontologia, são avanços relativamente recentes e, ainda assim, é de modo lento que os odontólogos vêm lhe atribuindo a devida importância.

Durante muitos anos na história da humanidade, o tratamento das dores causadas por afecções odontológicas foi considerado, ele mesmo, perpassado por sensações dolorosas e incômodas. É freqüente a imagem de filmes, desenhos infantis, experiências ou estórias em que o cirurgião dentista é caracterizado como uma figura agressiva e capaz de causar dor, ou como alguém insensível e até mesmo cruel. Felizmente temos presenciado entre as gerações mais novas, uma experiência com os odontólogos, de uma outra natureza, muito mais cuidadora e amiga.

Tivemos a curiosidade de verificar que, na linguagem popular, existem várias expressões e ditados que atestam a correlação da dentição com emoções intensas. Por exemplo, a expressão: “olho por olho, dente por dente”, referindo-se a uma ação vingativa ou

punitiva. “Armado até os dentes”, significando uma posição defensiva e também de ataque ou agressividade. Expressões como “bater os dentes de frio” ou “bater os dentes de medo” denotam fragilidade diante daquilo que assusta ou pode agredir. “Falar entre dentes” tem a significação de falar com mau humor ou com raiva. O dicionário Houaiss (2001, p.939) aponta ainda a expressão pouco conhecida “ter entre dentes”, como sinonímia de ter ódio.

Constatamos, portanto, que prevalece na imaginação humana o estabelecimento de uma correlação fácil entre a dentição e emoções de grande intensidade. Percebemos assim, a facilidade com que uma conotação de invasão ou de agressividade pode permear a imagem da intervenção odontológica. A boca é a região corporal do primeiro contato do bebê com o outro humano na experiência da amamentação: local de experimentação do mundo, de obtenção da alimentação para a sobrevivência, de proximidade e afeto com a mãe, e também lugar da experiência de morder, apreender e modificar os alimentos e os objetos quando nascem os dentes. É, efetivamente, após o nascimento dos dentes, que o bebê pode experimentar sua potencialidade de “atacar” as coisas ao seu redor, modificando-as, rasgando-as ou triturando-as. Pensamos que essa aquisição pode ser sentida também como possibilidade criativa de exploração, descobrimento e transformação do mundo que o cerca.

1.1.3 A criança na clínica odontológica

1.1.3.1 Antecedentes históricos

Verificamos na literatura pesquisada, que a partir da década de 50, começou a surgir uma crescente preocupação com o psiquismo da criança que necessitava de tratamento odontopediátrico. Encontramos estudos que buscaram uma aproximação a esse mundo emocional, e que consistiram na realização de classificações baseadas, basicamente, no comportamento da criança na clínica odontológica. Exporemos os pontos principais dessas pesquisas para ilustrar o que pensamos terem sido as primeiras tentativas de apreender a manifestação do psiquismo infantil no consultório de odontopediatria. Elas trazem em seu bojo o reconhecimento da necessidade de uma aproximação mais profunda para com a mente da criança nessa situação.

Entre estes estudos destacamos o de Macbride (1952) que classificou as crianças na situação de atendimento odontológico em: crianças que choram, crianças tímidas e assustadas, crianças vergonhosas e retraídas, crianças caprichosas, crianças nervosas e histéricas.

Em nosso meio, Costa (1962) dividiu as crianças que se submetem ao atendimento

com o profissional odontólogo, nos seguintes grupos: criança que coopera, criança tímida ou assustada, criança medrosa, criança mimada, criança teimosa, criança rebelde, criança agressiva, criança anormal e criança doente.

Também em nosso meio, Vianna (1961) classificou as crianças na clínica odontopediátrica em:

- Subnormais: com problemas físicos (defeitos congênitos ou não); com problemas sensoriais (por exemplo, surdo mudez) e com problemas psíquicos (idiotas e imbecis);
- Nervosas: hipercinéticas, epiléticas, histéricas, portadoras de endocrinopatias, portadoras de verminoses;
- Medrosas, que se dividem em dois grupos: aquelas que nunca foram ao dentista, e seriam tímidas ou fóbicas, e as que já foram ao dentista, sendo aquelas que teriam sofrido dor durante o tratamento.
- Desajustadas, entre as quais o autor inclui o primogênito, o filho único, o filho caçula, crianças adotadas, órfãos, muito mimadas, asiladas e as internadas.

Apresentamos essas classificações, com dois objetivos: um deles é mostrar que subjazem a elas, ainda que hoje com elas não concordemos, as primeiras e importantes tentativas de compreender que, por trás do comportamento do paciente na clínica odontológica, existe uma complexa dinâmica emocional. As classificações significaram o início de uma aproximação a esse mundo emocional, o reconhecimento de sua existência, bem como tentativas de delimitá-lo. O objetivo seguinte é deixar clara a necessidade de pesquisas de fundamentação psicanalítica que possibilitem uma aproximação aos conteúdos emocionais da criança e adolescente nessa situação de crise. Aprender tais dinamismos psíquicos em sua profundidade pode nos dar uma visão mais ampla daquilo que mobiliza internamente as dificuldades ou impedimentos ao atendimento odontopediátrico.

1.1.3.2 Abordagens clássicas na odontopediatria

O atendimento odontológico é freqüentemente permeado por concepções populares que lhe atribuem a característica de ser um atendimento desencadeador de situações desagradáveis, como ansiedade ou dor. Em nossa experiência de mais de 20 anos de atuação nessa área, presenciamos a comunicação de angústias relativas ao atendimento odontológico, em expressões como, “preferir ter um parto a cuidar dos dentes”, “ser horrível ir ao dentista!”, “morrer de medo do dentista” ou “ter pavor de dentista”.

Acreditamos que esses receios advenham de uma época em que realmente não se dispunha dos recursos técnicos hoje existentes, tempos nos quais as vivências experienciadas nas consultas eram de fato permeadas pela dor e por dificuldades de analgesia. A inexistência de recursos preventivos também tornava os tratamentos mais difíceis, pois as complicações e dores já estavam presentes antes mesmo da ida ao profissional, sendo geralmente o motivo de tais consultas. Não é incomum, portanto, que as crianças que chegam ainda hoje aos consultórios, tenham ouvido de um adulto algum relato de suas próprias dificuldades diante do atendimento odontológico.

Felizmente, temos visto que o relacionamento das novas gerações com o odontólogo passou por grande evolução nos últimos anos. Hoje, a criança pode ver nesse profissional, alguém fortemente empenhado em seu bem estar, preocupado genuinamente com a sua saúde bucal e investindo seriamente em orientações que visam antes a prevenção do que a correção de problemas. Efetivamente o progresso da odontologia nas áreas preventivas tem tido um valor inestimável e a relação do odontopediatra com a criança e com seus pais costuma ser uma relação de colaboração mútua para que se atinja e mantenha a saúde.

Diversas técnicas de abordagem da criança na odontologia foram buscadas e divulgadas e fazem parte, hoje, do arsenal da maioria dos odontopediatras. Essas técnicas são utilizadas para facilitar o atendimento, tornando-o mais lúdico e prazeroso.

Correa (1998) cita, entre as técnicas de abordagem mais utilizadas na odontopediatria, o reforço positivo, a técnica do “Falar, mostrar, fazer”, a técnica da distração da criança, a técnica de relaxamento, a técnica da restrição física (para crianças muito pequenas que podem se machucar) e, como último recurso, a “Técnica da mão sobre a boca”.

A autora ressalta a importância do reforço positivo, dizendo que: “O reforço positivo pode ser social, como expressão facial satisfeita, demonstrações de afeto, elogios, ou não social, através de prêmios”. (CORREA, 1998, p.172).

Dentre as demais técnicas de abordagem do arsenal do odontopediatra destacamos:

a. As abordagens lúdicas:

Atualmente as técnicas de abordagem ao paciente odontopediátrico incluem uma proposta lúdica, com a utilização de brinquedos, fantoches, material educativo, bonecos, livros ilustrados, músicas e filmes de orientação de higiene e escovação. Essa abordagem lúdica tem tornado o cuidado com os dentes uma experiência muito mais confortável do que a de décadas atrás, tanto que costumamos ver crianças que vão ao odontopediatra com um sentimento de alegria, amizade e sem qualquer ansiedade. Assim, a imagem do consultório odontopediátrico costuma ser, hoje, a de um local bastante agradável. Dentro desse contexto, um grande arsenal

de técnicas lúdicas para a abordagem da criança, foi sendo criado nas últimas décadas. As abordagens lúdicas podem variar de acordo com a criatividade de cada profissional e sua possibilidade de brincar. A brincadeira torna a criança mais receptiva ao atendimento, e por meio dela, o odontólogo pode comunicar ao pequeno paciente a natureza e importância de seu trabalho.

b. Técnica da distração:

A técnica da “distração” consiste em procurar manter a criança entretida durante a consulta odontológica. Pode-se, por exemplo, conversar com ela o tempo todo sobre algum assunto que possa interessá-la, desviando-a do foco do tratamento propriamente dito.

Alguns odontopediatras contam histórias infantis enquanto cuidam do paciente. Outros cantam músicas ou simplesmente conversam sobre algum assunto de interesse da criança, enquanto realizam o tratamento odontopediátrico. A criança tende a prestar atenção na história, na música ou na conversa do profissional e desse modo se distrai da intervenção na cavidade bucal, permitindo que o odontopediatra consiga realizar seu trabalho. Alguns profissionais lançam mão de vídeos com programas infantis que podem ser assistidos enquanto o odontólogo trabalha.

c. Técnica do “Diga, mostre e faça”:

Uma outra técnica de abordagem bastante difundida e utilizada pelos odontólogos que atendem crianças é a “Diga, mostre e faça”, idealizada e descrita por Addelstons em 1959. Esta técnica, incorporada à prática da maioria dos odontopediatras, consiste em apresentar cada um dos instrumentos utilizados no consultório, denominando-o, explicando para que serve, ou colocando-o em ação para que a criança veja seu funcionamento, sem que se esteja ainda intervindo na cavidade bucal. Assim, por exemplo, joga-se água ou ar na mão da criança, coloca-se em funcionamento o sugador num copinho com água, mostra-se o refletor explicando que este serve para uma melhor iluminação. A aproximação gradativa ao instrumental costuma ser feita, primeiramente, nas mãos do paciente, podendo-se permitir, por exemplo, que ele utilize um espelho odontológico para examinar os dentes de um boneco. Evidentemente são evitados instrumentos perfuro-cortantes ou cuja visão possa ser agressiva para a criança. Guedes-Pinto (1997, p.181) descreve essa abordagem como um “condicionamento gradual ao instrumental”:

O contato da criança com o instrumental deve ser feito antes de iniciarmos o tratamento e de forma simples e direta, mostrando o espelho, o explorador, os

escariadores. A seguir, fazemos funcionar as seringas de ar e água, atirando um pouco de ar primeiro na mão do profissional, depois na mão da criança e ir caminhando com o ar da mão para a boca. Isto pode ser feito subindo com o ar pelo braço até a boca. Ou também se acharmos melhor, ir levando a mão da criança até sua boca com o ar ligado, assim passa da mão para sua boca diretamente; o mesmo pode ser feito com a água. Os motores de baixa e alta velocidade seguem sequência semelhante, sempre informando à criança que tipo de sensação sentirá.

Essa técnica de abordagem pode ser suficiente para crianças que se apresentam tranquilas e com um nível de ansiedade baixo. Tem a vantagem de introduzir a criança ao tratamento odontológico de modo gradual, levando-a a conhecer o local de atendimento, a entender sua necessidade, a compreender a utilidade dos instrumentos, tornando-a participativa no processo. Qualquer um de nós que tenha sido atendido há décadas atrás reconhecerá o grande avanço que as abordagens atuais na odontopediatria têm representado nos atendimentos às novas gerações. Podemos verificar que, para a maioria dessas crianças, a imagem do odontólogo é a de um profissional atencioso, cuidadoso e interessado em ajudar.

d. Técnica de relaxamento

Guedes-Pinto e Correa (1997, p.185) descrevem ainda uma outra técnica de abordagem, que denominam “Técnica de relaxamento”, afirmando que “O relaxamento muscular é um fator que contribui de forma importante para a diminuição da tensão da criança, principalmente para iniciar o tratamento”. Em seguida relatam o modo como esta é aplicada ao paciente:

Praticamente estamos usando na seguinte condição: geralmente para crianças tensas no início do tratamento, aquelas que estão no limite tenso da cooperação ou limite do equilíbrio positivo-negativo desta cooperação. Nestes casos, agimos da seguinte maneira: com a criança sentada na cadeira, colocamos a mão sobre a sua cabeça e dizemos: eu sei que você está um pouco preocupada, mas vamos fazer uma brincadeira e você vai ver que logo tudo vai ficar muito calmo, é só você ir fazendo o que eu disser. Então vamos começar, você vai deixando a cabeça mais mole, mais solta, e à medida que vai falando isto, vai descendo a mão sobre a cabeça e dirigindo-se para a testa, fazendo movimentos circulares com a ponta dos dedos sobre a testa.

Os autores prosseguem descrevendo o procedimento que cursa com um massagem nos ombros, tronco e barriga da criança, acompanhado da verbalização de que o corpo está ficando “molinho” e solto. Sua experiência com a técnica tem sido descrita como positiva, pois segundo apontam, “a criança se solta, vai se tranquilizando, permitindo uma aproximação mais amena e afetiva”. (idem, p.186).

e. Técnica da restrição física:

Os profissionais odontólogos deparam-se, no entanto, com crianças e adolescentes que se apresentam às consultas com bastante receio e dificuldade em colaborar. Algumas vezes tiveram problemas ocorridos em atendimentos anteriores, outras vezes podem se apresentar resistentes ao atendimento logo no primeiro contato com o profissional. Nessas situações, os profissionais costumam aumentar o número das consultas ditas de condicionamento (assim se denominam os atendimentos em que se utiliza a conversa e a aproximação gradativa do instrumental). Se mesmo assim a criança não colaborar, alguns optam pela restrição física.

A restrição física, segundo Correa (1998, p.177), é utilizada quando a criança não entende a necessidade de ficar quieta e pode se machucar: “O dentista deve pedir aos pais que segurem a criança e, em último caso ao pessoal auxiliar por meio de sistemas de restrição física como os chamados pacotes pediátricos: Pediwrap, Pappose-Board ou Pedi-Board.”

Os “pediwrap” ou “pedi-board” são sistemas de imobilização feitos com um tecido industrializado com o qual se “enrola” a criança, restringindo seus movimentos, semelhantemente aos “cobertozinhos” com que eram imobilizados os recém nascidos há décadas atrás. Antes da existência desse artefato, lençóis eram utilizados para essa finalidade.

f. Técnica da mão sobre a boca:

Como já apontamos, mesmo com o enriquecimento das técnicas de abordagem, é comum o odontopediatra deparar-se com crianças ou adolescentes que resistem ao atendimento odontológico. Após várias sessões de condicionamento, a criança ainda se recusa a colaborar ou até a abrir a boca para ser examinada. Nessas situações, o odontopediatra vê-se muitas vezes sem condições de atender o paciente, e as possibilidades de atendimento a serem consideradas classicamente são a sedação, as técnicas de contenção, ou a chamada “Técnica da mão sobre a boca”.

Segundo Correa (1998, p.190):

Sabemos que quando uma criança está no centro de fortes emoções ela não quer e não consegue ouvir ninguém, reagindo das mais variadas formas. As técnicas para o tratamento destas crianças são polêmicas, desde anestesia geral, sedação, restrição física e técnica de mão sobre a boca. Qualquer uma destas técnicas pode ser escolhida pelo odontopediatra desde que ele esteja seguro de que faz o melhor pelo paciente. Deixamos claro que a técnica da mão sobre a boca (Home) só deve ser utilizada como último recurso em crianças a partir de 3 anos de idade.

A técnica da mão sobre a boca é descrita pela autora do seguinte modo:

Craig, Levitas e Roberts indicam o uso desta técnica depois de determinado que o comportamento da criança requer o uso desta, então o dentista coloca sua mão sobre a boca da criança. Com a explosão verbal cessada, a criança é avisada de que se cooperar a mão será removida. Isto feito o paciente é reavaliado. Se o desvio de comportamento continuar, o dentista coloca a mão sobre a boca da criança e diz para ela cooperar. Isto pode ser repetido várias vezes até que o comportamento da criança mude suficientemente para permitir que o tratamento prossiga.

Os autores pesquisados ressaltam que esse método deve ser utilizado em casos muito especiais. Nós particularmente não vemos benefício na utilização da técnica da mão sobre boca. Acreditamos que a criança que não colabora com o atendimento odontopediátrico tem fantasias e emoções profundas que tenta comunicar. Tais sentimentos necessitam de um espaço para acolhimento, através de um procedimento que lhe permita expressar suas angústias, as quais podem para serem aceitas, compreendidas e quiçá encontrar também caminhos de elaboração. De utilização controversa e uso restrito, a técnica da mão sobre a boca tende a ser cada vez menos aceita como uma alternativa pelos odontopediatras.

Acreditamos que tal abordagem não considera a existência do mundo psíquico da criança, que necessita ser apreendido com atenção e respeitado em sua individualidade. Para nós, as dificuldades diante do atendimento odontopediátrico têm origem em angústias intensas que impedem o paciente de colaborar. Em tais situações, pensamos que os impedimentos devam ser comunicados e acolhidos. Desse modo, os conflitos precisam encontrar possibilidade de serem elaborados, de modo a não se consolidarem como fobias ao atendimento, que podem se incrementar e perpetuar até a idade adulta.

1.1.3.3 Estudos sobre o medo e ansiedade diante da situação odontológica

Na literatura contemporânea, encontramos poucos estudos sobre o medo diante do atendimento em odontologia.

Dentre os estudos encontrados, destacamos o trabalho publicado por Pedrosa (2002), sobre a avaliação da ansiedade odontológica em pacientes submetidos ao tratamento de urgência odontológica. Nesse estudo buscou-se avaliar a ansiedade expressa num grupo de 100 pacientes adultos, 50 homens e 50 mulheres, em tratamento de urgência na Universidade de Fortaleza. Foram considerados parâmetros sociais, tratamentos anteriores e a presença de dor no momento do atendimento. A avaliação foi feita através de um questionário contendo a Escala de Ansiedade Odontológica (DAS). Os resultados obtidos permitiram concluir que a prevalência de ansiedade na amostra foi de 34%, e que a manifestação de ansiedade foi

superior no sexo feminino.

Um trabalho de mestrado no campo das neurociências, realizado por Canto-Pereira (1997) no Instituto de Psicologia da USP, verificou a influência do ambiente sobre os limiares de percepção e tolerância à dor. Tal estudo direcionou-se a pacientes adultos na clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da USP em São Paulo. Utilizaram-se testes psicométricos de mensuração do nível de ansiedade específica para a situação odontológica. Os experimentos foram realizados através da estimulação elétrica em um mesmo dente de cada sujeito da pesquisa, em dois tipos de ambientes: um provido de equipamentos odontológicos e outro sem equipamentos odontológicos. Os resultados da pesquisa foram de que o ambiente que simulava o atendimento odontológico propiciava maior sensibilidade dolorosa do que o ambiente em que não havia equipamentos odontológicos.

Encontramos na literatura consultada, pouquíssimas pesquisas voltadas especificamente para o estudo da situação de medo e dificuldade de colaboração da criança no atendimento odontopediátrico. Os estudos realizados objetivaram basicamente reconhecer a existência da ansiedade da criança. Nenhum deles buscou o conhecimento dos conteúdos psíquicos profundos subjacentes ao impedimento de colaborar com o tratamento, nem propôs uma abordagem para ajudar a intervir sobre tal dinâmica emocional.

Dentre tais pesquisas, destacamos a de Cardoso (2002), que estudou a ansiedade frente ao tratamento odontológico em uma clínica escola através da observação de crianças e alunos. Essa autora observou um grupo de 40 crianças, entre 6 a 11 anos, em atendimento na clínica de odontopediatria. As crianças foram separadas em dois grupos, sendo o grupo 1 formado por crianças com alto índice de ansiedade e que necessitavam de contenção física para serem atendidas, e o grupo 2, formado por crianças que colaboravam com o atendimento. Procedeu-se a aplicação das técnicas de avaliação utilizando o Desenho da Figura Humana e a Escala de Stress infantil. O stress de alunos e acompanhantes também foi avaliado, mas nos concentramos aqui nos resultados obtidos com as crianças:

Observou-se que as crianças do Grupo 1, frente à situação de dificuldades, manifestam sua ansiedade diretamente no ambiente e as crianças do Grupo 2 tendem a conter-se. Observou-se a utilização de manejos, que dificultam o tratamento, principalmente com as crianças do Grupo 1. (CARDOSO, 2002, p.317).

Os resultados dessa pesquisa foram os seguintes: o stress do acompanhante, geralmente a mãe, e dos alunos que atendiam as crianças do grupo 1 (aquele que necessitava de contenção física), era significativamente maior. Verificou-se que as dificuldades

vivenciadas pela criança, e pelo acompanhante, associadas às dificuldades do aluno em manejar a situação, podem influenciar a percepção da criança quanto ao atendimento. Nesse trabalho, chegou-se à conclusão de haver necessidade de novas reflexões sobre a formação dos profissionais odontólogos, e ressaltou-se a importância de pesquisas na interface da psicologia e da odontologia.

A mesma autora realizou um estudo posterior, em que pesquisou os problemas comportamentais e o stress em crianças que apresentam ansiedade frente ao tratamento odontológico. Os resultados do trabalho demonstraram que o stress nessa situação existe e precisa ser reconhecido. Concluiu-se também, que a ansiedade das crianças é influenciada tanto pela ansiedade dos profissionais que as atendem como por aquela que lhes é transmitida pelos pais e responsáveis. (CARDOSO, 2005).

Castro (2000) avaliou a ansiedade e o comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos preventivos, procurando relacioná-los a fatores influenciadores. Foram estudadas 50 crianças que recebiam atendimento preventivo em uma clínica escola. Os pacientes foram separados de acordo com a idade, sendo 22 na faixa etária entre 6 a 7 anos, e 28 na faixa etária entre 8 a 9 anos. Procurou-se saber em que faixa etária predominou a ansiedade. Para avaliar a ansiedade, utilizou-se um teste projetivo, monitoramento da frequência cardíaca e avaliação do comportamento. Os resultados foram os seguintes: verificou-se que 70% das crianças apresentaram ausência de ansiedade ou baixa ansiedade; constatou-se que o nível de ansiedade foi maior na faixa etária entre 8 a 9 anos, e para esta faixa o comportamento foi pouco colaborativo; constatou-se uma correlação estatisticamente significativa entre os resultados do teste projetivo e a avaliação do comportamento.

Castro observou também que, o gênero, a experiência odontológica anterior traumática, a influência negativa de terceiros e a ansiedade odontológica materna não pareceram estatisticamente associadas à ansiedade infantil.

As conclusões descritas são diferentes da experiência vivenciada por nós em duas décadas de atendimento odontológico. Em nossa prática verificamos que experiências traumáticas ou a ansiedade materna podem ir de encontro e somar-se às fantasias da criança, incrementando a ansiedade e o medo diante do atendimento odontopediátrico.

Amarante (2003), em um trabalho acerca do uso da sedação consciente com óxido nítrico, constatou que o anestésico local associado ao condicionamento psicológico é suficiente para o atendimento da maioria dos pacientes odontológicos. Mas para aqueles a que denomina odontofóbicos e com deficiências físicas ou mentais, não seria suficiente. Os

resultados desse trabalho apontam para o recurso da sedação consciente por oxigênio ou óxido nítrico como forma de viabilizar esses atendimentos, já que seu efeito ansiolítico e relaxante seria um coadjuvante do condicionamento psicológico. Com a sedação, o paciente consciente e simultaneamente relaxado, estaria mais propenso a colaborar.

Belmont (2000) estudou a aceitabilidade dos pais e responsáveis pela criança quanto às técnicas de manejo empregadas em odontopediatria (contenção física da criança, contenção por acessórios específicos, sedação por medicação oral e sedação por inalação de óxido nítrico). A pesquisa foi realizada através da utilização de um questionário aplicado aos pais ou responsáveis. Diante da não colaboração da criança, expôs-se aos pais a necessidade de técnicas especiais de manejo e pesquisou-se a reação destes diante da proposta. Os resultados demonstraram que o grau de instrução dos pais, as informações recebidas a respeito das abordagens e o nível de ansiedade dos mesmos foram variáveis importantes para a aceitação ou não das técnicas de manejo propostas. Quanto à adaptação das crianças às técnicas de manejo, houve diferenças significativas entre elas quando os responsáveis receberam informações prévias, e não houve diferença estatisticamente significativa quando os pais não as receberam.

Citamos tais estudos, pois julgamos representarem uma crescente preocupação com a necessidade de se conseguir atender o paciente odontopediátrico de um modo mais humanizado, aceitando e reconhecendo a existência de ansiedades intensas que permeiam, influenciam e dificultam o tratamento odontológico. Verificamos que a pesquisa nessa área é ainda extremamente escassa. Os estudos encontrados se limitaram a reconhecer a influência e exacerbação da ansiedade do adulto e da criança perante o atendimento odontológico, e tentam relacioná-la aos fatores ambientais e ao comportamento e ansiedade dos profissionais, dos pais e responsáveis no momento do atendimento.

Ressaltamos não termos encontrado na literatura nenhum estudo que apreendesse os conteúdos inconscientes profundos de crianças que apresentam medo frente à experiência de atendimento odontológico, nem pesquisas que procurem correlacionar tais receios à reativação de angústias pré-existentes, senão que apenas a fatores influenciadores no momento atual. Tampouco encontramos trabalhos que propusessem uma abordagem terapêutica para tais dificuldades, de modo a propiciar ao paciente uma reorganização da personalidade e uma elaboração de suas angústias diante dessa situação de crise.

Nesse contexto, acreditamos que a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias, sob o enfoque proposto em nosso trabalho, pode possibilitar uma preciosa

oportunidade de conhecimento do que subjaz às ansiedades diante dos atendimentos nessa área da saúde.

1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

“Essa viagem começou um dia, em voz e em grito, à sombra de uma árvore, ou no interior de uma gruta, ou num acampamento de nômades à luz das estrelas, ou na praça pública, ou no mercado, e depois houve alguém que escreveu sobre o que tinha ouvido, e a seguir veio alguém que escreveu sobre o que tinha sido escrito antes, ouvindo sempre, escrevendo sempre, dispondo palavras em silêncio, infinitamente repetindo, infinitamente variando”.

José Saramago

1.2.1 Estudos psicanalíticos sobre a dentição e o desmame

Por cerca de vinte anos observei crianças em situação de atendimento odontológico e constatei que, mesmo aquelas mais acessíveis, costumam apresentar ansiedades nos momentos iniciais da consulta. Seus medos relativos ao atendimento estão sempre suscetíveis de emergirem durante o tratamento. Uma atenção permanente do profissional aos movimentos emocionais da criança na clínica odontopediátrica é condição necessária para o bom andamento da consulta.

Em pacientes adultos, pude observar a presença de verdadeiras fobias bem estruturadas em torno do tratamento odontológico, podendo estar ou não ligadas a traumas reais ocorridos na infância ou posteriormente. Não tendo a nossa pesquisa atingido o grupo dos sujeitos adultos, permanece aberto esse campo para futuros estudos. Os casos focalizados nesse estudo são de crianças e adolescentes com medo impiedante da realização do atendimento odontológico, mesmo quando esse se constitui em seu primeiro contato com o profissional desta área. Parece-nos, portanto, um campo propício para observar os conteúdos emocionais emergentes nessa situação em seu estado de nascimento. Um percurso na teoria psicanalítica serviu-nos de embasamento e contribuição para o desenvolvimento da temática pesquisada.

Diversos autores consagrados da psicanálise descreveram a importância da boca e da dentição na constituição do psiquismo e na relação da criança com o outro e o mundo. Klein (1997, p.145), desde suas primeiras teorizações, detectou a importância que a boca e o impulso para morder exerciam sobre o desenvolvimento infantil. A mesma notou que:

Normalmente o prazer do bebê em sugar é substituído pelo prazer em morder. A falta de satisfação no estágio oral de sugar, aumenta a necessidade de satisfação no estágio oral de morder. A opinião de Abraham de que a impossibilidade da criança em obter suficiente prazer no seu período de sugar é determinada pela situação de alimentação é corroborada sem dúvida alguma pela situação analítica em geral. Não obstante, condições de alimentação desfavoráveis, que podemos encarar como frustrações externas, não parecem ser a única causa para a falta de prazer da criança no estágio de sugar. Isto pode ser visto no fato de que algumas crianças não têm desejo de sugar-são mamadores preguiçosos-embora recebam suficiente alimento. A incapacidade deles de obter satisfação de sugar é, creio eu, a consequência de uma frustração interna e deriva, na minha experiência, de um sadismo oral anormalmente aumentado.

A autora parece ressaltar, nesse ponto, a importância do prazer de sugar deslocado posteriormente para o de morder no desenvolvimento da criança, mas também o fato de que há um fator constitucional individual para cada bebê. Desse modo, a exigência de uma determinada criança poderá ser tão intensa e poderosa que o ambiente, a oferta de alimento e os cuidados da mãe não consigam dar conta de suas necessidades internas.

O aparecimento dos dentes e o desmame foram extensamente teorizados em vários textos de fundamentação psicanalítica. Klein (1991, p.136) nos esclarece que o desconforto sentido pelo bebê nessa ocasião extrapola a perturbação física. Esse é um momento de intensas repercussões emocionais, que pode ser sentido pela criança com enorme angústia. Nós pensamos que angústias inconscientes e mecanismos de defesa erigidos contra elas desde muito cedo na vida emocional do bebê podem ser reativados em momentos de crise como o que estudamos em nossa pesquisa.

Conteúdos emocionais profundos e extremamente intensos são postos em movimento diante da necessidade de atendimento odontopediátrico e parecem remontar a experiências pregressas no desenvolvimento primitivo da criança. Segundo Klein (1991, p.136):

A ansiedade relativa à perda do objeto bom, que atinge um clímax por ocasião do desmame, é também despertada por outras experiências tais como desconforto físico, doenças e em particular a dentição. Tais experiências estão fadadas a reforçar ansiedades persecutórias e depressivas no bebê. Em outras palavras, o fator físico nunca pode explicar por si só a perturbação emocional que as doenças ou a dentição originam neste estado.

Assim, o nascimento dos dentes, muitas vezes concomitante com o desmame, exacerba angústias depressivas e persecutórias. Notamos que a cavidade oral está, portanto, impregnada de um intenso colorido emocional.

Para a autora, a dentição estaria ligada a experiências de profundas marcas e mudanças no psiquismo do bebê. Klein (1996, p.201) aponta também a ligação entre os dentes

e a idéia de defesa, afirmando que: “a criança, não possuindo nenhuma outra defesa, usa os dentes de forma primitiva como arma”. Essa breve afirmação vai de encontro à nossa percepção de que, para muitas crianças, a retirada de um dente, em especial os dentes permanentes, pode ser sentida por elas como uma perda de suas próprias defesas. Klein (1996, p.242) ressalta ainda que, “quebrar coisas, rasgar, usar as tenazes como uma espada-tudo isso representa as outras armas do sadismo primário da criança, que usa os dentes, as unhas, os músculos, etc”.

Os estudos psicanalíticos relacionando o potencial de agressão e de modificação do mundo após o nascimento dos dentes, e mesmo antes da aquisição destes, não atribuem, no entanto, a essa agressão uma conotação negativa. A própria Klein (1996, p.335) afirma, num artigo sobre o desmame, o valor positivo da mesma no amadurecimento do bebê:

Dentro do escopo deste trabalho é impossível lidar de forma adequada com a ligação existente entre fantasias agressivas, medos e sentimento de culpa de um lado, e o desejo de fazer reparação de outro; de qualquer maneira, só toquei nesse assunto porque queria mostrar que os sentimentos agressivos, que causam tanta perturbação na mentalidade da criança, são ao mesmo tempo de grande valor para seu desenvolvimento.

Desenvolvimentos teóricos posteriores, como os de Winnicott (2000), virão reafirmar a importância e o valor positivo da agressão entendida como atividade e usada na exploração do ambiente. Para esse autor a agressão é parte integrante do desenvolvimento do bebê e de seus movimentos de descoberta e possibilidade de modificação do mundo: “O bebê mastiga os mamilos com suas gengivas: não se pode dizer que ele esteja pretendendo destruir ou machucar. Em suas origens, a agressividade é quase sinônimo de atividade: trata-se de uma função parcial.” (WINNICOTT, 2000, p.289).

Compreendemos que é na interação do bebê com o ambiente que o valor positivo de suas novas aquisições e descobertas poderá ou não se consolidar.

A cavidade bucal possibilita uma ligação profunda com a mãe durante o aleitamento, sendo a boca o local de exploração e contato inicial do bebê com o mundo. Nesse contexto é interessante ressaltar que essa aproximação tende a interromper-se quando erupcionam os dentes. Verificamos que muitas mães iniciam o desmame quando nasce o primeiro dente da criança. Observa-se também, o que é bastante compreensível, que a mãe possa manifestar dor quando o bebê morde seu seio durante a amamentação. Simultaneamente ao nascimento dos dentes de leite, o bebê observa o aumento de sua capacidade de apreender, morder, rasgar seus brinquedos, o bico da chupeta e da mamadeira, bem como a possibilidade de mastigar e triturar os alimentos.

Para a criança pequena, morder pode significar agressão, defesa, manifestação de raiva ou desagrado, mas representa também possibilidade de exploração e crescimento. O bebê percebe que a aquisição dos dentes, concomitante com uma maior atividade muscular (chutar, pegar com as mãos, jogar os objetos longe), lhe permite expressar-se e posicionar-se em relação ao ambiente. Esse é também o início de um afastamento maior da mãe, condensado primeiramente no desmame e na descoberta de outros objetos de interesse. Aberastury (1996, p.107) afirma que:

É fácil compreender, então, que pelo processo mental chamado de simbolização, o dente transforma-se no símbolo de algo não apenas para tomar os alimentos, triturá-los, progredir no mundo, tornar-se maior, crescer, como também da experiência da perda.

Dentro de tal dimensão assumida pela cavidade oral na exploração e contato da criança pequena com a mãe e o mundo, pensamos que a boca e a dentição ficam investidas de angústias e fantasias inconscientes, que podem se manifestar diante da necessidade de tratamento bucal. Concordamos com Aberastury, (1996, p.87) quando afirma que:

A importância que a boca adquire, na qual se condensa as esperanças de refazer o vínculo perdido com o nascimento, torna-se evidente nas angústias que acompanham qualquer tratamento odontológico.

Essas experiências iniciais, sendo de grande intensidade, deixam marcas no psiquismo em formação da criança pequena. Winnicott dedicou inúmeros textos ao tema da importância da amamentação e do desmame na progressão do bebê em termos de amadurecimento e desenvolvimento, e num artigo sobre o desmame, alerta para o fato de que são muito intensas as primeiras experiências para o bebê: “As experiências instintivas podem ser ferozes e assustadoras e, a princípio, podem parecer à criança como ameaças à existência. Ter fome é como ter dentro de si uma alcatéia de lobos”. (WINNICOTT, 1971, p.90).

Para ele, a saúde do bebê depende da presença de uma mãe que contenha essas vivências e acolha as necessidades da criança, que são, no início, necessidades físicas. A mãe aceita ser “assaltada por seu bebê faminto” no momento da amamentação. O bebê pode então sentir que não destrói a mãe; ao contrário, essa sobrevive e está bem, continua presente e amando-o. Para esse autor, é apenas a partir de uma amamentação bem sucedida que poderá se dar o desmame.

No mesmo trabalho o autor esclarece que:

O bebê fica triste em momentos como o desmame, porque as circunstâncias fizeram surgir a raiva e estragaram algo que era bom. Nos sonhos do bebê os

seios deixaram de ser bons, foram detestados, e agora são apreendidos como coisa má, até perigosa. (WINNICOTT, 1971, p.93).

Winnicott conclui que o bebê poderá sentir a mãe como má por algum tempo, mas depois perceberá que a mãe má é também a mãe boa e, desse modo, ambas podem conviver. A mãe não precisa ser perfeita nem idealizada, mas apenas uma mãe real.

Temos por hipótese em nossa pesquisa, que as crianças aqui estudadas têm dificuldade em expressar uma agressividade ligada ao desenvolvimento, à experimentação do mundo e à criatividade pessoal. Por esse motivo temem a própria agressividade que não enxergam como construtiva, mas sim como favorecedora de retaliações, ficando com medo de serem atacadas e agredidas. Sugerimos que tenham tido vicissitudes nessas primeiríssimas relações.

Segundo Winnicott (1971, p.106), os medos da criança pequena são muito primitivos:

O bebê fica excitado, com impulsos e idéias agressivas e destrutivas, que ele revela por gritos ou desejos de morder, e imediatamente o mundo parece ficar cheio de bocas que mordem, dentes e mandíbulas hostis e toda espécie de ameaças.

Porém, a mãe ao vê-lo chorar e ficar bravo, ou mesmo furioso, contém essa experiência, amenizando-a para a criança, que passa a sentir que nada se destruiu, e que a mãe permanece bem.

Para Winnicott, “O bebê poderá magoar o peito materno, especialmente quando os dentes, infelizmente aparecem demasiado cedo”. (idem, p.107). Essa é uma agressividade ligada à motilidade e à descoberta. O autor ressalta que, ao ser mordida, a mãe sente a dor e pode exprimir algum protesto, mas permanece presente e contendo o bebê. O bebê adquire então a confiança na capacidade do objeto de sobreviver e isto diminui sua culpa por seus ataques, pois percebe que a mãe continua viva, não sucumbindo a seus impulsos agressivos. Desse modo a agressão passa a ser sentida como movimento vital e não como perigo, e poderá ser canalizada para a brincadeira, a construtividade e a criação do mundo.

Aberastury (1996, p.89), também dentro de uma leitura psicanalítica, correlaciona o aparecimento dos dentes com fantasias agressivas, e pontua que há nessa situação, um incremento das ansiedades paranóides e depressivas. Ela afirma o seguinte:

Considero que a eclosão dentária modifica a angústia de perda qualitativa, e quantitativamente. O que até então tinham sido fantasias de possível destruição do objeto, transforma-se pela ação do juízo de realidade em fatos possíveis, porque o aparecimento dos dentes prova-lhe a cada dia que possui o instrumento capaz de destruir.

Como resultado, segundo a autora, as angústias da criança se acentuam, tanto as depressivas quanto as persecutórias, ligadas ao medo da retaliação por sua destruição. Temos por conjectura, a ser confirmada nesse estudo, que o tratamento odontológico pode reativar fantasisticamente tais angústias. Vimos observando que essas são especialmente exacerbadas, quando da indicação pelo profissional odontólogo, da necessidade de remoção de um elemento dentário. Nossa experiência na odontopediatria nos demonstrou também, que a ansiedade que acompanha a remoção de um dente de leite é minimizada se o profissional comunicar à criança, que em lugar desse, virá um outro elemento novo, o qual a acompanhará por toda a vida adulta. Essa comunicação reduz a significância da perda, e transmite à criança a idéia de que está crescendo e se desenvolvendo. Já a necessidade de retirada de um elemento permanente parece ter o significado de uma perda definitiva, o que para a criança maior ou para o adolescente, incrementa sobremaneira sua angústia.

O dente e a dentição condensam, portanto, uma simbologia de experiências múltiplas: expressão da capacidade de agredir, mas simultaneamente também a de crescer, de modificar as coisas ao redor, de fazer movimentos para frente. Observamos que a etimologia de agredir é “gradior”, que em latim significa justamente “movimento adiante”. A aquisição da capacidade de morder e de apreender objetos compreende assim a possibilidade de conhecer e explorar o mundo, experienciando-o criativamente. Winnicott (1971, p.268) assinala que:

Um dos mais importantes exemplos da conjugação do amor e da agressividade surge com o impulso para morder, o que passa a fazer sentido a partir dos cinco meses aproximadamente. Por fim, integra-se no prazer que acompanha o ato de comer qualquer espécie de alimento. Originalmente, porém, é o bom objeto, o corpo materno, que excita o impulso de morder e que produz idéias de morder.

A aquisição da dentição comporta ainda o símbolo do afastamento da mãe pela mudança da alimentação ao seio para uma alimentação sólida, o que requer um luto por este seio. Está assim implícita nesse momento do crescimento do bebê, tanto a possibilidade de desenvolvimento, quanto a necessária perda da fusão com a mãe para que o amadurecimento da criança siga seu curso. O bebê se voltará então para novos objetos. Estamos falando de um período de intensa repercussão emocional na vida da criança.

Por essa razão, Aberastury (1996, p.108), em seus estudos sobre a dentição e o desmame ligados ao atendimento odontológico, conclui:

Assim o dente e tudo que se relaciona com a boca simbolizam e condensam experiências e angústias que se mobilizam mediante mecanismos inconscientes, quando uma criança ou um adulto se defrontam com um tratamento odontológico.

Estamos de acordo com esses autores e, dentro de uma leitura psicanalítica, compreendemos o atendimento odontológico como passível de mobilizar intensas ansiedades. Nesse contexto, o estudo por nós realizado procurou ampliar, através de consultas com a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias, o conhecimento sobre a qualidade e o significado das angústias e fantasias primitivas, que se reativam no momento do tratamento odontopediátrico. Pensamos ainda, que se as boas experiências com o profissional odontopediatra vão de encontro a experiências primitivas satisfatórias, o tratamento decorre com mais facilidade e confiança. Por outro lado, julgamos que as experiências iniciais do desenvolvimento, quando atravessadas por intensos medos, evocariam angústias que seriam tanto maiores, quanto mais ansiógenas tiverem sido tais experiências. É nesses casos que a criança tenderia a resistir ao atendimento, sentindo-se impossibilitada de colaborar, o que torna o tratamento convencional irrealizável.

Em tal situação, apenas a atuação do profissional odontopediatra não contém as angústias emergentes, que necessitam ser compreendidas e elaboradas num setting terapêutico. Nosso trabalho propõe-se a apreender e registrar a intensidade dos conflitos e ansiedades que surgem nessa situação de crise, e chamar a atenção para a necessidade de não desconsiderar o sofrimento da criança em tal condição. Pressupomos que, se a perspectiva do tratamento reativa ansiedades, fantasias e conflitos, constitui-se também em momento propício para o seu acolhimento. Essa possibilidade de compreensão das próprias dificuldades pela criança ou adolescente poderá conferir ao posterior atendimento odontopediátrico um significado de cuidado e reparação.

1.2.2 O desenvolvimento e amadurecimento infantil e o brincar

Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, dedicou-se ao estudo do desenvolvimento e amadurecimento do bebê e da importância do ambiente sobre esse processo. Tendo sido inicialmente um pediatra, tornou-se também psicanalista, e observou a relação entre os bebês e suas mães, desde os primórdios do encontro entre eles. Para Winnicott (2000) o bebê, inicialmente, não se separa do meio ambiente, que precisará ser suficientemente bom (mas não necessita ser perfeito) para propiciar-lhe o desenvolvimento e amadurecimento. A adaptação

da mãe às necessidades do bebê, que são inicialmente físicas, representa a condição do seu “vir a SER”.

Podemos dizer que no início o ambiente é vital para a criança. Os primeiros cuidados maternos se dirigem a um bebê cuja dependência é absoluta. Para o autor, esse estágio antecede o relacionamento com a realidade externa.

A criança sente a tensão instintiva gerada pela fome, e

Nesse momento a mãe aparece com seu seio (digo seio para simplificar a descrição) e o coloca de tal modo que o bebê possa encontrá-lo. Aqui temos um outro movimento, desta vez em direção à criança em vez de para fora dela. É difícil predizer se o bebê e a mãe irão ou não sintonizar. No início a mãe permite que o bebê domine, e se ela falhar nesse ponto o objeto subjetivo do bebê não receberá a superposição do seio objetivamente percebido. Certamente deveríamos dizer então que, ao adaptar-se ao impulso do bebê, a mãe permite que ele tenha a ilusão de que aquilo que ali está foi criado por ele. Como resultado teremos não apenas a experiência física da satisfação instintiva como também a ligação emocional, e o início de uma crença na realidade como algo sobre o qual é possível ter ilusões[...] No decorrer da amamentação ao seio, a mãe poderá repetir essa performance mil e uma vezes. Ela poderá então proporcionar ao seu bebê a capacidade para a ilusão de um modo tão bem sucedido que não lhe será difícil a tarefa seguinte, a gradual desilusão, sendo esta palavra adequada para o desmame nesse contexto primitivo que constitui o meu interesse no presente trabalho. (WINNICOTT, 2000, p.240).

Compreende-se que, no momento em que o bebê, motivado por sua necessidade, está pronto para criar o mundo, sua criação aparece na forma do seio da mãe. A riqueza da experiência de amamentação para a criança é proporcionada pela sensível adaptação e identificação da mãe para com seu bebê. É claro que aquilo que o bebê cria, um objeto subjetivo do seu ponto de vista, já estava lá para ser encontrado por ele. O que o bebê encontra é uma parte da própria mãe que se coloca habilmente para ser encontrada. Winnicott (2000, p.143) chama a toda essa experiência, de um primeiro brincar:

A primeira brincadeira ao seio é de grande importância, por possibilitar ao bebê o encontro com a mãe e a comunicação com ela, fazendo com que ela esteja preparada para agir de forma correta. Sem a possibilidade de brincar, o bebê e a mãe permanecem estranhos um para o outro.

Ao adaptar-se às necessidades do bebê, a mãe está facilitando os processos de desenvolvimento da criança e também lhe apresentando o mundo. A continuidade de sua presença dedicada permite ao bebê ter experiências de confiabilidade no ambiente. Parece-nos que os alicerces do sentimento de confiança se assentam nesses primeiros cuidados.

Se, inicialmente, o bebê imagina que o mundo está sob seu controle mágico, após confiar nos cuidados, ele pode começar a tolerar esperar por eles. Passa a perceber que o seio

se ausenta e depois retorna. O objeto de seu desejo pode ser reencontrado após desaparecer. Gradualmente o bebê perceberá que o mundo está fora de seu controle mágico. A mãe, que lhe permitiu a experiência de ilusão (de que ele criava o seio), gradualmente introduz a desilusão (de que faz parte o desmame). O bebê chupa então o dedo ou a chupeta, ou brinca com um ursinho. Segundo Winnicott (1990, p.126) :

Sabemos que nesse momento o bebê está declarando seu controle mágico sobre o mundo[...] Considerei útil denominar os objetos e fenômenos que pertencem a esse tipo de experiência de transicionais. Aos objetos chamei de objetos transicionais. E às técnicas empregadas nessa situação de fenômenos transicionais.

De acordo com o autor, o fracasso no contato inicial do bebê com sua mãe, faz com que o padrão para a criança seja o de reagir às intrusões do ambiente. As reações à intrusão poderão levar o bebê a se relacionar com o ambiente na base da submissão, lidando de forma passiva com a realidade externa. Compromete-se, assim, a possibilidade de relacionar a realidade externa com a realidade interna.

Para Winnicott (1975, p.26),

Desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido, e na solução deste problema não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe. A área intermediária a que me refiro é a área concedida ao bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade.

Após definir a área intermediária de experimentação, que é o espaço potencial, o autor prossegue afirmando que “os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão”. (WINNICOTT, 1975, p.27). Para o bebê, o espaço potencial significa a possibilidade de experienciar a transição entre o subjetivo e o objetivamente percebido. É uma área não questionada, lugar de repouso na difícil tarefa de conciliar o mundo interno com o externo. O bebê que foi privado dessa experiência terá dificuldade em se relacionar com o mundo de forma espontânea e criativa. Segundo Winnicott (1975, p.49) há uma evolução dos fenômenos transicionais para a possibilidade de brincar. Ele defende a idéia de que:

O brincar criativo e a experiência cultural, incluindo seus desenvolvimentos mais apurados, têm como posição o espaço potencial existente entre o bebê e a mãe. Refiro-me à área hipotética que existe (mas pode não existir) entre o bebê e o objeto (mãe ou parte desta) durante a fase do repúdio do objeto como não eu, isto é, ao final da fase de estar fundido ao objeto.

A psicoterapia também é uma forma especializada de brincar: “A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta”. (idem, p.59).

Uma das riquezas na utilização de consultas com o Procedimento de Desenhos-Estórias, instrumento de nossa pesquisa, se relaciona à sua proximidade com o brincar. As sessões ocorrem dentro do espaço transicional, possibilitando movimentos criativos e vitais para a criança ou adolescente que participam da experiência. Tal possibilidade confere às intervenções com o D-E, a característica de auxiliar na exploração do mundo interno, relacionando-o à realidade externa. O Procedimento de Desenhos-Estórias propicia a criação, entre o profissional e a criança, de um espaço potencial, uma área intermediária, que não pertence nem ao mundo externo nem à realidade subjetiva, mas que está entre eles.

Em nossa pesquisa temos, portanto, como pressuposto, as teorizações de Winnicott (1975) a respeito do significado do brincar como constitutivo da subjetividade. Esse autor relaciona a criatividade ao “estar vivo” e ao sentimento de existir como uma unidade, com um self verdadeiro, capaz de inter-relacionar o mundo subjetivo e o mundo real, e extrair enriquecimento dessa inter-relação.

Assim como a relação mãe-bebê depende da fidedignidade do ambiente, também a relação criança-terapeuta depende da confiança e da possibilidade de sobrevivência a sentimentos intensos ou à agressividade que possa se manifestar. Sobreviver é não retaliar, mas é aqui, sobretudo, deixar SER. “Deixar ser” permite ao indivíduo a aquisição do sentimento de estar inteiro, integrado, com um “si mesmo” com o qual poderá contar nas dificuldades da vida.

Pressupomos que o receio exacerbado frente a um tratamento médico ou odontológico pode advir de uma reativação fantasística de experiências pregressas de vivências de medo, desamparo e intensas angústias.

Temos por hipótese que uma mãe ansiosa, deprimida ou retaliadora, pode ter tido dificuldade em oferecer ao bebê um ambiente facilitador dos processos de amadurecimento e desenvolvimento, comprometendo a confiança da criança no mundo como um lugar de acolhimento de seu ser tal como ele é.

O Procedimento de Desenhos-Estórias no contexto de nosso estudo é um instrumento precioso na captação dos dinamismos emocionais presentes, e demonstra ainda auxiliar na retomada do desenvolvimento pessoal, que se expressa em movimentos criativos, nos gestos espontâneos e em sentimentos de existência.

1.2.3 A situação de crise

A necessidade de um tratamento odontológico desencadeia para algumas crianças e adolescentes uma situação de crise. Essa é semelhante àquela enfrentada por certos indivíduos diante de uma necessidade cirúrgica ou de intervenções médicas, ainda que, o atendimento odontológico nem sempre seja ele mesmo cirúrgico.

A palavra crise, segundo Houaiss (2001, p.872), representa na medicina uma situação em que, “segundo antigas concepções [...] na evolução de uma doença, constituía um momento decisivo, para a cura ou para a morte”.

É interessante notar também que a etimologia da palavra remete a uma situação de escolha, julgamento ou decisão. Parece-nos, portanto, significar um momento propício para o acolhimento das necessidades psíquicas que requerem reordenações.

Os sujeitos dessa pesquisa estão, em sua maioria, iniciando a adolescência, época em que o indivíduo enfrenta, invariavelmente, uma crise de desenvolvimento.

Simon (1993, p.105) explica que há vários estágios da vida humana que podem ser pontuados por crises de desenvolvimento:

São períodos de transição; surgem nas etapas do desenvolvimento normal da personalidade em que uma fase é qualitativamente diferente da anterior, ocorrendo tensões cognitivas e afetivas. Às crises de desenvolvimento contrapõe Erikson (1959) a noção de crises acidentais, períodos de tensão análogos aos anteriores, mas precipitados por acontecimentos envolvendo perda ou aumento de suprimento de bens afetivos, físicos ou materiais.

Temos observado que a situação de crise desencadeada pela perspectiva do atendimento odontopediátrico, efetivamente parece acentuar-se quando associada a etapas do desenvolvimento que intensificam conflitos internos, como, por exemplo, o início da puberdade, embora ocorra também na infância e na idade adulta. Para Aberastury (1996, p.25),

A vida pulsional do adolescente é poderosa, a vida de fantasia é rica e sua relação com a realidade é diferente da das crianças. Nos púberes, assim como nas crianças pequenas, predomina a vida inconsciente e uma vida rica de imaginação; neles, a angústia é mais acentuada que no período de latência.

Nessa situação, a necessidade de tratamento odontológico costuma fazer emergir fantasias inconscientes, angústias e conflitos pré-existentes, que nesse novo contexto ficam exacerbados. Trata-se, portanto, de um momento propício para a compreensão e o acolhimento dessa conflitiva.

Bellak (1980, p.43) refere-se aos momentos de crise que surgem na vida dos indivíduos, como situações que os retiram de seu equilíbrio, estando acima de sua capacidade de lidar com ela, mas, por outro lado, mobiliza-os a procurar ultrapassá-las:

As crises põem à prova os recursos e as forças dos indivíduos e ameaçam a sua integridade. Uma crise pode traumatizar, por impor condições que estão além das capacidades para a adaptação do indivíduo. Mas a crise também mobiliza os recursos da pessoa e, sobretudo, a sua motivação para aprender novas maneiras de lidar com situações que induzem ansiedade.

A intensidade com que as angústias surgem, bem como a premência em elaborá-las, faz com que essa seja uma oportunidade favorável e preciosa para auxiliar a captação e entendimento da dinâmica emocional subjacente. As dificuldades que emergem, focadas na questão situacional, simultaneamente a ultrapassam. É nesse contexto que acreditamos poder facilitar o surgimento e apreensão dos focos nodais das angústias inconscientes das crianças e adolescentes, utilizando um referencial psicanalítico. É uma situação oportuna para um processo de focalização das ansiedades, de entendimento e possível reorganização das defesas e de tomada de consciência dos conflitos. Nossa pesquisa deseja chamar a atenção para a intensidade do sofrimento e a necessidade de oferecer ajuda para sua elaboração.

1.2.4 O medo diante da consulta odontológica como manifestação de uma fobia

Para alguns pacientes com receio do atendimento odontológico, a angústia despertada ante a perspectiva do tratamento é irracional. Pensamos que não seja apenas uma manifestação de medo, e sim, que estejam mais próximos de manifestações fóbicas. Segundo Aberastury (1996, p.103),

Ao analisar estas reações, durante a terapia psicanalítica, tornou-se notória a semelhança entre essas condutas e as observadas em pacientes fóbicos. Nas fobias, não há proporção entre o objeto fóbico internamente distorcido, potencialmente muito ansiogênico, e as dimensões reais desse no mundo exterior.

Para a autora, isso acontece porque a boca está investida de características inconscientes, o mesmo acontecendo com os dentes, e “todos esses significados mantêm-se latentes na vida adulta, mas ficam recalçados ou deformados”. (ABERASTURY, 1996, p.105).

Assim, para Aberastury (idem, p.108), os dentes e tudo que se relaciona com ele e com a boca simbolizam e condensam experiências e angústias que se mobilizam mediante mecanismos inconscientes, quando uma criança ou adulto se defrontam com um tratamento

odontológico. Tais angústias são, para essa autora, muito próximas da fobia e do pânico.

A fobia e pânico em psicanálise foi pesquisada e descrita minuciosamente por Trinca, W. (1997). Para esse autor, a identificação clínica de uma personalidade fóbica, compreende fatores básicos, fatores adicionais e fatores agravantes. Dentre os fatores básicos, o autor enumera a fragilidade do self, angústias de morte, as evitações fóbicas, o uso do outro e demais aspectos de angústia.

Como características dessa dinâmica, o autor encontrou a presença de esvaziamento interno, de desvitalização, de falta de referências internas, de inconsistências abrangendo o medo de assumir posturas próprias, de um estado de desamparo e de dúvidas quanto à própria identidade. São pacientes que manifestam angústias de morte, medos da desestabilização, receio da perda de controle sobre os próprios sentimentos e medo da perda da vida e de ameaças imponderáveis.

Efetivamente, a personalidade fóbica apresenta intensas angústias, dentre as quais se destacam as angústias de morte e de esvaziamento do self, que são:

Angústias experimentadas como catastróficas. Expressam-se por medos de morrer, de enlouquecer e de perder o controle de situações externas e internas. Incluem-se os medos à morte de familiares e de outras pessoas de quem o paciente depende física ou mentalmente. Tais angústias estão normalmente associadas a esvaziamentos no self. Às vezes, há medos de ataques provenientes de forças ocultas e desconhecidas. (TRINCA, W., 1997, p.26).

Para o autor, essa angústia é central na fobia, e ele a denomina “angústia de dissipação do self”, que é decorrente da fragilidade emocional. Os sentimentos resultantes são de desfazimento, instabilidade, fraqueza interna, falta de sustentação psíquica, colapso, caos e medo do descontrole.

Em sua pesquisa sobre a fobia, o autor chegou à conclusão de que o fóbico tem uma insuficiência na “matriz da confiança básica”. O estabelecimento dessa confiança básica, se inicia, segundo o autor, nos primeiríssimos contatos do bebê com a mãe: “Se para a criancinha, as experiências com o seio e a mãe forem predominantemente boas, essas experiências permanecerão internalizadas, constituindo uma matriz de novas experiências, montadas com base no sucesso das primeiras”. (TRINCA, W., 1992, p.111).

Temos por hipótese nessa pesquisa, que a possibilidade de confiar no outro, de acreditar no bom e no fluxo da vida, estão comprometidos para as crianças e adolescentes desse estudo. Desse modo, não acreditam que possam se beneficiar do tratamento odontopediátrico, senão que o sentem como disruptor de seu equilíbrio psíquico. O atendimento passa a ser evitado de modo semelhante ao da evitação de um objeto fóbico.

1.2.5 O Procedimento de Desenhos-Estórias

1.2.5.1 O D-E em sua concepção clássica

“O papel nem sempre é branco
como a primeira manhã.
Mas é no papel,
no branco asséptico,
que o verso rebenta”.

João Cabral de Melo Neto

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), introduzido por Walter Trinca em 1972 e sistematizado em 1976, compreende a utilização do desenho livre associado a histórias com a finalidade de fazer emergirem informações sobre o mundo emocional, onde apenas o desenho ou a verbalização isoladamente não o conseguiriam.

Foi proposto como um instrumento de investigação clínica da personalidade, e, desde sua apresentação, já foi utilizado na observação de crianças e adultos nas mais diversas situações clínicas, constituindo-se em um valioso método de aproximação do profissional aos conteúdos mentais dos pacientes.

As técnicas de investigação clínica da personalidade têm por características: o uso da associação livre através de técnicas projetivas, a realização de entrevista não estruturada e a utilização de meios indiretos de estímulos à percepção, tais como desenhos, brinquedos ou encenação. Preservam, assim, um campo de liberdade e espontaneidade que permite que emergam conteúdos inconscientes não direcionados e próprios do sujeito que está na situação de investigação. Segundo Trinca, W., (1997, p.17) “O Procedimento de Desenhos-Estórias tem sua fundamentação baseada nas teorias e práticas da psicanálise, nas técnicas projetivas e na entrevista clínica.”

Outros psicanalistas utilizaram desenhos na aproximação ao mundo emocional da criança e do adolescente. Winnicott, pediatra e psicanalista, utilizava o “Squiggle Game” (Jogo do Rabisco). O “Jogo do Rabisco” foi criado por Winnicott (1964-1968) como uma forma de se comunicar com a criança e conhecê-la convidando-a para brincar. Para ele, brincar era a base para qualquer técnica terapêutica. Achava que a psicoterapia significava a superposição entre duas áreas do brincar: a do paciente e do terapeuta. Considerava o “Jogo do Rabisco” como uma entrevista diagnóstica, baseado na crença de que não se pode fazer nenhum diagnóstico exceto após o “teste da terapia” (Winnicott, C.1994, p.230). Chamou o

uso que fez do Jogo do Rabisco de “consultas terapêuticas” com o intuito de diferenciá-las da psicanálise e de indicar que a primeira consulta, por si só, já pode ser terapêutica.

Winnicott (1994) utilizou a denominação específica de Consultas Terapêuticas para designar o atendimento a crianças e adolescentes durante um número relativamente pequeno de atendimentos, geralmente as primeiras entrevistas, nas quais costumava utilizar o Jogo do Rabisco. Acerca das Consultas Terapêuticas, o autor esclarece:

Estou tentando demonstrar que, em um tipo muito comum de caso psiquiátrico infantil, existe a possibilidade de fazer psicoterapia eficaz e profunda fazendo-se uso pleno de uma só entrevista ou de um número limitado delas. (WINNICOTT, 1994, p.107).

A psicanálise já comprovou, portanto, que os desenhos facilitam o acesso aos conteúdos psíquicos profundos da criança, onde apenas a verbalização não o conseguiria. Em consultas de diagnóstico ou terapêuticas, o Procedimento de Desenhos-Estórias auxilia na aproximação e aprofundamento no mundo emocional dos sujeitos pesquisados, através dos desenhos e das histórias contadas a partir destes.

Inúmeros trabalhos utilizaram o Procedimento de Desenhos-Estórias na apreensão de conteúdos emocionais de grupos determinados. Entre os estudos realizados com a utilização do D-E, podemos citar alguns ligados à área da saúde. Em pesquisas qualitativas, foi utilizado no atendimento de crianças no período pré-cirúrgico (Trinca, A.M.T.,1987), na pesquisa com deficientes visuais (Amiralian, 1992), na abordagem de crianças com úlcera péptica (Hames,1992), no câncer infantil (Perina,1992), na investigação clínica da personalidade em mulheres estéreis com endometriose (Castro, 1990).

Foi utilizado por Gimenez (1983) em crianças que apresentavam fobia escolar. Por Mázzaro (1984) que examinou características comuns presentes em adolescentes homicidas. Por Flores (1984) que estudou crianças hospitalizadas em fase terminal. Brito (1986) utilizou o instrumento no estudo de meninos com problemas na identificação sexual. Fernandes (1988) utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias num grupo de mulheres primigestas. Barbosa (1989) estudou um grupo de mulheres com câncer de mama, submetidas a mastectomia. Gianotti-Hallage (1988) teve como objeto de pesquisa um grupo de pacientes cardiopatas congênitos. Mestriner (1989) pesquisou um grupo de crianças asmáticas. Aiello-Vaisberg (1997) utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias na investigação das representações sociais.

1.2.5.2 Ampliações na utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Tendo sido introduzido inicialmente como um instrumento de investigação da personalidade, o Procedimento de Desenhos-Estórias mostrou-se amplamente validado dentro desta primeira proposta, por ser um instrumento propício e valioso na captação de conteúdos emocionais dos sujeitos nas mais variadas situações clínicas. Em sua utilização com crianças, facilita o acesso a conteúdos inconscientes profundos e a apreensão dos dinamismos emocionais que se encontram em jogo. Como as crianças têm dificuldade em verbalizar seus problemas e conflitos, expressam-se com muito mais facilidade ao desenharem e contarem estórias.

Ao longo de sua utilização, o D-E foi se mostrando também um instrumento apropriado para ser utilizado em processos psicoterapêuticos.

Tal perspectiva de utilização do D-E foi verificada por Flores (1984); por Al'Osta (1984) e por Moreno (1985). Trinca, A.M.T., (1987), pesquisando os conteúdos emocionais de crianças que aguardavam cirurgia programada, percebeu as possibilidades terapêuticas da utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias nessa situação. A autora verificou que nesses casos, não apenas o D-E se mostrava útil à compreensão dos conflitos gerados pela expectativa da cirurgia, como também propiciava à criança uma reestruturação de sua personalidade, possibilitando o enfrentamento da situação cirúrgica com maior tranquilidade e menos sofrimento. Fernandes (1988) observou também resultados terapêuticos com a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias numa pesquisa com primigestas grávidas.

Amiralian (1992), trabalhando com deficientes visuais, verificou que o Procedimento de Desenhos-Estórias possuía, para este grupo, um vértice terapêutico, possibilitando-lhes uma maior compreensão de suas dinâmicas emocionais através da elucidação de suas angústias e de um aumento dos recursos para lidar com elas.

A mesma autora (1995) estudou ainda o Procedimento de Desenhos-Estórias na psicoterapia analítica breve de pessoas com deficiência e problemas especiais de saúde. Verificou a eficácia do instrumento como auxiliar na terapia analítica breve de uma paciente com câncer, utilizando-o em 10 sessões. Como resultado, houve uma reorganização da auto-imagem, internalização de aspectos antes projetados, maior integração da personalidade, maior enfrentamento do medo da recidiva e da morte. Ampliando essa mesma perspectiva, Amiralian (1997) estudou ainda 4 pacientes utilizando o D-E num período de 10 a 25 sessões, nas quais havia uma intercalação de verbalizações terapêuticas. A autora chegou à conclusão da utilidade do instrumento como auxiliar no contato com o paciente e na facilitação da

reorganização de sua personalidade: “Os resultados confirmam a hipótese, isto é, todos os casos mostraram mudanças no comportamento e verificamos que usado nesta situação de crise dá sustentação momentânea ao paciente e cria condições para que ele reavalie sua situação de vida”. (AMIRALIAN,1997, p.41).

Trabalhando com pessoas cegas, Amiralian (1997, p.177) também considerou as possibilidades terapêuticas do D-E, pontuando que a reiteração das unidades de produção,

Parece ter servido como um processo terapêutico. A realização de cinco unidades de produção contribuiu para um encadeamento de situações que conduziram a uma organização progressiva dos sentimentos e pensamentos, observados tanto na expressão gráfica como na verbalização, da mesma forma que se espera em intervenções terapêuticas.

Borges (1998, p.152) também utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias como modalidade de intervenção em consultas terapêuticas infantis. Nesse contexto, a intervenção terapêutica contemplou a dinâmica existente na relação mãe-filho, e segundo a autora, o instrumento favoreceu:

O aparecimento de conteúdos simbólicos, e a capacidade de brincar, mostrando a possibilidade que um tem para ajudar o outro, ou seja, tanto a mãe como a criança, podem ter acesso à perspectiva que um ou outro tem sobre si mesmo, sobre o sofrimento e sobre a problemática da questão.

Trinca, A.M.T. (1997, p.36) expõe a possibilidade de ampliações na utilização desse instrumento, quando diz:

Pensamos que a riqueza do Procedimento de Desenhos-Estórias está nas constantes ampliações e expansões que vem acumulando ao longo dos anos de sua utilização na clínica psicológica e na pesquisa científica. Isto porque o D-E não se manteve limitado à sua hipótese inicial de vinte e cinco anos atrás.

Essa autora percebeu que, durante o atendimento de crianças com cirurgia programada,

A observação clínica acurada, a sensibilidade em captar a comunicação da criança, que está além das palavras, a habilidade em compor relações e interpretações no momento em que o material é produzido, são pilares básicos da transformação do vértice diagnóstico do D-E em vértice terapêutico.[...] A realização do D-E nesses momentos liberta o paciente de seu enredo psíquico limitador e angustiante, que o mantém em sofrimento (e freqüentemente em silêncio). O uso terapêutico do D-E insere o paciente numa dimensão de realização de imagens que permaneciam latentes em alguma parte de sua mente, condensando de modo simbólico, representações de ações humanas, de medos inconscientes, etc. (TRINCA, A.M.T.,1997, p.60).

A mesma autora supracitada, ressaltou as possibilidades terapêuticas do instrumento, e a importância do desenvolvimento de novas pesquisas neste vértice, afirmando que:

O estudo, a pesquisa e a prática das possibilidades terapêuticas do Procedimento de Desenhos-Estórias são imensas [...] O D-E tem condições de agilizar a compreensão diagnóstica, o planejamento terapêutico, a definição do foco de atuação terapêutica e o caminho a ser percorrido pelo psicoterapeuta. (TRINCA, A.M.T., 1997, p.63).

Trinca, A.M.T., (2002) validou a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica na pré-cirurgia infantil, propondo um modelo para a utilização do instrumento no atendimento de crianças em preparo pré-cirúrgico. A autora apresentou um método terapêutico dirigido a crianças nessa situação de crise. Em tal contexto a autora descreve a utilização do D-E “como instrumento de intermediação terapêutica, em combinação com as entrevistas e observações clínica”. (TRINCA, A.M.T., 2002, p.39). Ao final desse trabalho, a autora propõe um modelo para a realização do atendimento a crianças nessa situação, que nos foi útil e precioso na realização de nossa pesquisa, pelas similitudes que encontramos entre a criança na situação pré-cirúrgica e a criança no atendimento odontológico. O atendimento na área de odontopediatria e odontologia é também um procedimento invasivo, por realizar-se dentro da cavidade bucal, sobretudo, quando requer o uso de anestesia, seringas, bisturis ou instrumentos perfuro-cortantes (brocas). Por vezes, o procedimento odontológico é ele mesmo um procedimento cirúrgico e, portanto, o estudo proposto pela autora foi importante em nossa pesquisa, como modelo para o estudo sobre a utilização do D-E em odontopediatria. Acreditamos que esse modelo poderá ser ampliado para o estudo de abordagens terapêuticas à criança ou adulto nesse momento de crise, bem como nas demais áreas da saúde.

Nós já vínhamos observando em nossa prática clínica como odontóloga, a facilitação do nosso acesso à criança quando a deixávamos utilizar lápis e papel antes de a examinarmos. Como já expusemos em outro trabalho (Oliveira, 2001), acreditamos que possibilitar à criança a livre expressão gráfica, através do desenho, a desinveste de alguns medos e angústias. O reconhecimento de sua expressão, a valorização de sua produção gráfica e de sua criatividade, aproximava a criança de nós, tornando-a mais confiante e receptiva ao atendimento.

Porém, observávamos que algumas crianças apresentavam angústias pregressas que pareciam reativar-se frente à perspectiva do tratamento odontopediátrico. Nesses casos, apenas o bom contato e acolhimento por parte do odontólogo, sua afetividade e disposição para auxiliar a criança, não logravam atingir sua colaboração.

Após um percurso de formação em psicanálise, que nos possibilitou uma compreensão psicanalítica dos dinamismos inconscientes subjacentes aos mecanismos mentais, passamos a utilizar o Procedimento de Desenhos-Estórias num setting terapêutico, no atendimento de crianças que se mostravam impossibilitadas, por suas angústias, de se submeterem ao atendimento odontopediátrico.

Fomos verificando que, nessa situação, as sessões com o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias permitiam a elucidação de conteúdos emocionais profundos da personalidade, subjacentes à conduta manifesta que se apresentava como oposição à realização do atendimento odontopediátrico. Por sua forma expressiva semelhante a dos conteúdos oníricos, o instrumento propicia que se ultrapassem as resistências e permite o afloramento de conteúdos inconscientes. Os desenhos condensam, de modo simbólico, conflitos, relações objetais, medos, fantasias e defesas. O simbolismo expresso nos mesmos representa um conteúdo mental particular daquele sujeito, que só ele conhece, e que encontra assim um canal de expressão. Por outro lado, sua proximidade com o brincar suscita a colaboração infantil. Além disso, permite que a criança possa avançar no processo conforme sua tolerabilidade frente ao que emerge, e de acordo com a sua estruturação psíquica.

O estímulo aperceptivo nesse procedimento advém de desenhos criados e realizados pela própria criança ou adolescente, proveniente do conhecimento, ainda que disperso, que o paciente tem sobre si mesmo. Por não estar preso a estímulos externos e fixos, o Procedimento de Desenhos-Estórias permite observar os fenômenos em seu afloramento, e esses são, portanto, ricos da personalidade daquele que se expressa, podendo permitir-lhe refletir a estruturação mais profunda de sua personalidade, e os psicodinamismos que subjazem à sua conduta manifesta.

1.2.6 O método clínico

“ Um canavial tem a extensão, ante a qual todo metro é vão”

João Cabral de Melo Neto

A avaliação e interpretação dos dados da presente pesquisa foram realizadas tendo como pressuposto teórico o método clínico, já que nosso objetivo foi avaliar os indivíduos de modo globalístico, observando-os em sua totalidade dinâmica, o que não viabilizaria um método experimental. Segundo Amiralian (1997, p.159), o método clínico “não procura a

regularidade como objetivo básico; ao contrário, propõe-se a observar os fenômenos quando e onde surgem, independentemente de sua frequência num conjunto de sujeitos”.

De acordo com a autora, as respostas dos sujeitos estão condicionadas a um dinamismo que lhes é intrínseco, pois que determinado por uma organização pessoal própria e única. A autora propõe que, para uma avaliação pelo método clínico, utilize-se o enfoque psicanalítico, já que esse não aprisiona o pesquisador nem os sujeitos observados em pré-concepções e na rigidez do pensamento, senão que lhes dá liberdade para surgirem como si mesmos a partir de sua existência individual.

Ao realizar uma pesquisa que utiliza o método clínico, o profissional lança mão de pensamentos clínicos que o auxiliam a encontrar um sentido para o conjunto de informações que se apresentam.

Trinca,W. (1997) estudou o pensamento clínico em diagnóstico da personalidade, esclarecendo que as formas ou modalidades de pensamento clínico referem-se aos diferentes caminhos que o pensamento toma entre as questões e as respectivas respostas a respeito da dinâmica psíquica do paciente. O pensamento clínico é usado rotineiramente pelo psicólogo ou psicanalista em sua tentativa de compreensão da dinâmica emocional do paciente, e esse autor teve o mérito de sistematizar essas formas de pensamento. Ele afirma que:

Apesar de situarmos este livro no campo do diagnóstico da personalidade, estamos seguros de que as formas de pensamentos aqui descritas ocorrem também na prática da psicanálise e da psicoterapia de orientação psicanalítica. (TRINCA,W., 1997, p. 13).

Esclarece ainda que, constatamos o aparecimento dessas formas de pensamento, quando o profissional necessita compreender os pontos nodais de angústias inconscientes que surgem durante o tratamento.

Para esse autor, as formas de pensamento clínico não são específicas da psicoterapia ou da psicanálise: são modos de funcionamento do pensamento humano em geral. Nas pesquisas com o método clínico, essas formas de pensamento são utilizadas de tal modo que “a maioria dos profissionais não tem consciência clara de que emprega determinada forma de pensamento clínico” (idem, p.21). Isto acontece também porque, até certo ponto, muitas vezes ocorrem formas combinadas de pensamento clínico dentro de um único processo de aproximação à vida psíquica do paciente: “Há fatores que, de uma ou outra maneira, estão presentes em todas ou quase todas as formas nomeadas: percepção, experiência passada, análise, síntese, indução, intuição, etc” (TRINCA,W.,1997, p.20).

O autor esclarece que em psicoterapia ou psicanálise, tais formas de pensamento

contribuem para a elucidação das dinâmicas emocionais dos pacientes, preservando, no entanto, uma característica de alto grau de flexibilidade e mobilidade psíquica na mente do pesquisador. As formas de pensamento clínico, auxiliares do método clínico de estudo, ajudam na compreensão do que se passa no mundo mental do examinado, permitindo atingir um olhar harmônico e uma visão globalizadora e integradora de sua dinâmica psíquica. Permitem dar coerência ao material que se apresenta inicialmente disperso e incongruente.

As formas de pensamento clínico por nós utilizadas são basicamente as descritas por Trinca, W., (1997, p.18) e a seguir enumeradas: 1. Apreensão do objeto presente, dado. 2. Identificação de objetos semelhantes ao da experiência anterior. 3. Analogia entre partes constituintes de um mesmo objeto. 4. Pensamento classificatório. 5. Recorrência à teoria. 6. Dedução. 7. Prova de hipótese. 8. Denominador comum. 9. Pistas indicativas de solução. 10. Articulação das partes entre si. 11. Exclusão das alternativas menos verossímeis em um processo de tentativas. 12. Visão simultânea de conjunto. 13. Fechamento. 14. Imagens intuitivas. 15. O sentir, em contexto mais abrangente.

O pensamento clínico nos dota de uma grande flexibilidade para acompanhar a emergência dos conteúdos emocionais de cada indivíduo humano e tecer conexões e relações que os englobem em uma personalidade indivisa e única. Utilizando o método clínico, objetivamos realizar uma pesquisa qualitativa, pesquisa e métodos que respeitem a condição humana, inapreensível e intraduzível de um modo absoluto. O estudo qualitativo contempla nossa necessidade de apreender cada objeto de pesquisa integralmente e não por partes. Assim, a pesquisa qualitativa procura reconhecer as motivações profundas da vida psíquica de cada sujeito, buscando organizar o conjunto de informações emergentes numa visão integradora, que abrace a totalidade e individualidade da existência de cada um. Baseia-se ainda na constatação de que a vida psíquica tem movimentos constantes e um permanente fluxo em relação ao devir.

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

“Hás de aprender com o tempo,
e há de ser tua ciência,
uma tão íntima conexão
de ti mesmo e tua existência,
que ninguém suspeitará de nada
e teu último segredo,
seja antes de alegria subterrânea,
que de soturno medo”.

Carlos Drummond de Andrade

Algumas interrogações estimularam e nortearam o desenvolvimento dessa pesquisa. Temos observado que a odontologia e a odontopediatria têm tido um enorme progresso nas áreas preventivas focadas na estética, na manutenção da saúde bucal e na preservação dos dentes. As técnicas se modernizaram e os atendimentos são mais fáceis e menos dolorosos do que há décadas atrás. A odontopediatria ressen-te-se, porém, da falta de estudos que possibilitem a apreensão dos conteúdos emocionais inconscientes de crianças e adolescentes que apresentam dificuldade em cooperar com o tratamento. Venho observando em muitos anos de atendimento em minha primeira formação, a odontologia, que o tratamento odontológico mobiliza ansiedades muitas vezes desproporcionais ao procedimento a ser realizado. Constatei também que há algumas crianças e adolescentes que não se sentem capazes de colaborar de modo algum com o atendimento, e comecei a me perguntar quais seriam as angústias subjacentes a essa conduta manifesta.

Em tais casos, as técnicas de abordagem odontopediátricas classicamente utilizadas não logram obter a colaboração do paciente. Nesses casos em que o atendimento se torna muito difícil ou inexecutável, alguns profissionais ainda têm preconizado a contenção da criança na cadeira odontológica, ou a técnica da mão sobre a boca. Mais recentemente se tem preconizado a utilização da sedação para o atendimento desses pacientes.

Discordando da necessidade de utilização da contenção ou restrição física e da sedação, para a maioria dos atendimentos, buscamos alternativas para ajudar essas crianças e adolescentes. Perguntamo-nos qual seria a dinâmica da personalidade desses sujeitos. Assim, esse estudo procura entendê-los, buscando averiguar as angústias presentes, os conflitos básicos, as fantasias e os mecanismos de defesa utilizados por esses pacientes.

Nossa pesquisa adveio, portanto, da experiência e de perguntas provenientes de nosso exercício clínico. Nossos questionamentos surgiram de casos clínicos, e as nossas questões e indagações antecederam a realização da pesquisa. Desse modo partimos de uma problemática humana e real, e essa nos conduziu ao presente trabalho. Diz Safra, (1993, p.120) que encontramos:

Na origem e na história do desenvolvimento psicanalítico, o modelo de pesquisa em psicanálise: o diálogo permanente entre a teoria e a clínica. A articulação teórica sem referência à clínica corre o risco de aproximar-se das manifestações do pensamento delirante. A clínica sem a conceitualização teórica pode perder-se na indisciplina de uma prática onipotente e sem rigor metodológico.

O presente estudo consistiu na busca de uma visão globalizada e integradora dos dinamismos inconscientes de um grupo de crianças e adolescentes com intensa angústia diante do atendimento odontopediátrico. Procurou verificar a presença de fatores inconscientes que pudessem esclarecer a dificuldade de realizar a intervenção odontológica. Buscou englobar os fatores geradores dessa impossibilidade na personalidade única de cada sujeito. Averiguou a existência de características comuns ao grupo que o definissem como um grupo específico, com similitudes em sua dinâmica psíquica.

Essa compreensão foi realizada dentro de uma leitura psicanalítica, sendo a utilização de desenhos e as verbalizações acerca deles um excelente facilitador para a manifestação de ansiedades, conflitos e fantasias inconscientes.

Desse modo, essa pesquisa objetivou tornar possível a compreensão qualitativa profunda dos conteúdos emocionais de crianças ou adolescentes que se apresentam impossibilitados de colaborar com o atendimento odontopediátrico. Buscamos examinar quais os impedimentos, medos e demais sentimentos que permeiam a situação do tratamento. Procuramos assim, chamar a atenção para a intensidade das emoções e do sofrimento presente no psiquismo desses pacientes com desproporcional receio da intervenção odontológica.

Estamos assim de acordo com a opinião de Safra (1993, p.130), que a respeito do uso do material clínico na pesquisa psicanalítica, afirma que “O importante é sublinhar que há inúmeras possibilidades de pesquisa: a escolha dependerá dos interesses do investigador”.

Efetivamente, observamos que o D-E utilizado na situação clínica de nosso estudo, além de possibilitar o acesso ao mundo emocional das crianças pesquisadas, constitui-se paralelamente, num facilitador do posterior atendimento odontopediátrico. Desse modo, concordamos novamente com Safra quando afirma que: “É necessário assinalar que o psicanalista é essencialmente um pesquisador do psiquismo que, à medida que investiga,

auxilia o analisando na integração de si mesmo e no descobrimento e reencontro de sua verdade”. (idem, p.126).

Assim, colocamos como objetivo para essa pesquisa favorecer a emergência dos conteúdos emocionais presentes e subjacentes ao impedimento de realizar o atendimento odontopediátrico, de modo que possamos apreendê-los e reconhecê-los. Após estabelecermos contato com tais conteúdos, objetivamos descrevê-los, relacioná-los e registrá-los, procurando compreender a dinâmica emocional subjacente à fobia em odontologia.

Buscamos entender a reverberação que a necessidade do atendimento odontológico tem sobre o psiquismo de algumas crianças ou adolescentes, de modo a gerar tão intenso sofrimento. Objetivamos também verificar se as repercussões emocionais atuais que desencadeiam tal situação de crise estão relacionadas a uma dinâmica psíquica pré-existente na personalidade da criança.

Em resumo, portanto, este trabalho pretendeu realizar intervenções por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias com crianças e adolescentes na situação de crise frente ao atendimento odontopediátrico, e:

a. Verificar os pontos nodais de angústias inconscientes, fantasias, mecanismos de defesa, conflitos e sentimentos expressos por crianças e adolescentes com medo do atendimento odontopediátrico.

b. Buscar uma visão integradora e globalizadora da dinâmica inconsciente dos pacientes que se apresentam com receio de realizar o tratamento odontológico, a partir de conteúdos emocionais importantes e significativos que subjazem a esse receio, procurando relacioná-los a fatores desencadeadores pré-existent na personalidade.

c. Compreender o processo interventivo que facilita o posterior tratamento odontológico.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA

“Escrever jamais é sabido,
o que se escreve tem caminhos
Escrever é sempre estrear-se,
e já não serve o antigo ancinho”.

João Cabral de Melo Neto

2.1 A PESQUISA EM PSICANÁLISE:

Procuramos manter em nosso trabalho uma visão que pudesse albergar a criatividade pessoal e acolher a emergência do novo. Dentro desse contexto, nossa pesquisa objetivou ser uma pesquisa qualitativa com referencial psicanalítico. Em uma pesquisa em psicanálise, segundo Trinca, T., (2002, p.195), “a qualidade do espaço mental do pesquisador é determinante na relação com seu objeto de pesquisa”. Tal atitude compreende a apreensão de objetos vivos e dinâmicos, inabarcáveis em sua totalidade. Por essa razão necessitam de uma aproximação que não os reduza a fragmentos, mas sim os considere em uma compreensão globalística e num todo harmonioso. A pesquisa em psicanálise, estando aberta aos fenômenos vivos, permite o surgimento e a aproximação aos focos nodais dos conflitos dos sujeitos observados. Tal enfoque de pesquisa é necessário quando desejamos realizar um estudo qualitativo, no qual privilegiamos a apreensão dos dinamismos psíquicos quando de sua emergência. Para Trinca, W. (2002, p.201):

Desta maneira podemos aliar na pesquisa psicanalítica, intuições profundas a procedimentos metodológicos não invasivos, que não descaracterizam a profundidade da apreensão. De igual modo, ao invés de partir sempre de pressupostos, somos bastante abertos para abrigar fatos novos, independentemente de padrões prévios limitadores. Trabalhamos mais baseados na experiência do que em postulados preestabelecidos.

Tal visão está de acordo com a nossa idéia de que a mente humana é inapreensível dentro de um rigor quantitativo, pois se encontra em constante movimento e mudança.

Safra (1993, p.119) afirma que:

A psicanálise, desde o seu início, estabeleceu-se como uma terapia e um método de investigação do psiquismo humano. Freud manteve um diálogo contínuo com a clínica para a elaboração e sistematização de seu pensamento sobre os fenômenos psíquicos.

Para o autor, a psicanálise inaugurou uma nova maneira de se realizar pesquisa, pois tem por característica uma não separação nítida entre sujeito e objeto de pesquisa, e dessa maneira irá valorizar a participação do pesquisador no fenômeno por ele observado.

Estamos de acordo com Safra, quando afirma que a pesquisa em psicanálise não se dissocia da terapêutica. Nossa pesquisa, efetivamente, nasceu da observação clínica do sofrimento de nossos pacientes e de questionamentos de como compreendê-los e auxiliá-los.

Acerca do uso do material clínico na pesquisa psicanalítica, o autor pontua que a partir de um mesmo material clínico podemos fazer diferentes recortes de pesquisa utilizando vértices e aspectos diversos do material, dependendo do que desejamos focar:

A experiência clínica apresenta uma infinidade de variáveis e fenômenos impossíveis de serem abarcados por um único vértice ou concepção teórica. Ao iniciarmos uma investigação a partir de um material clínico, **realizamos um recorte, que é delimitado pelo aspecto ou fenômeno que estamos interessados em pesquisar**, e também pelas concepções teóricas que utilizamos em nosso trabalho. **Um mesmo trabalho pode ser utilizado para investigarmos dimensões diferentes do fenômeno clínico.** (SAFRA,1993, p.129, grifos nossos).

Nossa pesquisa apreende, investiga e delimita os conteúdos emocionais inconscientes subjacentes à fobia ao tratamento odontológico. Procura assim, chamar a atenção para a intensidade do sofrimento subjacente a essa conduta manifesta e para a necessidade de oferecer ajuda a esses casos.

Herrmann (1993, p.143) também pensa a pesquisa em psicanálise como um ato cuidador (cuidar de, servir a, tratar de):

Quando o pesquisador se lança numa pesquisa psicanalítica, ele faz também o papel de *Therapon*, quer dizer, ele não vai descobrir, ele vai permitir que se descubra, permitir que algo tire a coberta de si próprio, vai permitir que se dê uma *aletheia*, um desesquecimento...

A pesquisa em psicanálise, segundo esse autor, parte da análise de um paciente, mas se faz separada da análise. Isto porque a aplicação do método psicanalítico se aplica a um conjunto de relações humanas. “Relação no sentido de que aquilo tem um sentido humano. Então, aplicar o método psicanalítico é fazer brotar, do estudo de algumas relações humanas, as estruturas profundas que as determinam”. (idem, p.134).

Neste sentido, aquele que pesquisa precisa se debruçar sobre um problema real:

Parece-me essencial que o candidato reconheça um problema real, sobre ele se debruce, deixe que este problema fale de sua própria importância, exiba as estruturas geradoras de sua própria importância, de sua significação humana, forte. Em seguida ao invés de partir para uma teoria, partir para um outro caso, que também vai se revelar... e para um terceiro. Depois usar o primeiro sobre o segundo... Os dois promovem uma espécie de matriz ou

rede que determina certos pontos. Esses pontos devem ser importantes. (HERMANN, 1993, p.145).

Nosso trabalho nasceu efetivamente de um problema real que antecedeu a realização da própria pesquisa. Esta se iniciou, portanto, com indagações, perguntas e a observação do momento de impasse pelo qual algumas crianças e adolescentes passavam diante da perspectiva do atendimento odontopediátrico, o qual gerava para elas um intenso sofrimento. A pesquisa adveio, pois, do próprio movimento vivo de pacientes, que se desesperavam diante do tratamento e não podiam confiar no profissional que se propunha a cuidar deles. O trabalho surgiu da necessidade de compreender a situação de crise dessas crianças e adolescentes com medo do atendimento odontológico e da constatação de que precisavam de auxílio.

A utilização das intervenções terapêuticas em nosso trabalho deveu-se à necessidade clínica de auxiliar as crianças e adolescentes a se aprofundarem no material emergente, ultrapassando resistências e angústias que de outro modo poderiam impedir o prosseguimento do processo. Estamos de acordo com Winnicott (1965, p.173), quando afirma que:

A pesquisa psicanalítica não pode ser restringida ao padrão que se adapta à pesquisa nas ciências físicas. Todo analista faz pesquisa, mas não uma pesquisa planejada enquanto tal, pois o analista precisa seguir necessidades que se modificam e os objetivos da pessoa em análise. Esse fato nunca pode ser ocultado. O tratamento do paciente não pode ser adiado por necessidades de pesquisa, e jamais se pode repetir o contexto da observação. O melhor é que o analista volte a examinar o que aconteceu, relacione isto com a teoria e modifique a teoria de modo apropriado.

Coerente com o modelo de pesquisa em psicanálise, que, como ressaltou o autor acima, não se adapta ao modelo das ciências exatas, nosso estudo baseou-se no método clínico e teve como objetivo ser uma pesquisa qualitativa. Segundo Amiralian (1997, p.159), o método clínico diferencia-se do experimental e do estatístico, pois o pesquisador que opta por este método “acredita que em todas as situações de vida se manifestam inumeráveis variáveis em constante interação, que se modificam dependendo da combinação com que se apresentam”.

Para a autora, as relações significativas decorrem de um processo de seleção e síntese interpretativa, e pressupõe-se que as respostas dos sujeitos não são casuais, mas guiam-se pelos dinamismos psíquicos que regem sua vida mental. Pensamos que tais dinamismos psíquicos, no caso específico de nosso estudo, necessitam ser apreendidos e reconhecidos.

Para atingirmos tal apreensão, utilizamos simultaneamente uma técnica projetiva e

conhecimentos da teoria psicanalítica. Simon (1993, p.170) comenta que pesquisas utilizando técnicas projetivas e psicanálise são pouco numerosas, porém “Quanto à interação psicanálise-métodos projetivos, desde que efetuada com permanente espírito crítico, propiciaria evoluções em ambos os sentidos”.

Sendo a presente pesquisa em psicanálise uma pesquisa qualitativa, objetivamos delimitar um grupo específico a ser estudado, possuidor de certas singularidades, que se apresentam regularmente no comportamento manifesto, e a partir de seu estudo, apreendermos conteúdos latentes responsáveis por esses psicodinamismos. Valorizamos os aspectos qualitativos e não os quantitativos dos fenômenos mentais, observando aqueles que se apresentam constantes no grupo.

Partindo do exame de cada caso individualmente, buscamos obter uma visão globalizadora e integradora do grupo como um todo, para concluirmos se existe um padrão de organização mental que predomina no conjunto. Procuramos compreender a natureza do problema observado, para então realizarmos uma síntese interpretativa que dê um sentido ao conjunto dos dados que contemplamos. Nós privilegiamos o julgamento clínico, que depende da flexibilidade e possibilidade criadora e intuitiva do profissional. Tal julgamento considera a mente do profissional um importante e valioso instrumento de trabalho.

O cerne do estudo qualitativo está na focalização dos conteúdos inconscientes, e para atingirmos tal objetivo, realizamos uma leitura de compreensão psicanalítica, a qual valoriza a possibilidade da associação livre pelo sujeito examinado, bem como leva em consideração o fenômeno da transferência. Tal enfoque é privilegiado com a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias num grupo constituído por crianças e adolescentes, pela facilidade com que expressam seus conteúdos mentais profundos, seus medos e angústias, através dos desenhos e estórias, dada a sua contigüidade com o brincar.

A análise dos dados clínicos foi realizada por livre inspeção do material, buscando um olhar globalizador e integrador sobre o conjunto da produção. Procuramos apreender quais os psicodinamismos profundos existentes na mente das crianças que apresentavam resistência ao tratamento odontopediátrico. Durante os atendimentos, utilizamos intervenções de modo a auxiliar a emergência do material e o aprofundamento nos conteúdos emocionais.

O uso do Procedimento de Desenhos-Estórias constitui-se num precioso instrumento de facilitação na apreensão dos conteúdos inconscientes dos sujeitos da pesquisa, por permitir o surgimento de material significativo e pessoal para cada paciente estudado. Simultaneamente, o instrumento facilita e respeita a capacidade de cada sujeito de trazer à tona, progressivamente, suas angústias e conflitos e contemplá-los. Observamos que o

desenvolvimento do trabalho é auxiliado pelas intervenções do profissional, que facilitam o contato e aprofundamento no material inconsciente e próprio da vida psíquica de cada criança ou adolescente.

Tal aprofundamento os retira de um desconhecimento daquilo que internamente os impede de colaborar com o atendimento odontopediátrico, podendo ainda auxiliar na compreensão e por vezes na elaboração dos conteúdos de angústias, fantasias e conflitos eliciados durante o processo.

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

2.2.1 Escolha dos sujeitos

Foram estudados 15 crianças e adolescentes encaminhados por profissionais odontólogos ou odontopediatras, que diante da necessidade de tratamento destes pacientes, viram-se impedidos de realizá-lo, pois os mesmos apresentavam enorme receio do atendimento clínico. Os encaminhamentos vieram de consultórios particulares localizados na cidade de São Paulo.

Nenhuma das crianças e adolescentes estudados apresentava comprometimentos orgânicos. Nenhuma delas havia se submetido a tratamento terapêutico anterior.

2.2.2 Sujeitos quanto à idade

Foram estudados sujeitos com uma idade compreendida entre 9 e 14 anos de idade. Recebemos o encaminhamento de 18 sujeitos para a realização desse trabalho, dos quais escolhemos 15 e excluímos 3, já que 2 deles estavam numa faixa etária entre 4 e 5 anos e um dos sujeitos abandonou o atendimento antes de sua conclusão.

Pretendíamos inicialmente atingir um grupo que abrangesse crianças numa idade até o início da adolescência, com no máximo 11 anos, mas, para nossa surpresa, os encaminhamentos por nós recebidos foram principalmente de sujeitos entre os 11 e os 14 anos, idade correspondente ao início da puberdade. Desse modo, concluímos que nesse grupo a situação de crise frente ao atendimento odontológico se fazia manifestar com frequência e necessitava de nossa atenção. Por esse motivo, incluímos sujeitos que entravam na adolescência. Acreditamos que a turbulência emocional dessa fase, bem como as mudanças

físicas que necessitam ser integradas à personalidade, contribuem para incrementar receios quanto à necessidade de atendimentos médicos, odontológicos e provavelmente nas demais áreas da saúde. Essa pode ser uma das razões da prevalência de encaminhamentos nessa faixa etária.

2.2.3 Sujeitos quanto ao sexo

Não fizemos nenhum tipo de escolha pré-determinada quanto ao sexo dos sujeitos a serem estudados. Desse modo estudamos tanto sujeitos do sexo masculino, em número de 07 quanto feminino, em número de 08.

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos quanto à idade e sexo.

Idade \ sexo	Masculino	Feminino
9a.-10a	03	01
11a-12a	03	04
13a-14a	01	03
total	07	08

2.2.4 Sujeitos quanto à escolaridade

Todas as crianças e adolescentes estudados freqüentavam escolas particulares da cidade de São Paulo. Estudamos sujeitos que não apresentavam dificuldades de aprendizagem e cuja escolaridade correspondia à esperada para a sua idade cronológica. Apenas uma das crianças estudadas apresentava uma dificuldade de adaptação à escola, mas que não se configurava como déficit de aprendizagem, e sim como dificuldade de relacionamento e entrosamento com os demais colegas.

Dentre as crianças estudadas notamos uma excessiva adaptação ao ambiente escolar, um desejo e esforço de serem bons alunos e terem desempenho acima da média, provavelmente como mecanismo para agradarem aos pais e professores e se sentirem aceitas.

Tabela 2 -Distribuição dos sujeitos quanto à escolaridade:

Escolaridade	n.i
1ª série	0
2ª série	0
3ª série	0
4ª série	04
5ª série	03
6ª série	03
7ª série	05
TOTAL	15

2.2.5 Sujeitos quanto ao nível sócio-econômico:

Consideramos para esse estudo o nível sócio econômico dos pais dos sujeitos estudados, já que nenhum dos sujeitos da pesquisa trabalhava. Para a avaliação dos pesquisados quanto ao nível sócio econômico, baseamo-nos na classificação de Guidi e Duarte (1969) e consideramos os seguintes níveis:

Nível 1: Ocupações não qualificadas, tais como faxineiros, pedreiros, empregadas domésticas.

Nível 2: Ocupações que requerem uma escolaridade mínima, tais como: cozinheira, porteiro, motorista.

Nível 3: Ocupações de nível médio, que requerem o segundo grau completo, tais como: bancário, secretária, desenhista, projetista.

Nível 4: Ocupações com instrução de terceiro grau, tais como gerentes, engenheiros, médicos, dentistas e profissionais liberais em geral, administradores de empresa, comerciantes de pequenas empresas.

Nível 5: Ocupações de profissionais com alta renda, tais como grandes industriais, diretores, etc.

Os sujeitos da pesquisa, sem nosso prévio direcionamento, estiveram enquadrados entre os de nível 3 e 4, devido à própria especificidade de como chegaram ao atendimento,

sendo pacientes vindos através da indicação de profissionais odontólogos que atendem em consultório particular de classe média a média alta.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos quanto ao nível sócio econômico:

Nível sócio-econômico	ni
Ocupações não qualificadas	0
Ocupações com escolaridade mínima	0
Ocupações de escolaridade média	02
Ocupações com terceiro grau	12
Ocupações de alta renda	01
Total	15

2.2.6 Tratamento odontológico prévio

Apenas um dos sujeitos estudados ainda não tinha realizado tratamento odontológico prévio antes de apresentar dificuldades para realizar o atendimento. Essa criança, ao entrar em contato pela primeira vez com o odontopediatra, recusou-se a sentar-se na cadeira e não permitiu o exame ou qualquer aproximação do profissional. Os demais já tinham tido contato com o odontólogo em algum momento de sua vida, ainda que apenas para exame da cavidade oral.

Nenhuma das crianças e adolescentes estudados havia realizado anteriormente tratamentos odontológicos mais difíceis ou invasivos, como cirurgias ou tratamentos de canal, que pudessem causar experiência de dor.

Segundo o relato de suas mães e a entrevista com a própria criança, o medo surgiu desde o primeiro contato com o profissional, não estando diretamente ligado a experiências desagradáveis anteriores. Ainda assim, acreditamos que se tais experiências ocorrerem, os fatores ambientais virão de encontro e incrementarão as fantasias e angústias internas.

Tabela 4-Distribuição dos sujeitos quanto à realização de tratamento odontológico anterior:

Tratamento odontológico	ni
Sem tratamento anterior	01
Com tratamento anterior	14
Total	15

2.3 PROCEDIMENTOS, INSTRUMENTO E MÉTODO DA PESQUISA

2.3.1 Encaminhamentos:

Os sujeitos estudados chegaram à pesquisa, encaminhados por profissionais odontopediatras de consultórios particulares da cidade de São Paulo. Os odontólogos que realizaram as indicações necessitavam executar o tratamento odontológico, mas não encontravam colaboração das crianças para a realização dos atendimentos. Tendo esgotado o arsenal de abordagens clássicas da odontopediatria, sem lograr obter a colaboração desses pacientes e sabendo de nossa pesquisa que procura compreender as motivações profundas de tais impedimentos, enviaram os pacientes para serem atendidos por nós.

2.3.2 Local de realização:

Toda a pesquisa, desde a entrevista com a mãe ou responsável até sua finalização, foi realizada no consultório de psicanálise da pesquisadora.

A aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias foi feita durante o período diurno, em uma sala bem iluminada, dispondo de mesa adequada à realização dos desenhos.

O local dispunha também de uma sala de espera onde a mãe ou o acompanhante pudesse aguardar com tranquilidade durante o atendimento.

2.3.3 Entrevista com os pais:

Em todos os casos estudados realizamos uma entrevista com os pais, mais especificamente com a mãe. Embora o pai fosse convidado a estar presente, nenhum deles

compareceu à entrevista, de modo que, em todos os casos, entrevistamos apenas a mãe, e num dos atendimentos a entrevista foi realizada com a avó, pois a mãe não compareceu.

Na entrevista anotamos informações relativas ao histórico da criança, valorizando aspectos ligados ao vínculo inicial com a mãe. Privilegiamos dados relativos à gestação, amamentação, desmame, dificuldades da criança para dormir, eventual ocorrência de depressão materna pós-parto e outros dados correlatos que pudessem surgir espontaneamente durante a entrevista. Inquirimos também a respeito de doenças infantis que a criança ou adolescente tenham tido e da necessidade de internações. Averiguamos a existência de tratamentos odontológicos anteriores e perguntamos como esses haviam transcorrido. Argüimos também sobre dificuldades em relação a outros atendimentos na área da saúde.

Durante a realização da entrevista, procuramos observar como a mãe se relacionava com a criança: se a mãe se mostrava ansiosa, se era empática para com o sofrimento da criança ou se a considerava manhosa, birrenta e pouco colaboradora.

Perguntamos sobre qual a posição ocupada pela criança ou adolescente na dinâmica familiar e inquirimos sobre sua relação com os pais e irmãos. Solicitamos ainda informações sobre o relacionamento da criança em seu grupo social maior (a escola), averiguando problemas de escolaridade, de adaptação, timidez, dificuldades em se relacionar ou fazer amizades.

2.3.4 Observação clínica da criança:

Nesse item, realizamos e anotamos a observação clínica que fizemos da criança, tanto durante a entrevista com a mãe, quanto posteriormente, sozinha conosco. Dentro dessa observação valorizamos o impacto da criança sobre a pesquisadora, desde sua postura física, formas de conduta, modo de comportar-se diante da proposta de trabalho, timidez, vacilações, modo de falar, tom de voz e a maneira de se expressar. Observamos e anotamos também as modificações ocorridas durante o processo. A avaliação clínica foi realizada durante a entrevista com a mãe, bem como no momento de nosso primeiro contato apenas com a criança, e continuou a ser reavaliada durante a realização das sessões de aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias. Focalizamos nossa atenção em possíveis alterações na postura, na desenvoltura e verificamos se ocorria diminuição das inibições no decorrer do trabalho. Pudemos observar durante as sucessivas aplicações do Procedimento de Desenhos-Estórias, uma modificação constante no sentido de um maior relaxamento da criança, de uma conduta mais desinibida e solta e de uma maior liberdade para desenhar e contar as estórias.

Notamos progressivamente o surgimento de movimentos mais espontâneos, de um olhar mais vivo e atento, e o aparecimento de brincadeiras e do humor.

2.3.5 Instrumentos e método:

2.3.5.1 O D-E como instrumento de contato com as dificuldades frente ao atendimento odontopediátrico:

O instrumento utilizado na realização de nossa pesquisa foi o Procedimento de Desenhos-Estórias. Tal procedimento é um excelente facilitador do estudo da criança e do adolescente, por possibilitar a emergência de emoções e conflitos de modo totalmente não direcionado. A criança geralmente apresenta dificuldades em verbalizar suas emoções e seus conflitos associando-os livremente. Mas, por outro lado, aceita com facilidade desenhar e contar estórias e, desse modo, passa a acessar seus conteúdos inconscientes de angústias, conflitos nodais e defesas de modo mais espontâneo. Por meio do desenho, a criança se expressa simbolicamente, e ao contar a estória, consegue fazer contato com núcleos conflitivos que de outro modo ficariam inacessíveis.

Assim, segundo Trinca, W., (1976, p.156), o D-E revela-se:

Apropriado para evidenciar material clínico claro e nítido pela caracterização marcante dos dinamismos conflitivos. Isto talvez ocorra devido à não sugestão de estímulo e da seqüência intensiva. Quando as associações são dirigidas por estímulos externos deve ocorrer maior quantidade de conteúdos residuais e acréscimos indevidos ao material.

Ao realizar os desenhos, a criança procede de modo semelhante ao que a conduz na brincadeira. Tem sido verificado também, que a seqüência dos desenhos durante a aplicação do procedimento desempenha importante papel na produção de associações e na possibilidade de um aprofundamento cada vez maior nos conflitos emocionais inconscientes.

A utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias em nossa pesquisa teve por objetivo compreender os mecanismos inconscientes profundos que levam a criança a resistir ao tratamento odontopediátrico.

O Procedimento de Desenhos-Estórias, utilizado no contexto desse estudo, produz material que se caracteriza por grande mobilidade e flexibilidade na captação da dinâmica psíquica das crianças e adolescentes estudados. O instrumento favorece o contato com os núcleos conflitivos por tornar as defesas menos rígidas devido a sua proximidade com o sonho

e a brincadeira.

Para sua aplicação, é necessário o estabelecimento de condições clínicas apropriadas para que surjam e sejam acolhidas as manifestações dos fenômenos inconscientes que pretendemos observar. As condições psíquicas intrínsecas do próprio pesquisador são variáveis importantes do campo. Um enfoque psicanalítico e vivência no atendimento em psicanálise são condições desejáveis. É preciso que emane uma atmosfera de suficiente receptividade do profissional para com o surgimento dos conteúdos emocionais referentes aos fenômenos observados. Trata-se de criar condições para o acolhimento e consideração para com o intenso sofrimento, as angústias e as fantasias surgidas diante da situação de crise que a criança ou o adolescente estão vivenciando.

No caso específico de nossa pesquisa, foram introduzidas algumas modificações no uso do instrumento em relação à sua definição inicial, respeitando suas características originais. Tais mudanças nos possibilitaram realizar esse estudo, resguardando as características intrínsecas do instrumento, em especial a facilitação do contato profundo com o mundo interno dos sujeitos pesquisados:

a .Mudança no número de sessões, que no nosso caso específico variou entre 3 a 12 sessões. Esse número de sessões relativamente extenso se deve ao fato de que buscávamos auxiliar na apreensão e compreensão das angústias e fantasias acerca do atendimento odontológico, e também propiciar, quando possível, certa elaboração de conflitos que permitisse a colaboração do paciente com o futuro tratamento odontopediátrico. As crianças e adolescentes precisariam aprofundar-se e compreender suficientemente suas ansiedades, conflitos e defesas, de modo a se fortalecerem e se sentirem capazes do enfrentamento da situação que lhes causava intensa angústia.

Tabela 5 - Número de sessões:

Número de sessões	ni
3 a 5	2
6 a 8	6
9-12	7
total	15

b. Utilização de intervenções, que em geral são interpretações a respeito do material emergente nos desenhos e histórias, mas podem ser também esclarecimentos sobre os procedimentos odontológicos quando esses são solicitados pela criança. As intervenções

podem compreender ainda pontuações ou apenas assinalamentos. Visam propiciar uma aproximação aos conteúdos mentais conflitivos, entender os pontos obscuros de fantasias a cerca do atendimento odontopediátrico, e possibilitar o prosseguimento do trabalho quando as ansiedades se fazem intensas. O auxílio das intervenções conduz a um maior aprofundamento nos conflitos e ajuda em sua elaboração, podendo resultar em mudanças dos conteúdos emocionais diante da crise específica.

Bleger (1998, p.40), referindo-se à entrevista diagnóstica, assinala que “A entrevista é sempre uma experiência vital muito importante para o entrevistado [...] Em outros termos, a entrevista diagnóstica é sempre, e ao mesmo tempo, em parte terapêutica”.

Desse modo, as intervenções auxiliam na reorganização frente a essa situação clínica, facilitando o subsequente atendimento odontológico. Nesse sentido, observamos e investigamos a personalidade e seus conflitos, e favorecemos o contato e reconhecimento das angústias, das defesas e fantasias que impedem a criança de realizar o atendimento. Sendo conhecidas, as fantasias se tornam menos assustadoras.

Os pacientes de nossa pesquisa necessitavam ser ajudados frente a uma dificuldade específica, o medo diante do atendimento odontopediátrico. As próprias características do instrumento utilizado favorecem a integração de emoções emergentes nesse momento de crise. As intervenções facilitam o aprofundamento progressivo nos conflitos e angústias apreendidos, podendo propiciar o reconhecimento dos conteúdos emocionais impeditores da reorganização de fantasias e ansiedades.

2.3.5.2 Aplicação do instrumento: material utilizado e desenvolvimento do trabalho

O método utilizado nessa pesquisa consistiu na aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias a crianças e adolescentes com dificuldade de realizar a intervenção odontológica, segundo os itens explicitados a seguir:

a. Material utilizado:

O material utilizado para a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias é simples e de baixo custo. Foram usados lápis grafite preto, 12 lápis coloridos de diversas cores e folhas de papel sulfite A4, não pautada, branca. Evitamos a utilização de borracha. Não foram utilizadas canetas.

b. Aplicação:

O Procedimento de Desenhos-Estórias foi aplicado a todos os sujeitos, em consultório particular, no período diurno, em ambiente claro e silencioso onde estavam presentes a terapeuta e a criança ou adolescente. A criança sabia de antemão que estava realizando o atendimento devido a suas dificuldades em relação a um assunto específico, o tratamento na área da saúde bucal. A aplicação é feita como se segue:

Após a entrevista com a mãe, a criança fica sozinha conosco e expomos a natureza do trabalho e o fato de que acreditamos que a utilização dos desenhos e as estórias podem ajudá-la a compreender seu medo de ir ao dentista e realizar o tratamento odontológico.

Colocado o material diante da criança, propomos a essa que realize um desenho livre, o desenho que desejar, o que lhe vier à mente. Caso a criança apresente dificuldade ou hesitação para iniciar o trabalho, nós a incentivamos dizendo-lhe que não se preocupe, mas sim, procure desenhar o que realmente tiver vontade.

Concluído o desenho, pedimos que a criança conte uma estória a respeito dele. A estória, por vezes, já vai sendo verbalizada durante a execução do desenho. Se isto não acontece, ao término do desenho solicitamos que imagine uma estória, aquela que lhe vier à mente. Caso a criança apresente dificuldade para contar a estória, procuramos estimulá-la com perguntas sobre o desenho: quem é o personagem, onde está, com quem ou o que está fazendo. Essas perguntas constituem o inquérito, que procura ampliar o contato com o desenho apresentado. Em seguida à verbalização da estória, solicitamos à criança que dê um título para ela.

O objetivo inicial seria o de realizar cinco unidades, se possível, numa mesma sessão, mas caso isto não aconteça, prosseguimos na sessão seguinte.

c. Intervenções terapêuticas:

Na situação de crise por nós enfocada, a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias foi acompanhada de verbalizações realizadas por nós, que visaram aproximar a criança ou adolescente das angústias emergentes nas produções, expressas de modo simbólico através dos desenhos.

As intervenções, em geral são interpretações, tendo um referencial psicanalítico e buscam acolher os conflitos que surgem, permitindo o prosseguimento e aprofundamento no processo. Podem ser também assinalamentos, estímulos para a continuidade do trabalho ou apenas sinalizações apontando que mantemo-nos presentes e sintônicos com a criança.

d. Registro do material clínico:

No desenvolvimento desse trabalho, foram anotadas as verbalizações da criança e também as nossas inclusive as realizadas durante a execução dos desenhos. Como não utilizamos gravador, fizemos anotações em papel durante a execução das verbalizações e intervenções, e depois organizamos e transcrevemos o material.

No posterior exame, organização e releitura do material clínico, num momento seguinte ao encontro com a criança, e já sozinhos, acrescentamos a nossa interpretação de cada unidade de produção. Não se trata de uma interpretação no sentido psicanalítico daquela dada ao paciente no momento da sessão, mas sim de uma organização interna na mente do profissional acerca do material clínico, a fim de atingir uma compreensão dos conteúdos de angústias, defesas e focos nodais dos conflitos eliciados no processo.

Para cada sujeito da pesquisa, depois do registro escrito do material obtido na aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias, fizemos uma síntese individual de cada caso, de modo a podermos apreender o material clínico em sua totalidade.

e. Número de sessões:

Essa foi uma pesquisa em psicanálise, baseada em material clínico de crianças e adolescentes com fobia ao atendimento odontopediátrico. No desenvolvimento do trabalho clínico, necessitávamos de tempo suficiente para o aprofundamento nos conflitos e angústias, de modo a poder propiciar aos pacientes certa compreensão de suas dificuldades e amenizar o seu sofrimento.

Verificamos serem necessárias várias sessões até atingirmos uma compreensão das perturbações e dificuldades emocionais reativadas pela expectativa do tratamento odontopediátrico. O número de sessões utilizadas com cada sujeito da pesquisa variou de 3 a 12.

Para efeito desse estudo, em que nos propusemos e limitamos a apreender, enumerar, estudar e expor os conteúdos emocionais profundos de cada sujeito e do grupo como um todo, não sendo possível apresentar todas as sessões de cada caso, optamos por transcrever 2 a 3 sessões. Procuramos expor sessões realizadas numa sequência que fosse significativa para comunicar a especificidade e a evolução do trabalho.

2.4 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na análise dos resultados optamos pela livre inspeção do material, utilizando-nos de compreensão psicanalítica. Dentro deste enfoque psicanalítico, nos pautamos por:

- a. Reunião dos conteúdos obtidos em cada caso individualmente, desde a entrevista, observação clínica e aplicação do instrumento, buscando uma visão geral e globalizadora dos conteúdos interpretados e objetivando alcançar uma percepção concisa e congruente do conjunto como um todo.
- b. Apreensão de pontos de confluência, procurando verificar se, após uma visão global e sintetizadora dos conteúdos emocionais de cada análise individual, encontramos focos nodais de angústias inconscientes, conflitos, sentimentos, fantasias e mecanismos de defesa.
- c. Elaboração dos dados, de modo que, com todos os elementos obtidos seja possível compor um pensamento que permita a compreensão dos conteúdos emocionais e uma interpretação do conjunto do material abrangido em sua significação mais profunda.

Após analisarmos individualmente cada caso, procuramos chegar a uma visão globalística e coesa dos conflitos examinados. Pretendemos uma apreensão aglutinadora das angústias inconscientes despertadas pela expectativa do tratamento odontológico, de modo a verificarmos se no grupo examinado existe um padrão comum, que nos possibilite uma visão homogênea em relação à conflitiva enfocada.

Procuramos chegar a uma apreensão integradora para o conjunto, de modo que este forme um todo coerente em que possamos observar a presença de similitudes entre angústias inconscientes, fantasias e conflitos subjacentes ao receio do atendimento odontopediátrico.

3 RESULTADOS

“Quanto trabalho nos custa a flor”

Carlos Drummond de Andrade

3.1 SEQUÊNCIA DE APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Neste capítulo faremos a apresentação de cada caso individualmente, iniciando pela entrevista com a mãe. Nessa entrevista procuramos obter dados sobre a história clínica da criança desde seu nascimento, amamentação, doenças de infância, internações e outros dados relevantes que possam surgir.

Dando seguimento à apresentação dos casos, descrevemos a observação clínica de cada criança ou adolescente.

Em seguida transcrevemos a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias: os desenhos, as verbalizações feitas após cada unidade realizada pela criança e nosso inquérito. São descritas também as intervenções apresentadas à criança, com o intuito de favorecer o aprofundamento no material e propiciar certa compreensão de suas angústias. Anotamos ainda o título dado pela criança a cada desenho.

A seguir realizamos uma interpretação, que se refere à apreensão da analista a cerca do conteúdo emocional trazido na unidade. Tal interpretação foi elaborada a posteriori do atendimento e busca sintetizar a compreensão dos movimentos emocionais em cada unidade de produção (desenho mais a estória).

Ao final de cada caso clínico apresentamos a síntese do caso, na qual procuramos realizar um apanhado que permita uma visão globalizadora dos conteúdos obtidos nos itens anteriores, desde a entrevista clínica até a finalização do processo.

3.2 CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1: Aline

Entrevista com a mãe

Aline é uma menina de 12 anos, filha única de pais separados. Cursa a 7ª série do ensino fundamental. Sua mãe tem 45 anos, é bem sucedida profissionalmente, sendo responsável pelo sustento da menina. Seu pai tem 46 anos. A mãe de Aline perdeu sua mãe aos cinco meses de gravidez, e a partir dessa data, diz que a criança “virou para nascer”, e o restante da gravidez foi difícil, necessitando de repouso e medicação. Segundo a mãe, Aline nasceu de parto cesárea, “com o cordão umbilical enrolado no pescoço”. Sua mãe teve depressão pós-parto, o que a impossibilitava de interessar-se pela menina. Ressalta que tentou amamentá-la até um ano de idade. A mãe relata que tinha pouco leite, e diz achar que a filha passava fome, e o pouco que chorava era por este motivo. Diz que até hoje a menina expressa o receio de que elas passem fome. Conta-me que sua depressão estendeu-se até aproximadamente os três anos de Aline, quando então a mãe teve síndrome do pânico, tendo sido medicada e internada. Segundo a mãe, Aline parecia compreender que ela não estava bem, e não lhe dava nenhum trabalho, sendo uma criança muito boazinha. A mãe relata ter várias fobias, principalmente ligadas a tratamentos médicos e odontológicos. Quando Aline tinha cinco anos, a mãe e o pai se separaram.

Aline iniciou sua escolarização aos três anos, e sempre foi ótima aluna, embora tímida e receosa para criar novas amizades.

A menina precisa realizar uma cirurgia para retirada de um cisto mandibular e um dente incluso. Esta cirurgia é normalmente realizada em consultório com anestesia local, porém a menina recusa-se a aceitar o procedimento, chegando a pedir que este seja feito com anestesia geral, pois se sente impossibilitada de realizá-lo se estiver acordada.

Aline nunca sofreu internações nem realizou cirurgias anteriormente.

Observação clínica:

A observação clínica que realizamos de Aline, foi a de uma menina tímida e com pouca espontaneidade no falar, no andar e nos gestos. Tem a voz baixa e fala devagar. É alta e magra. Acha-se feia e desajeitada, e diz que sua mãe é bonita, forte e maravilhosa.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura.1.1

Verbalização: - É uma pessoa feliz, com alegria. É como eu queria me sentir, mas também é uma cara meio estranha que eu desenhei. Parece careca. Não sei. Está esquisito. (Como é que você se sente, alegre?) Na verdade não. Eu queria não estar tão preocupada com este tratamento na minha boca, mas estou preocupada sim.

Intervenção: Assinalo que eu percebo que ela está podendo reconhecer que existe uma preocupação, um medo, que atrapalham sua verdadeira felicidade.

Título: Querendo sentir alegria.

Interpretação: Aline tenta suprimir a angústia subjacente à necessidade do atendimento odontológico, tendendo a uma negação maníaca da mesma, o que se expressa no sorriso caricato do desenho. A alegria de que fala, contrasta com a postura de medo diante da necessidade de tratamento a que tem se recusado. Contrasta também com sua postura física durante a realização do desenho, a voz tímida e cheia de receio.

Figura. 1.2

Verbalização: - Uma pessoa tem um problema antes. Como eu, que tenho este espaço na boca, faltando um dente. Aí a pessoa vai e resolve o problema e fica bem. É o antes e o depois. A pessoa ficou bonita e muito melhor. Só que eu não consigo ir. Ainda sinto pavor.

Intervenção: Pontuo que ela tem medo, mas também sente o tratamento como uma ajuda para resolver algo que ela mesma deseja colocar em ordem. Ela concorda, e diz que sabe da importância do atendimento, mas acha que não dá conta mesmo. Tenta fingir que dá, mas no fundo tem medo. Acha que não vai conseguir e que vai se descontrolar na hora. Comento que seu medo é este: de perder o controle, afastar-se de si mesma, e aí parece que tudo de imprevisível pode acontecer. Ela concorda.

Título: O antes e o depois.

Interpretação: Embora Aline saiba que o tratamento odontológico é necessário e lhe trará benefícios, nessa unidade ela continua tentando driblar suas emoções para não entrar em contato com a intensidade das mesmas. Procura pensar só no antes e no depois, na pessoa que fica mais bonita, mas o mecanismo não é suficiente: o medo prevalece e a ameaça também.

Figura. 1.3

Verbalização: - Esta estória é assim, alguém querendo ficar bem. Mas tem um monte de pessoinhas em volta observando. Como na hora da cirurgia, vai ter um monte de gente em volta de mim, e se eu ficar nervosa eles podem ficar bravos comigo, ou me achar uma chata. Isto me dá muito medo. Aí eu posso entrar em pânico.

Intervenção: Comento que este pensamento a desarticula, pois não pode ser ela mesma com seus medos, e sim alguém que tem que agradar e ser boazinha. Caso contrário sente que ficarão bravos com ela e podem lhe castigar por isto. Ela concorda dizendo que sente a mesma coisa em outras situações: na escola com as professoras e em relação a sua mãe também.

Título: Pessoinhas

Interpretação: As pessoinhas parecem representar suas ansiedades persecutórias diante do mundo e no caso da situação de crise, o receio da cirurgia odontológica. Sente-se observada por muitos olhares, que podem repreendê-la por sua hostilidade e má disposição. Deste modo, se mantém obediente, mas perde a espontaneidade e liberdade de expressão. O sorriso é artificial e está negando a dor.

Figura. 1.4

Verbalização: - É um olhar bem triste. (De quem é o olhar?) Acho que é meu mesmo. Não estou feliz com meus medos, e de não conseguir enfrentar o que tenho que fazer.

Intervenção: Pontuo que agora eu a vejo enfrentando sim os seus medos. No momento pode olhar para eles de frente e de modo realista. Embora sinta tristeza por isto.

Título: O olhar triste.

Interpretação: Aline toma consciência de seu conflito, o que requer todo o engajamento do seu ser. Este movimento significa olhar para o conflito e fazê-lo seu, mesmo que isto a entristeça. Admitindo-o em si, poderá encontrar caminhos para elaborá-lo.

Figura. 1.5

Verbalização: - É um arco-íris bem bonito, também há o sol. Depois da chuva surge o arco-íris, eu já vi um quando eu estava viajando e tinha chovido, aí abriu o sol e no final da estrada o arco-íris apareceu. Foi bem bonito.

Intervenção: Falo que ela também está vendo coisas verdadeiramente alegres e coloridas, cheias de vida no final de suas dificuldades. Ela concorda.

Título: O arco-íris.

Interpretação: Ao enfrentar seus conflitos, Aline vai conseguindo se integrar. Antes teve que passar por um sentimento de tristeza verdadeira, na unidade anterior. Ao olhar de frente para suas dificuldades e para a necessidade de enfrentá-las, ao invés de negá-las, conseguiu ver cor e alegria em seu caminho.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 1.6

Verbalização: - Eu fui viajar de avião com a turma da classe. Nós fomos para Fortaleza. Eu estava super animada, mas na hora me deu muito medo. Foi a primeira vez que eu viajei sem a minha mãe. Mas no avião foi horrível. Eu comecei a passar mal, todo mundo se divertindo e eu péssima. (O que você sentia?) Sentia um medo enorme e um mal estar físico. Principalmente eu sentia dor de cabeça, dor na boca e dor nos dentes. Os dentes e a cabeça eram o que mais doía. Parecia que a minha cabeça ia explodir e que meu dente ia se partir em mil pedacinhos, como neste desenho que eu fiz. Aqui são os pedacinhos que se partiram. O vermelho é a dor. Doía tudo.

Intervenção: Digo a ela que não era só a dor física, mas um medo muito grande que fazia com que não pudesse se sentir inteiramente ela mesma com seus amigos, confortável, segura

e feliz para aproveitar o momento pelo qual havia esperado. Ela concorda, dizendo que teve muito medo de morrer, e que o que doía mesmo era a vida.

Título: A explosão.

Interpretação: A menina apresenta intensa angústia diante de situações que exigem de si uma presença forte. Mas possui também o desejo de comunicar seu mundo psíquico. Está subjacente à sua produção gráfica e verbal o medo de enlouquecer, de se desorganizar e desorganizar o ambiente. Retrata de modo intenso sua ansiedade de desintegração, o receio de se dissipar em pedaços e de se reduzir a fragmentos. Parece me comunicar angústias impensáveis. Como contém todo o seu impulso hostil, a agressão represada pode fazê-la explodir ou explodir o entorno. Há também um grande sentimento de abandono e sofrimento.

Figura. 1.7

Verbalização: - Sabe, no avião eu me senti também meio presa, como se estivesse num lugar fechado, onde não dá pra gente escapar. No dentista também é assim que me sinto. (Parece que se sentia sem saída). É, assim como estou desenhando: esta aqui sou eu, dentro de uma caixa. Tem algumas coisas em mim querendo sair, mas não saem. Sinto-me sozinha, sem nada, com medo, um vazio.

Intervenção: Pontuo-lhe que é o próprio medo que a empurra para dentro da caixa, pois pensa que lá é um lugar mais seguro. Do que será que sente medo? Ela prossegue nas associações dizendo que não sabe bem, parece que se sente mais completa agora, mas tem o medo que a empurra para dentro da caixa. Tem medo de fazer a cirurgia na sua boca, queria estar sedada para não sentir nada. E tem o medo de se impor, medo de magoar os outros.

Intervenção: Intervenho no sentido de fazê-la ver que sedada não tem que lidar com o medo, mas que, no entanto, vejo-a lidando com ele ali comigo e tentando compreendê-lo e que ela

desenhou flechinhas para baixo, mas para cima também. Há uma força que a empurra para fora de sua caixa.

Título: A caixa

Interpretação: A impossibilidade de pensar, de crescer, sentir-se livre e autônoma, é plasticamente representada pelo desenho de estar presa dentro de uma caixa. Aline se mantém cordata e amável, com receio de que seus sentimentos hostis possam destruir tudo a sua volta. Com isto perde a espontaneidade e liberdade de sentimento. Sua apreensão do que lhe acontece é precisa: fechada dentro de uma caixa perde contato consigo e com o mundo.

Figura. 1.8

Verbalização: - Esta sou eu dividida: metade alegre, metade triste. Me sinto assim quando brigo com minha mãe. Eu não gosto de brigar com ela, mas às vezes ela é muito chata e autoritária. Só que quando eu brigo, não sei como falar com ela o que eu sinto. Não sei se estou certa ou errada. Às vezes parece que só falo bobagem. Não sei bem se o que penso é verdadeiro.

Intervenção: Pontuo-lhe que ela por vezes imagina que não conseguirá achar as idéias que são verdadeiramente dela, mas que certamente ela tem pensamentos genuinamente seus. Ela responde-me que concorda com o que eu digo, e que aquilo fez mesmo muito sentido para ela. Refletindo um pouco ela me diz então que quando se sentir inteira e não assim dividida, vai achar um jeito de ser que será só dela, um pensamento seu de verdade.

Título: As metades da cabeça.

Interpretação: Ao enfrentar seus conflitos, Aline vai conseguindo se integrar, e em lugar do receio de cair no nada, de explodir, da angústia de aniquilamento, surge inicialmente a ambivalência e depois a possibilidade de integração.

Figura.1.9

Verbalização: - Esta sou eu, de costas. Assim que me sinto às vezes. Sem poder mostrar o meu rosto. (Por que não pode mostrar o seu rosto?) Eu não sei... Acho que é porque as pessoas vão saber o que eu penso e sinto. Se eu quero chorar, se estou triste ou feliz, se estou com raiva. Nunca gostei muito de demonstrar os meus sentimentos. É um pouco como se expor sabe, dar a cara para bater.

Intervenção: Digo-lhe que eu noto que está podendo mostrar seus sentimentos para mim. E que me parece que está gostando disto. Ela concorda afirmativamente com um sorriso.

Título: Eu de costas

Interpretação: Quando a dissociação assume menos rigidez, Aline vai podendo se ver como um ser humano inteiro, que tem chateações, raiva, mas também amor, alegria e contato. Embora nesta unidade ainda esconda seu rosto (ela está de costas), desenha-se inteira. O desenho e a verbalização expressam com plasticidade seu mundo psíquico, seus conflitos, angústias e defesas que utiliza contra elas.

Figura. 1.10

Verbalização: - Agora estou me desenhando de frente. Essa sou eu de frente. (E como é esta sensação de estar de frente?) Bem, acho que é poder falar o que eu sinto sem ficar com medo. Faz bem poder falar. Agora posso ver eu. Apesar de que tem ainda uma franja cobrindo meu rosto. Mas sou eu inteira.

Intervenção: Digo que sim, ela está encarando seus problemas, medos e dúvidas. E então pode realmente ver a si mesma.

Título: Eu vista de frente

Interpretação: Aline foi se aproximando, com o auxílio dos desenhos e das histórias, de seus pensamentos mais íntimos, emergindo de sua caixa, de uma situação de bloqueio, para outra em que pode falar de si e se representar. Sua capacidade de expressar seu conflito psíquico através dos desenhos é marcante. Ao contemplar suas dificuldades de frente, a menina foi se sentindo mais autônoma e menos submetida a seus próprios receios. Vendo-se livre para viver seus sentimentos, pôde ir encontrando soluções para seus conflitos e reorganizar-se.

Síntese do caso:

Aline tem um sentimento tênue de contato com seu próprio self, muita dificuldade em se expressar com espontaneidade e ser verdadeira. A cirurgia surge como uma ameaça, assim como se sente também ameaçada quando está dentro do avião, ou em ambientes cheios de gente. Por vezes imagina que não tem um si mesmo real e forte para dar conta dessas situações. Nessas ocasiões, tem receio de se desfazer, de se desmanchar, de ser reduzida a inúmeros pedacinhos, sentindo uma intensa angústia de aniquilamento, a mesma que teme surgir na situação de atendimento odontológico. Ao sentir-se ouvida e acolhida, foi gradativamente aproximando-se de sua realidade psíquica. As intervenções possibilitaram-lhe tomar conhecimento de sua força interna e de que possui uma existência própria.

Podendo examinar os pontos centrais de sua angústia, percebe que tem um ser interior verdadeiro e próprio com o qual contar e sente-se mais fortalecida. Em seu caso, foi possível ao profissional odontólogo realizar a cirurgia odontológica sem a sedação que Aline solicitava, e em sessões após a cirurgia, ela mantinha o sentimento de ter se fortalecido com a experiência. Soubemos que a menina passou a realizar uma terapia de longa duração.

Caso clínico 2: Beatriz

Entrevista com a mãe:

Beatriz é uma menina de 13 anos e meio, cursando a sétima série do ensino fundamental. Sua mãe é dona de casa e seu pai é comerciante. Tem um irmão de 10 anos com quem tem um bom relacionamento. Seus pais pertencem a uma família de classe média. Sua mãe me diz que é carinhosa e gentil com a menina, embora muito preocupada. Seu pai também é descrito como solícito e atencioso. Beatriz nasceu de parto normal, porém não foi amamentada ao seio, pois sua mãe tinha pouco leite e a menina perdia peso, sendo rapidamente introduzido o aleitamento artificial. Os pais demonstram medos excessivos com relação à filha, relacionados principalmente à sua integridade física: medo de que caia, quebre uma perna ou um braço. Assim, proíbem-na de andar de bicicleta, de correr, de subir em lugares altos, de andar de patins, ou de jogar bola. Na escola é uma aluna média, tem amigas que aprecia, e não apresenta dificuldade em se relacionar.

Beatriz teve várias doenças infantis: catapora, caxumba e desidratação, necessitando ficar internada por ocasião desta última. Fez amidalectomia aos 4 anos.

O atendimento odontológico de que necessita é a retirada de um dente, mas ela se opõe a realizá-lo. A única cirurgia pela qual passou foi a amidalectomia, mas tem receio de tomar injeções e realizar exames de sangue. Tal procedimento foi solicitado recentemente por sua pediatra, mas a menina se recusa a ir ao laboratório para a coleta.

Observação clínica:

Beatriz é uma menina arrumada, bem vestida e bonita. Magra e loira a menina parece pouco espontânea e não muito sorridente. Sua expressão é de observação e atenção para com o ambiente à sua volta. Tem modos um pouco desajeitados, como se não se sentisse bem dentro de seu próprio corpo. Aparenta ter 2 ou 3 anos a mais que sua idade, tanto fisicamente, pois é muito alta, quanto na sua postura e linguagem.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estória

Figura. 2.1

Verbalização: - Era uma vez uma menina que se sentia presa. Aqui é ela presa dentro de um lugar com grades. Ela ficava desesperada porque queria sair e não conseguia. Só sentia as grades em volta dela. (Em que mais te faz pensar este desenho?) Que segunda feira eu fiquei menstruada, eu perdi muito sangue, fiquei enfraquecida com isto, aérea. Esse desenho sou eu presa, limitada. (O que acha que te prende?) É este deixar de fluir, estes medos. Até para desenhar eu sou ansiosa. Estou meio nervosa agora. (É meio natural, não acha? Será que não está exigindo muito de si?) Parece que tem uma coisa que me amarra. (De onde vem esta coisa que você sente te prendendo, amarrando?) Bem, acho que vem de dentro da minha cabeça mesmo.

Título: Sem pensar.

Interpretação: Na primeira unidade, Beatriz contempla seu conflito: sente-se enfraquecida, sem vida, o que relaciona à menstruação, mas percebe que há algo em sua mente (dentro da minha cabeça) que a prende e limita. O medo surge sob a forma de uma angústia claustrofóbica de ser encerrada atrás de grades, ficando trancada numa situação sem saída.

Figura. 2.2

Verbalização: - Isto para mim é a estória de um pesadelo: uma pessoa estava dormindo e sonhou com coisas horríveis. (Quais coisas?) A pessoa sonhou com médicos, cortes e morte. Até para tirar sangue é horrível para mim. Queria não ter que me preocupar com essa cirurgia no meu dente. (O que ela representa para você?) É como se fosse uma ameaça, um monstro. Se eu pensasse nisto o tempo todo eu ficaria louca, voando. Aí tudo que eu não gosto eu faço que nem no computador: eu delete da minha cabeça.

Intervenção: Comento que, quando deleta, na verdade aquilo não sai da sua cabeça, apenas parece que saiu. O modo de lidar de verdade com o medo é como estamos fazendo ali: é poder admitir que ele existe, poder senti-lo e falar sobre ele. E vejo que ela está se esforçando nisto.

Título: Pesadelo

Interpretação: Com grande facilidade em acessar seu sistema mental, a menina percebe a ameaça que sente frente ao tratamento em sua boca, o poder de desintegração que representa para seu self (ficar louca) e a defesa que utiliza (deletar) para se proteger da angústia com a qual procura evitar contato.

Figura. 2.3

Verbalização: - Se eu tiver um problema sério, é capaz de eu fugir. (Por que isto te acontece?) Porque eu fico em pânico. É como se fosse um fogo, estou transtornada, brava, chorando. No meio do fogo eu não tenho saída. Qualquer lugar eu vou me queimar. Fico imaginando assim: se eu ficar doente e for ao hospital, eu morro, se eu não for eu morro também. (E porque acha que morre de todo jeito?) Porque se eu fico eu morro de doença, e se eu vou eles podem me cuidar mal e eu morro por causa disto. (Vejo que se sente sem saída. Não pode confiar em quem está te cuidando?) É que uma anestesia, como a do dentista que eu tenho que tomar, pode fazer um efeito desgraçado, muito forte. Quando eu era bebê minha mãe disse que eu

tive muita desidratação. E comia terra porque tinha vermes. Tive catapora, caxumba, muito problema de garganta, pus na garganta e não comia nada. Até que com uns quatro anos eu operei. Me lembro só que dormi na cama dos meus pais, que na hora de operar eu cheirei um cheirinho, aí eu dormi, e no meio da cirurgia parecia que eu estava numa casa, mas não era a minha casa. Aí acordei e vi os médicos. Eles arrancaram a minha amígdala. É este o medo que sinto agora também, de arrancarem algo de meu corpo. Mas depois fui para casa, não tive mais febres e ganhei brinquedos. E todos me tratavam bem.

Intervenção: Digo-lhe que este é o mesmo medo que sente agora: de que lhe retirem alguma coisa à força, e que entendo como deve ser assustadora essa lembrança de lhe arrancarem algo. Ressalto que ela não disse retiraram, e sim arrancaram, o que parece significar que ela realmente sentiu como uma agressão. Ela concorda comigo. Pontuo que, no entanto, não teve mais febre depois desta cirurgia, seu corpo ficou bem e ela pôde brincar e se sentiu cuidada pelos familiares. Beatriz concorda novamente.

Título: Pânico.

Interpretação: Beatriz vai corajosamente pensando no seu conflito, fala-me da sensação de as coisas serem sem saída. Fala também de experiências passadas, podendo expressar que sentiu como agressividade a cirurgia das amígdalas, mas que depois tudo ficou bem. O contato com o que é bom surge no final.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 2.4.

Verbalização: - Era uma vez um lugar com coisas horríveis. As pessoas tinham medo de ir até lá. Estou desenhando o bisturi que corta, e o algodão sujo de sangue. Dizem que é fácil, mas

eu não acredito. Se fosse uma cirurgia por fora, no joelho, eu não teria tanto medo, mas é na boca, dentro de mim, tem uma coisa de arrancar. (Em que mais te faz pensar?) Penso em arrancar órgãos.

Intervenção: Digo-lhe que arrancar tem a ver com tirar algo seu, como se lhe tirassem coisas muito íntimas e ela não pudesse se defender. Ela está sentindo como se fosse algo agressivo, e mesmo que lhe reassegurem que não é um procedimento difícil, é assim que está precisando me comunicar o que sente. Ela prossegue associando e diz que pensa que está sendo roubada. Imagina-se cortada e sem pedaços de si. Diz que uma vez foi ao dentista e ficava imaginando a boca cheia de sangue. Ficou com medo que seus dentes caíssem todos.

Intervenção: Intervenho novamente dizendo que arrancar é algo que a assusta, porque acha que é sem o seu consentimento. O medo é de perder coisas que sente serem suas e importantes. E de não se reconhecer mais. Responde-me que é isso mesmo, e prossegue nas associações, dizendo que não sabe quem ela é, não se conhece. E tem medo de ficar desfigurada sem os dentes, de ficar meio vazia por dentro. Pontuo-lhe que é por não se sentir presente que o medo fica tão grande. Se pudesse ver que, além do profissional que cuida dela, há alguém ali, que é ela mesma, com quem pode contar, o medo seria menor.

Título: Os monstros.

Interpretação: Aqui a menina está no centro de seu conflito: a ausência que sente de si mesma, que a faz frágil e alvo de ataques. Por isto precisa ser uma menina boazinha, para que não a maltratem por seus aspectos maus. Mas, paradoxalmente, é ser boazinha e adaptar-se a tudo e a todos que a afasta de um contato mais profundo consigo.

Figura. 2.5.

Verbalização: - Esta sou eu, feia, com o cabelo em pé, fraca, magrinha, sem sobrancelha. Tudo coberto. (O que quer dizer com tudo coberto?) Uma pessoa que não tem nada para mostrar, sem nada de bom. Isto seria depois da operação na minha boca: uma sensação de incapacidade, de fraqueza. Eu tenho um problema que não sei se é psicológico, físico ou espiritual. Minha mãe diz que é espiritual. Quando eu sinto uma cólica, eu penso que vou ter uma convulsão. Mas nunca tive convulsão. (O que quer dizer convulsão para você?) Quer dizer não conseguir fazer nada, ficar covarde, perder o controle de tudo.

Intervenção: Aponto-lhe que hoje houve alguém conversando comigo, e corajosa para olhar para todos os seus medos, não foi covarde e nem perdeu o controle diante deles. Ela continua associando e me diz que não sabe por que às vezes se acha ruim e feia. Pontua que é quando deixa estes sentimentos crescerem dentro dela que sente que não tem nada de bom. Tudo tem que ficar escondido, coberto. E ela fica uma sombra, um fantasma.

Título: Tudo coberto.

Interpretação: Beatriz fala de sua percepção de estar escondida por não ter nada de bom para comunicar. Tem receio de que após a cirurgia fique aniquilada, e perca o pouco contato que pensa ter consigo mesma. E há subjacente o medo de enlouquecer, de perder a compostura e o controle (a convulsão de que ela fala é a convulsão mental). Precisei mostrar-lhe que não houve desintegração ali ao falar de todo o medo. Ao contrário, houve aproximação e compreensão.

Figura. 2.6

Verbalização: Certa vez havia uma menina que era tranqüila. Quando precisava resolver alguma coisa ela enfrentava e conseguia dar um jeito nos problemas. E esta seria uma estória feliz. Eu desenhei como eu quero ficar: assim, uma coisa contínua. Eu quero ficar leve, feliz, solta. Quero me sentir sem essas limitações.

Intervenção: Comento que ao encarar seus problemas pôde se sentir assim. E está gostando. Pudemos juntas pensar neles. Ao que ela responde que não adianta mesmo deletar como havia dito que costuma fazer. Diz que falar e encarar aquilo que sente dói, mas ajuda.

Título: Como eu queria ficar.

Interpretação: É marcante a passagem do desenho e verbalização anteriores para esta. A menina passa de uma sensação de vazio e de ter que se esconder (tudo coberto), para o sentimento de existência e leveza. Ao sentir que pôde vivenciar seus conflitos, Beatriz foi se reconhecendo e percebendo-se capaz de se autogovernar ao invés de ficar submetida aos seus medos. Seu conflito tornou-se disponível para ser pensado e elaborado. Tem agora mais acesso ao que anteriormente estava obscuro. Com isto sente esperança em conseguir força e vigor para manter a continuidade de seu ser.

Síntese do caso:

Beatriz tem um contato frágil e debilitado consigo mesma. Repleta de fantasias de morte, a menina sente receio de se esvaecer diante da situação da cirurgia odontológica. Tem muita dificuldade em confiar naqueles que cuidam da saúde do corpo, sejam médicos, odontólogos, ou enfermeiros. Imagino, como hipótese, que possam ter ocorrido vicissitudes nos cuidados iniciais com ela. Seu receio intenso é de perder algo de si, de se perceber com partes faltantes e de sentir-se esvaziada e desfigurada. Esses receios incrementam seu medo de se diluir no vazio. Desde bem pequena foi educada para se proteger de um mundo perigoso, no qual poderia cair, se machucar ou se ferir. Teve que crescer quieta e contida. Nesse contexto seus sentimentos verdadeiros e sua espontaneidade de criança permaneceram sem possibilidade de expressão. Beatriz tem receio de que seus aspectos destrutivos venham à tona, receio de ser suja (como o algodão sujo) e ruim. Deste modo, precisou de ajuda para se retomar e integrar sua agressividade em movimentos construtivos. No final das unidades acaba por acreditar em sua capacidade para pensar e elaborar seus conflitos. Ela o faz corajosamente, tomando contato com os aspectos bons e ruins de sua mente, que precisam ser conhecidos, aceitos e abarcados em sua personalidade total.

Soubemos pelo odontopediatra que atende Beatriz, que esta realizou a intervenção odontológica de que necessitava com mais tranquilidade. Pensamos que a criança se beneficiaria de um atendimento terapêutico de maior duração.

Caso clínico 3: Breno

Entrevista com a mãe

Breno é um menino de nove anos, que cursa a quarta série do ensino fundamental. Tem um irmão dois anos mais novo, que segundo a mãe é totalmente o oposto dele: calmo, acessível, bom aluno e obediente, enquanto Breno é nervoso e apresenta problemas na escola.

Sua mãe tem 38 anos, foi professora primária, mas não exerce a profissão desde que Breno nasceu. Seu pai tem 42 anos e é diretor de uma empresa. A mãe diz que é bastante insegura na relação com os filhos. Ela mesma perdeu sua mãe aos 12 anos, e foi criada pela avó paterna.

O menino nasceu de parto cesárea e foi amamentado por seis meses ao seio. Segundo sua mãe, o menino tinha muita cólica e por esta razão chorava dia e noite, o que a deixava ansiosa e desesperada. Relata que o menino chorou até um ano e meio.

Breno é uma criança que apresenta enorme resistência ao tratamento odontológico. Sua reação é de descontrole, agredindo fisicamente os profissionais com pontapés e gritos. A situação se repete também em exames médicos ou laboratoriais.

Já foram tentadas em odontopediatria as técnicas de abordagem convencional, com brinquedos e sessões de condicionamento, mas a criança logo de início chora, grita e bate, não permitindo ao profissional realizar o tratamento, que em seu caso é apenas uma aplicação tópica de flúor.

O menino não teve doenças infantis sérias, apenas inflamações no ouvido e garganta. Nunca sofreu cirurgias nem foi internado.

Observação clínica:

Breno é um menino magro, tímido e irrequieto, mas de expressão inteligente, que acedeu com facilidade e prazer à possibilidade de desenhar e contar histórias. Na verdade foi bastante impressionante a diferença de sua postura durante a entrevista e após o início do procedimento, que lhe possibilitava a oportunidade de se comunicar. De mal humorado e assustado, ele passou a falante e mostrou-se bastante colaborador e empenhado.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 3.1

Verbalização: - Vou desenhar robôs. Este é o robô corajoso. Suas mãos têm forma de garra para atacar, sua cabeça tem um dispositivo que solta um raio mortal. Seus joelhos inchados também atacam, tem um raio que atinge quem ele atacar. Sua cabeça é toda protegida. Está vendo, ele nem tem olhos, nem nariz, nem ouvido nem nada e sua boca é cheia de dentes que mordem. Ele tem uma defesa. A defesa é para se proteger. (Se proteger do que?) Das coisas que dão medo nele é claro.

Intervenção: Digo a ele que o robô corajoso parece querer assustar os outros para que não se aproximem dele, mas ele mesmo deve se sentir muito assustado, pois está com a cabeça toda protegida. Comento que os dentes que mordem são a sua defesa. Ele concorda, dizendo que os ataques do robô são muito perigosos.

Título: O robô corajoso.

Interpretação: A criança expressa com uma clareza impressionante o seu mundo mental: a projeção de seus sentimentos hostis no mundo externo, a necessidade que tem de contra-atacar, a proteção que tem que fazer à sua mente (a cabeça protegida), os dentes que mordem, a necessidade de criar defesas. Para proteger-se de intensas angústias de morte, cria a figura de um robô aparentemente invulnerável (notemos que ele não tem olhos, nem boca). O procedimento ajudou a apreender as emoções desta criança, que se sente ameaçada diante do que imagina serem agressões aniquiladoras, reativadas a partir da necessidade do atendimento odontológico.

Figura. 3.2

Verbalização: - Este é o robô bravo. (Como ele é?) Seu corpo tem ganchos, para atacar e mãos em forma de garra. Existem robôs do bem e do mal. O gancho é para fazer os ataques, espetar as pessoas na barriga. O ataque mais forte é sempre na cabeça. Sua mão tem uma ponta para furar a barriga de quem ataca ele. Com o gancho ele sempre pode fazer uma defesa. Este planeta tem um monte de robôs maus. Embaixo da barriga são os espinhos. Os espinhos são muito perigosos porque tem um veneno que mata. Ele também solta um raio laser para se defender.

Intervenção: Comento com Breno que me parece que os robôs corajoso e bravo são assim porque sentem muito medo. Falo que é deste modo que ele próprio se sente diante do dentista, com medo de que coisas más possam acontecer. Assim como o robô, ele também pensa que precisa se defender. Ele concorda, dizendo que as coisas más podem destruir tudo, e que podem machucá-lo. Repete que o ataque na cabeça é o mais forte. Digo-lhe que um ataque na cabeça é um ataque que não deixa pensar, porque é com a cabeça que pensamos. É um ataque muito forte mesmo. Comento também que, quando não podemos pensar naquilo que sentimos, tudo pode parecer muito ruim. Aí ele não consegue nem imaginar coisas boas, por exemplo, que o dentista pode ajudá-lo e ser amigo.

Título: O robô bravo.

Interpretação: O menino prossegue falando de suas angústias, e nesta unidade pode expressar seus impulsos hostis (o robô bravo). A necessidade premente do tratamento odontológico intensificou emoções latentes que estavam sob tênue controle, fazendo-as emergir com grande intensidade. Aquilo que é sentido como ameaça externa faz reverberar e intensificar a ameaça interna. Para tentar controlar a angústia persecutória recorre a super-heróis, idealizados em seus poderes.

Figura. 3.3

Verbalização: - Agora eu vou desenhar um robô medroso. Ele solta fogo pelo nariz, e também solta fogo pelos pés. Tem chifres que espetam e boca que morde e faz morrer. Sua boca é a pior arma, a mais poderosa. Isto aqui parece olho, mas não é. É de vidro. Ninguém pode perceber o que ele está olhando ou pensando. (Do que este robô tem tanto medo?) Ele tem medo porque pensa que dentro dele tem um monte de bichinhos. Ele tem medo dos micróbios que saem dele. Aí ele termina o ataque, quando fica com medo dos micróbios. Se ele ficar com muito medo ele só pode fugir. Ele não sabe de nenhum poder dele. Acho que ele não tem poder nenhum. (Então o medo o deixa muito fraco?) É, muito fraco mesmo.

Título: O robô medroso

Interpretação: Penso que nesta unidade, a criança vai se aproximando cada vez mais de sua realidade psíquica, percebendo que seu medo está ligado ao sentimento de que não tem nada de bom dentro de si. (Apenas bichinhos e micróbios). Ele fala também que é de sua boca que pensa sair o maior ataque. Ele atribui à boca, com a qual nos comunicamos, falamos e nos impomos diante do mundo, a possibilidade de agredir e machucar o outro. Em sua fantasia, a intervenção na cavidade oral é então sentida como perigosa e capaz de feri-lo. Suas angústias persecutórias emergiram com intensidade: o atendimento odontopediátrico é encarado como possibilidade de retaliação pelos aspectos hostis e maus dentro dele. Fica clara a evidência dos ataques a si mesmo, que o fazem sentir-se pobre e enfraquecido.

Figura. 3.4

Verbalização: - Sabe os robôs que eu desenhei? Agora vou fazer os campos de defesa deles. O campo de defesa do robô corajoso é assim: cheio de espinhos. Isso deixa ele meio triste. Só isto. Não tem mais estória este desenho. (Porque tem tantos espinhos?) Para machucar. (E porque ele fica triste?) Porque vai machucar os outros.

Intervenção: Comento que posso perceber que ele mesmo está se sentindo assim: triste e machucado. Aí vem o medo de ir ao dentista e que este o machuque mais, ao invés de cuidar dele. Por isto ele também se defende. Mas o dentista só quer cuidar dele e ajudá-lo.

Título: Campo de defesa do robô corajoso.

Interpretação: Diante do incremento de suas angústias Breno deseja falar menos neste desenho. Mostra sua resistência desenhando o campo de defesas do robô.

Figura. 3.5

Verbalização: - Este é o campo de defesa do robô medroso. Ele tem espinhos em volta, mas dá para ver o que tem dentro do corpo. Parecem olhos, mas são os órgãos dentro do corpo. Se espetar em um deles vai sangrar até morrer.

Intervenção: Digo que me parece muito sensível esse robô. E que o Breno está podendo me mostrar o que tem por dentro do robô e também da cabecinha dele, onde tem muito medo. Ele responde que sim, que ele tem medo, pois se alguém, como o dentista, espetar dentro de seu corpo, pode doer muito e ele morre. Pergunta-me se o dentista espeta dentro do corpo e faz morrer e eu lhe respondo que não: o dentista cuida com carinho e não faz ninguém morrer.

Título: Campo de defesa do robô medroso.

Interpretação: Nas duas últimas unidades de produção Breno foi contemplando e elaborando com grande sensibilidade a sua realidade psíquica. Pôde aproximar-se de seu sentimento de fragilidade interna, que necessita de uma capa protetora cheia de espinhos para defender-se. Foi progressivamente expondo seu medo (o robô medroso), a partir da terceira unidade. Aqui, mostra como se protege criando os campos de defesa, título que expressa de modo preciso e comovente para uma criança, o fato de sentir-se fragilizado e precisar proteger-se. A criança aproximou-se de uma compreensão de sua dinâmica emocional, condensando-a de modo simbólico nos desenhos e verbalizações.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 3.6

Verbalização: - Vou continuar fazendo o planeta dos robôs para você entender como é. Este que eu desenhei é o robô meio medroso. Ele não é tão covarde como o robô medroso. Sua boca é tampada por causa do medo. (Porque está tão assustado?) Acho que é medo de que destruam ele se ele fala coisas que os outros podem não gostar. (Quais coisas os outros não gostam de ouvir?). As coisas que ele está sentindo quando ele fica bravo ou chateado.

Intervenção: Pontuo que ele mesmo está podendo falar da braveza e da chateação e não me parece com tanto medo como o robô, pois está podendo se expressar. O Breno mesmo está agora só meio medroso. Ele concorda.

Título: Robô meio medroso

Interpretação: Breno repreende a si mesmo por sua hostilidade e pensamentos maus, e desse modo o atendimento odontológico é sentido como possibilidade de punição pelos mesmos. Sente que ao se expressar livremente, pode ferir o outro e ele receberá em troca agressão e destruição. Por esse motivo é melhor tampar a boca e não expressar a hostilidade. O menino demonstra ter realizado progressos desde a sessão anterior. Sente-se mais forte.

Figura. 3.7

Verbalização: - Este aqui nem tem nome de tão desconhecido. Ele é cheio de dentes para morder e machucar. Às vezes ele pode ficar tão bravo que vira fogo. Aí ele fica todo queimado. (Como ele se sente depois disto...) Ele mesmo é que se ferra. Ele que se machuca.

Título: O sem nome.

Intervenção: Falo para o menino que vejo que ele está podendo me contar coisas muito fortes que tem dentro dele, muita braveza que ele pensa que pode até queimar, e que então ele fica com receio de machucar a si mesmo..

Interpretação: Sentindo-se compreendida na unidade anterior, a criança aprofunda-se em seu conflito, no receio de seus sentimentos hostis que tenta represar. A agressividade, impedida de escoar em movimentos criativos e em força de vida, ameaça-o e o atendimento odontológico é sentido como perigoso e como possibilidade de retaliação por aspectos maus.

Não podendo usar a criatividade e ser ele mesmo o menino se anula. (não tem nem nome).

Figura. 3.8

Verbalização: - Essa é a primeira evolução do outro. É o que dá a vida para os robôs. Ele fica andando com um pote de ouro na luva. Aqui na espiral é um campo de forças. Se ele perder muito ouro ele pode morrer, por isso ele tem que se proteger. (Como é que ele perde a riqueza dele?) Quando ele dá a vida para os outros robôs que tem medo. Aí ele pode ficar muito mais fraco. Ele tem um diamante. Mas quando ele tem medo ele tampa a cara. E quando isto acontece volta tudo pra ele.

Intervenção: Digo à criança que, de todo modo, eu noto que este robô percebe que tem vida dentro dele. Falo que o Breno também está descobrindo aquilo que o atrapalha e rouba a sua força. Assim como o robô, ele sente que é o medo que o enfraquece. Mas sente também que pode se fortalecer.

Título: O que dá a vida.

Interpretação: A possibilidade de elaboração da criança torna-se mais intensa, após ter podido encarar seus conflitos. Aqui ele fala em evolução, e caminha em direção a uma visão mais verdadeira de si, embora ainda infiltrada por vestígios de desamparo e insuficiência. É bonito perceber como o menino expressa com clareza, através dos desenhos e histórias, os seus mecanismos mentais de defesa. Ele percebe que perde energia quando essa é investida no conflito.

Figura. 3.9

Verbalização: - Estou desenhando muitas espécies de pássaros. Você sabia que existem pássaros de todo jeito e de muitas cores? (Ah é, está ficando bonito!) Eles têm bicos diferentes para comerem as suas frutas. Vou desenhando também muitas frutas: maçã, uva. Eles são livres. São livres para voar para onde eles quiserem.

Intervenção: Comento apenas que percebo que ele também está se sentindo muito mais livre: ele conversou sobre seus medos com coragem e isto libertou os pássaros dentro dele. Deste modo ele poderá ir aonde quiser. O menino concorda sorrindo.

Título: Os pássaros.

Interpretação: Aqui, como em outros casos analisados nesse trabalho, a elaboração final surge quase como uma surpresa. É um gesto espontâneo do paciente que eclode num desenho colorido e livre. Seu mundo mental, auxiliado pelo Procedimento de Desenhos-Estórias, pôde se alargar e desabrochar em movimentos criativos e cheios de vida.

Síntese do caso:

Breno sente intensas angústias por seus impulsos destrutivos. Projetando sua agressividade no ambiente, tem muito medo de que situações tais como a do tratamento odontopediátrico sejam propícias à retaliação. Demonstra em seus desenhos, insegurança em relação a seu corpo. Este é perigoso, cheio de coisas ruins que podem contaminar o outro ou contaminá-lo. Por isto está sempre pronto a se defender, atacando o que julga perigoso para si. Desse modo, fica com dificuldade em confiar no outro, tomado pelo receio de que prevaleçam as forças destrutivas. Nesse permanente estado de defesa contra suas ansiedades persecutórias, afasta-se do que verdadeiramente sente e é. Foi marcante a possibilidade que as sessões com o Procedimento de Desenhos-Estórias trouxeram a essa criança de descrever plasticamente os

mecanismos psíquicos que agiam nele, tornando-o frágil e esvaziado de sua ligação com seu verdadeiro eu.

Os desenhos e verbalizações foram lhe possibilitando, perceber seus conflitos, seus temores persecutórios e reconhecer seus medos. Ao encará-los foi adquirindo um autocontrole interno de caráter humano, e não mais de um robô, podendo acreditar na sua possibilidade de se relacionar com as pessoas. Integrando sua vida psíquica, Breno pôde sentir que possui uma energia de vida, uma riqueza interna que costuma ficar inacessível quando tudo está canalizado para defender-se de seus temores.

Soubemos que Breno realizou o tratamento odontológico de que necessitava com maior tranquilidade.

Caso clínico 4: Elisa

Entrevista com a mãe:

Elisa tem treze anos e meio, e cursa a sétima série do ensino fundamental. É a primogênita, de uma família com dois filhos, tendo seu irmão a idade de 12 anos. Seus pais têm ambos 44 anos. Sua mãe tem uma loja de roupas e seu pai é contador.

Tem bom rendimento escolar e várias amigas, embora a mãe diga que a menina é tímida e tem dificuldade para fazer amigos.

A menina nasceu de parto normal, sem complicações, e foi amamentada até os cinco meses. Segundo a mãe, foi um bebê calmo e bonzinho. Quase não teve cólica e chorava muito pouco.

Foi realizada uma entrevista com a mãe e outra com Elisa. Ambas relatam uma superproteção dos pais desde que a menina era bem pequena. Sua mãe, segundo Elisa, sempre lhe fez ver que o mundo era perigoso, e a própria mãe se denomina uma pessoa com muitas fobias, sendo a principal delas, a fobia a insetos. Por este motivo, quando a menina era menor, a mãe a fazia ir ao sítio com roupas de manga comprida e lenços na cabeça, para não ser picada por nenhum deles. Protegia-a também da terra, e de brincadeiras que julgava serem perigosas e pensava poderem ferir a menina.

Elisa me conta que seu pai é uma pessoa indecisa e insegura, que embora nem sempre concorde com as preocupações da mãe, também nada faz para se contrapor a ela.

A paciente necessita de uma cirurgia para retirada de um molar incluso que começa

a lhe trazer dores na região bucal, mas tem adiado a cirurgia por grande receio de realizá-la. Sempre apresentou dificuldade em se submeter a tratamentos médicos, odontológicos, ou ambulatoriais. Elisa nunca sofreu internações ou cirurgias. Teve catapora e rubéola quando pequena.

Observação clínica:

Elisa é uma menina bonita, porém desajeitada no andar. Aparenta ter dois anos a mais do que sua idade, parecendo uma moça. Ao entrar no consultório dá a impressão de não se sentir à vontade dentro de seu próprio corpo. Um pouco acima do peso, ela diz achar-se gorda e feia, denotando ter uma imagem denegrida de si mesma. Apesar da timidez, é sorridente e procura demonstrar simpatia. Ao se desinibir torna-se mais falante e alegre.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 4.1

Verbalização: - Esse desenho é como eu sinto que é tirar o dente. É um sofrimento. Desenhei uma barriga jorrando muito sangue e eu chorando. A cirurgia não me dá medo só por causa da dor. (Qual é o receio então?) É medo de perder sangue e ficar com muita fraqueza, porque sempre que eu tenho um problema eu me sinto fraca, sem força, sem energia. Eu sou muito ansiosa, e fico quase como morta. Vou gritar e me desesperar. Eu estou com medo de não sobreviver. Aqui desse outro lado sou eu morta.

Intervenção: Minha intervenção foi no sentido de fazê-la perceber que compreendo a intensidade de seu sofrimento. A situação da cirurgia a deixa com medo de se descontrolar e

ficar sem poder pensar. Se não pode contar com sua própria mente para experienciar suas vivências, então parece que tudo de ruim pode acontecer, fica tudo fora de controle.

Título: Sofrimento.

Interpretação: A necessidade do tratamento odontológico despertou angústias muito primitivas, ligadas a se desfazer, se desintegrar, perder sua unidade e até morrer. Arrancar o dente tem para ela o sentido de arrancar as defesas que erigiu contra suas ansiedades mais arcaicas. Sua angústia de se dispersar aparece no desenho e em sua fala, nos quais se revela abatida, enfraquecida e debilitada. Ela defronta-se com uma dolorosa experiência de medo de ver interrompida a continuidade de sua existência.

Figura. 4.2

Verbalização: - Aqui eu desenhei eu indo para o consultório para me tirarem o dente. Um preparatório que é como se eu estivesse indo para uma forca. Uma agonia. (Ir para uma forca é como estar condenada...) É o que eu sinto: muito medo da morte. Medo de sofrer a cirurgia. (Pode me falar mais sobre este sentimento?) Sinto que é muito agressivo ser cortada, muito sangue e fraqueza. Sinto que vou desmaiar. Eu queria que ficassem conversando comigo, me sentiria melhor se me explicassem tudo. E eu conheço médicos que tratam da gente e levam uma vida normal. (Como deveriam levar a vida?) Como se fosse deus. Se não é deus pode errar, minha mãe diz isso. O que tem dentro me dá aflição de mexer: pode sair do lugar. Tudo isto vermelho aqui são pedaços de dentro de mim que estão saindo. E têm cheiro. Eu queria que tirar um dente fosse mais higiênico. (Na verdade é tudo bastante esterilizado e higiênico, mas entendo que não é como você está sentindo. Seria um medo de que dentro houvesse algo estragado?) Acho que tem razão isto que você falou, porque na verdade eu estava pensando em podridão.

Intervenção: Comunico a Elisa que aqueles que cuidam dela teriam que ser pessoas perfeitas, idealizadas, para que ela se sentisse segura. Faço-a ver que nós duas estamos podendo conversar sobre tudo isto, sobre coisas que ela acha horrorosas, e que compreendo o quão intenso é para ela. Mesmo assim ela está podendo confiar-me sua grande ansiedade.

Título: Força e agonia.

Interpretação: Esta menina sente intensa angústia, medo de ser atacada por aspectos que ela julga ruins em si mesma (fala de podridão dentro de si). Embora sinta muita ansiedade, consegue falar sobre ela. Aqui ainda prepondera o medo, a destrutividade, o receio de que tudo acabará mal, de que será machucada ou feita em pedaços. Necessita ter ascendência sobre esses sentimentos tão hostis a si mesma, a partir do conhecimento de como agem dentro de sua mente deixando-a inerte.

Figura. 4.3

Verbalização: - Esta aqui sou eu brava. A anestesia me deixa brava. Para mim anestesia deve ser como ter morrido e depois ter ressuscitado, ainda mais se a gente dormir. É esse desenho de mim com os olhos fechados. Eu ouço a voz de todo mundo, mas sem conseguir abrir os olhos. Tenho medo de perder o controle da situação: dizem que a gente pode falar coisas picantes, sexuais. Bom, mas não vai ser com anestesia geral. Aqui eu estou de braços cruzados, zangada e brava. (Porque está tão zangada?) Porque tenho que fazer isto, tirar meu dente, ter que tomar anestesia. (É uma sensação de estar impotente ou submetida aos outros?) É isto mesmo: estou anestesiada, inerte, imóvel. Tenho medo de ficar em coma e não voltar mais, como num filme que eu assisti: ficar monitorada por máquinas com medo da morte e de ficar vegetativa.

Intervenção: Digo-lhe que está podendo falar de seus medos e também da sua braveza. Falo a ela no sentido de mostrar-lhe que, ficar vegetativa, sem vida, seria como não ter uma mente funcionando, boa para pensar e expressar livremente o que sente. Se não pode pensar nos seus sentimentos, fica só a sensação de não dar conta da situação. Então imagina que tudo pode acontecer: erros médicos, submetimento e morte. E isso dá muito medo realmente. Ela então faz uma elaboração, dizendo que o medo é de que lhe tirem a “alma”, aquilo que é mais verdadeiro nela mesma, mas que ela está percebendo que isso não irá acontecer, pois está se sentindo um pouco mais forte.

Título: Brava ou vegetando.

Figura. 4.4

Verbalização:- Agora é como se fosse um final: eu estou feliz, o que eu gostaria é de poder superar essa cirurgia, e que tudo dê certo. Estou saindo do consultório, aliviada e com vida.

Intervenção: Digo-lhe que ao poder expressar o que sente, bem lá no fundo dela mesma, foi assim que ela passou a se sentir: aliviada e com vida. Porque percebe que tem seus próprios pensamentos, e que eles podem ser ditos e aceitos. Aí ela dá conta de qualquer situação.

Título: O final.

Interpretação: Elisa começa a combater seus receios com vontade própria. Esforça-se nesta luta por si mesma, procurando ordenar o caos. Percebe que as ameaças vêm de dentro, do receio das coisas agressivas que pensava haver em si mesma, e que conseguiu ir integrando. Com o auxílio do D-E pôde examinar-se com mais consideração, realizar elaborações e começar a reordenar seu mundo interno.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 4.5.

Verbalização: - É uma menina que está num jardim muito bonito, com flores, plantas, está passeando e não está sentindo nenhum medo, de nada e está muito feliz. (É como você gosta de se sentir, não é?) É que às vezes me sinto assim, na minha chácara, mas às vezes me sinto cinza, como em dias de chuva. Quando está sol é diferente. Tinha uma aranha no meu armário e eu fiquei morrendo de medo que fosse venenosa. Eu quase tive um troço. (O que foi este troço?) É que quando estou com medo não sinto confiança em nada, fico procurando embaixo da cama se tem bicho. Ela podia ser venenosa. E eu não tinha coragem de matar. Outro dia foi o mesmo com uma barata. Era muito grande e nojenta. Mas não era para eu ter tanto medo. É só um inseto!

Intervenção: Digo-lhe que quando se distancia de si mesma o medo aumenta e tudo parece perigoso. Comparo com a situação do atendimento odontológico, que ela também sente como uma ameaça, mas é o seu próprio receio que a faz sentir-se tão ameaçada e sem poder confiar. Quando pode pensar no que sente, percebe que um inseto é só um inseto, e esse não vai lhe atacar perigosamente.

Título: Felicidade atrapalhada.

Interpretação: O título expressa o que a menina sente: queria estar feliz, mas o medo a desarticula e a atrapalha. Desenha-se pequena no meio de uma floresta. Parece estar negando, por meio do desejo de felicidade, o sentimento de desamparo. Mas este sentimento aparece em seguida na sua verbalização.

Figura. 4.6

Verbalização: - Esse desenho é que eu tenho que ir num dentista, falar com ele e fazer a extração. Eu estou com vergonha, tenho que ser fingida, cara de pau. (Por que fingida e cara de pau?) Por que estou com raiva de ter que fazer a extração e não posso demonstrar. Se eu demonstrar ele pode ficar bravo comigo, e me machucar.

Intervenção: Digo-lhe que parece que não pode ser ela mesma, pois imagina que precisa esconder sua raiva. Não pode contar para as pessoas o que realmente sente, pois acha que não será compreendida. E, no entanto, está contando para mim. Pergunto-lhe como se sente, e ela responde que comigo está podendo se sentir bem. Comento que talvez também possa vir a confiar em outra pessoa que lhe dê outro tipo de cuidado: um cuidado com o seu corpo. Ela prossegue suas associações, dizendo que no desenho o dentista lhe diz que ela está correndo riscos se não o deixar tratá-la. Ela diz para o dentista que não consegue, está buscando forças do fundo de sua alma, mas não consegue. E o dentista responde que é bobagem. Mas ela diz pra ele que não consegue vencer o medo.

Eu comento com a menina que percebo que busca forças do fundo de sua alma, e que está se esforçando de verdade.

Título: Desafio e coragem.

Interpretação: A menina luta contra o descrédito que tem de si mesma. Sente-se ameaçada por sua pouca colaboração com o profissional. Imagina ter que disfarçar essa hostilidade, ou o outro poderá lhe infligir danos, como retaliação por sua má conduta. Essa posição só fomenta suas angústias.

Figura. 4.7

Verbalização: - Aqui seria eu bem, já moça, realizada. Estou andando para ir para o meu trabalho.

Intervenção: Pontuo que ela sente esperança em seu desenvolvimento. O medo não a está mais paralisando, depois que ela pôde falar dele. Ela concorda, dizendo que realmente sente que falar sobre seus sentimentos a ajuda.

Título: Realizações.

Interpretação: Ao perceber as próprias insuficiências e limites que se coloca, Elisa pode continuar pensando neles. Adquire forças para prosseguir o trabalho interno e trocar a anulação pelo enfrentamento das situações. Acredita assim que poderá crescer e reordenar-se.

3ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 4.8

Verbalização: - Estou desenhando como ainda me sinto às vezes. Sinto-me no fundo do mar. Parece que estou sufocada, sem ar, lutando com dificuldade para subir. E tem as ondas. Estou só com a cabeça fora da água. Eu quero ir para cima para me ver livre desta água. Deste problema. Estou lutando. O meu medo não é bobagem. Eu não tento mostrar uma coisa que eu não sou. (E não acha que isto é muito corajoso, mostrar-se como você é?) É, você tem razão. Eu admiro quem não tem medo de falar o que pensa. Eu tenho esse jeito de não conseguir. (Qual a sua sensação?) De tristeza e de fracasso. Sou boba, feia e porcaria. Se eu for no dentista ele vai dizer: nossa, ela voltou, aquela chata voltou.

Intervenção: Comento que o receio é de não ser aceita como ela é, já que ela mesma está se vendo feia. Digo-lhe que percebo que está tendo coragem para lutar contra isto que é tão forte dentro dela. E que precisa continuar lutando contra o que a põe para baixo, anulando-a, dizendo que ela é uma coisa ruim, pois é isso que a fragiliza e a faz sentir-se sufocada, pequena como no desenho.

Título: Sufoco.

Interpretação: Pelo descrédito e invalidação que faz consigo mesma, a menina só pode perceber aquele que cuida dela como hostil, perseguidor e inimigo, e não como alguém em quem pode confiar. Não ir ao atendimento é um modo de proteger-se do que acredita ser uma situação sufocante, terrível e ameaçadora. Nesta unidade ela denota como são intensas as forças destrutivas. Sua organização mental baseada na invalidação está toda à mostra.

Figura. 4.9

Verbalização: - Eu penso que entrar no consultório do dentista, ou entrar num hospital quer dizer entrar na faca. E aí fico com medo. (Muito medo de ser machucada não é?). É. Estas flechinhas é que estão me atacando. (Por que estariam te atacando?) Não sei. Sei que estou

sangrando, estou chorando, estou muito mal. (Por que estão sendo malvados com você?) Só sei que estou me submetendo. Começam a me picar, dar injeção, remédio e cortar a minha boca. (As pessoas estão com raiva de você?) Não, de verdade não. Eu é que estou com raiva. (Então elas estão só cuidando de você, para você ficar bem. E o seu medo vem da própria raiva que você está sentindo?) É isso! É que eu queria outro jeito de tirar meu dente. O meu corpo, minha saúde, minha vida, se sente ameaçada.

Intervenção: Intervenho dizendo que é dentro de sua mente que se fazem os ataques. Que ela se sente com medo do dentista, aí o coloca como hostil a ela, porque pensa que ele está muito bravo, com raiva dela. Só que todo esse processo apenas a enfraquece, a desanima e aumenta ainda mais o seu medo. Ela me responde que sente que é dentro da sua cabeça mesmo que está um bicho papão enorme.

Título: sem título.

Interpretação: Com coragem Elisa chega aos pontos nodais de sua angústia: qualquer posicionamento próprio que ela tome pode ser um agrave aos outros e nessa situação ela se sente permanentemente ameaçada. Por esse motivo anula-se com frequência e esconde qualquer pensamento que sinta como oposição ao outro, ficando sem vigor para o enfrentamento das dificuldades. Desse modo, o ambiente é sentido como ameaçador, e há uma grande dificuldade em confiar no cuidado que o outro pode lhe dar.

Figura. 4.10

Verbalização: - Está tudo em movimento agora. Como num filme. As folhas estão caindo com o vento. Tudo está se mexendo. O tempo vai passando e eu vou me conhecendo e tem uma solução que só o tempo vai trazendo.

Título: Tudo em movimento.

Interpretação: É bonito contemplarmos como o conhecimento sobre si mesma surge nesse último desenho, de modo contrastante com os anteriores, como um gesto espontâneo. Do caos e da dor emerge movimento e energia para resguardar a vida. Nessa última unidade, a menina passa a responder ao seu sistema mental, a questioná-lo e a ter esperança de dar-lhe uma nova organização.

Síntese do caso:

Elisa sente grande fragilidade em seu self (Trinca,W.,1997), o que a faz temer a cirurgia odontológica, imaginando-a como um ataque a seu corpo, uma ameaça à sua integridade pessoal, uma possibilidade de interrupção de sua existência. A possibilidade da cirurgia parece ter intensificado e trazido à tona intensas angústias de aniquilamento e morte. Com frequência desvaloriza a si mesma, suprime seus sentimentos hostis e rompe com a possibilidade de ser autêntica, o que a deixa mais a mercê de seus receios. Seu temor mostra-se claramente como medo da passagem à inexistência. Por desconfiar de seus próprios sentimentos, sente-se desprotegida. Em certos momentos revelou sensações de despersonalização, ao dizer-me que não sabia quem era, ficando extremamente vulnerável a angústias de desfazer-se, de partir-se em pedaços, de ser espoliada de uma parte de si. Tais fantasias são revividas diante da necessidade da cirurgia odontológica. Procura evitar pensar em seu conflito para afastar a dor mental, mas isso a torna cada vez menos capaz de enfrentar a dificuldade. Ao abrir espaço para a elaboração de suas experiências, Elisa foi progressivamente se integrando, aceitando inclusive aspectos que pensava serem negativos em si mesma, para abarcá-los em sua personalidade total. Pôde reestruturar sua dinâmica psíquica, a partir desta situação de crise, compreendendo seu sistema de funcionamento mental e alcançando elaborações que lhe possibilitaram realizar a cirurgia odontológica com relativa tranquilidade. Pensamos que a menina se beneficiaria de um atendimento terapêutico de longa duração.

Caso clínico 5: Sandra

Entrevista com a avó

Sandra é uma menina de 9 anos com um irmão de 2 anos. Sua mãe tem 31 anos e seu pai 30. A menina cursa a quarta série do ensino fundamental em uma escola inglesa, onde apenas esse idioma é falado. Sua mãe morou na Inglaterra quando criança, pois seu pai trabalhava lá. A menina passa o dia com a avó, pois a mãe trabalha numa multinacional. Isto acontece desde que a menina era bebê, de modo que são os avós que trazem Sandra para o atendimento.

A menina nasceu de parto cesárea, e foi amamentada apenas durante a licença maternidade de sua mãe, por quatro meses. Sua avó relata que foi um bebê quieto, embora tenha tido muita cólica. Diz-me que a família gosta de crianças bem comportadas, pois moraram na Inglaterra e lá as crianças são completamente diferentes das brasileiras: não falam alto, são educadas e com limites. Relata-me também que, como suas filhas cresceram em outro país, jamais conseguem se conformar por terem voltado para o Brasil. Sua avó é uma pessoa contida e polida ao falar. A avó diz que a menina é ordeira e organizada, fala baixinho, e não dá o menor trabalho. Segundo a avó, o relacionamento de Sandra com os pais é excelente, ao contrário de seu irmãozinho que dá muito trabalho, faz bagunça e é desobediente. É também uma ótima aluna.

O relacionamento de Sandra com seu irmão é bom e a menina, segundo a avó, nunca demonstrou ciúmes. Na escola Sandra tem alguma amigas, mas é uma criança bastante tímida. No entanto, apesar da timidez gosta de brincar com suas amiguinhas, e também com seu irmão.

Sandra nunca foi internada nem submetida a cirurgias. A única doença infantil que teve foi catapora.

Observação clínica:

A observação que pude fazer de Sandra, foi de uma menina muito contida, que fala com cuidado, pedindo “desculpas” e “por favor” várias vezes. Teve muito receio de entrar em minha sala. Chorava contidamente, o que se observava apenas pelas lágrimas caindo em seu

rosto, mas sem emitir qualquer som. Teve dificuldade para iniciar os desenhos, mas depois se animou a fazê-lo, parecendo apreciar bastante a atividade. Falou sempre baixinho e cuidadosamente, mas pôde se soltar um pouco mais à medida que o trabalho evoluía. Ao vencer sua timidez, mostrou mais vivacidade e um olhar esperto, comunicativo e sincero.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 5.1

Verbalização: - Eu não sei o que desenhar. O que você quer que eu desene? (O que lhe vier à cabeça primeiro, pode ser qualquer desenho que você deseje fazer). Tá bom. (Desenha muito lentamente, caprichando na pintura). Era uma vez uma menina que estava num consultório e estava chorando um pouquinho com medo que ia doer. Depois falaram que não ia doer e ela parou de chorar. (O medo então era da dor?) Bom, tinha mais medo também: de que o dentista machucasse. Vou contar outra estória: era uma vez uma menininha que ia no dentista e ela falou: eu não quero ir, estou com medo. Sua tia falou: não precisa chorar. Aí depois ela nunca mais chorou. Aí ela tinha um irmãozinho e a doutora falou que ele era bem pequeno e quando ele viesse a menina ia ajudar. Aí ela ficou de novo feliz. Na outra vez ela falou para a dentista: você me fala tudo o que vai fazer? (E o que a dentista respondeu?) Ele respondeu que falava sim. Aí o medo não voltou mais. Mas eu ainda tenho muito medo. Acho que não consigo ir.

Intervenção: Digo que essa menininha da estória se parece com ela, que precisa que conversem e a entendam para que ela possa superar seu medo. E que me parece que, assim como a menininha, ela também tem vontade e esperança de superá-lo.

Título: A menina no consultório da dentista.

Interpretação: Nessa primeira unidade, a criança expressa seu desejo: vontade de superar o medo, de ser compreendida e de que tudo acabe bem. Essa criança, que apresenta bastante dificuldade em confiar no profissional odontólogo, está acreditando que nosso encontro, os desenhos e verbalizações irão ajudá-la.

Figura. 5.2

Verbalização: - Era uma vez uma menininha que estava andando na rua. Um homem falou: vem comigo, você é minha filha. E ela se perdeu da mãe. (Por que se perdeu da mãe?) Porque a mãe estava meio brava com sua mal criação. Aí quando chegaram em casa ela viu que não era sua casa. Ele não era o pai. Como você se chama, ele perguntou. Ela respondeu: eu me chamo Estela. Mas quando viu que não era a casa dela, ela gritou: você é um monstro que me trouxe para cá. E ele disse: É que você é má e seus pais não queriam mais você. Ela perguntou: Eles te deram a chave da minha casa? Deram. Seu pai esqueceu você e me deram a chave da sua casa. Eu vou cuidar de você. E ele cuidou e a esposa dele também. Mas ela pensava onde estavam os pais de verdade.

Intervenção: Comento que ela parece que tem muito medo de que lhe aconteça o que aconteceu com a menininha: fazer coisas más que desagradem os adultos. E que os adultos não gostem dela e a abandonem. Isto parece um monstro dentro de sua própria cabecinha. Sandra concorda. Noto que está com lágrimas nos olhos que tenta conter e disfarçar.

Título: O monstro.

Interpretação: Sandra é educada para ser uma criança certinha e boazinha. Nesta unidade pôde se expressar com mais espontaneidade trazendo à tona o seu conflito: receia que, se comportar-se mal, se demonstrar aspectos agressivos ou impulsos hostis, será punida com a

perda do amor dos pais. O conflito a tolhe de ser uma criança livre e extrovertida, pois pensa que será abandonada.

Figura. 5.3

Verbalização: - Um dia o homem falou: você já está grandinha. Já pode andar na rua e sabe ir para a escola sozinha. Quando ela chegou da escola os pais tinham voltado e disseram: A gente não queria que você soubesse que a gente não gostava mais de você, mas agora sabemos que você é legal e gostamos. (E porque tinham deixado de gostar da menina?) Porque ela era malcriada e até já tinha batido no pai. Ela era desobediente.

Intervenção: Falo para Sandra que a menina cresceu e soube andar sozinha. E que os pais continuaram gostando dela, mesmo quando ela ficava brava e tinha suas próprias opiniões.

Título: Os pais voltaram.

Interpretação: Sandra fala em crescer, caminhar por conta própria, e continuar a ser aceita. Porém parece que continua ainda presa à idéia de que deve ser boazinha e bem comportada.

Figura. 5.4.

Verbalização: - Então o pai falou para menina: você é muito querida e nós gostamos de você. Nós sabemos que você não é má, mesmo quando fica malcriada e faz bagunça. E ela ficou muito alegre.

Título: A menina feliz

Interpretação: À medida que aceita a existência de impulsos agressivos dentro de si, Sandra pode integrá-los em sua personalidade total. Compreende que não precisa ser perfeita e que pode crescer, ser autônoma e usar a agressividade na criação, nas brincadeiras, e na superação de suas dificuldades. O D-E lhe permitiu, gradativamente, ir atribuindo significado a seus medos.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 5.5

Verbalização: - É uma casinha. E a grama. Não consigo desenhar direito. A árvore tem uns riscos. (Riscos?) É, uns riscos bons e ruins, porque um menino riscava a árvore. Um menino que gostava de rabiscar. Os adultos ficavam bravos. (E o menino o que ele sentia?) Ria e ficava triste, mas mais ele ria.

Intervenção: Falo para a menina que me parece que esse menino já não tem muito medo de fazer bagunça, e assim como ela, o menino deseja desenhar (riscar) à vontade. Ela concorda dizendo que o medo é só um pouquinho.

Título: A casa do menino.

Interpretação: Após uma semana de intervalo entre as sessões, a criança volta a ter certa dificuldade para iniciar os desenhos. Fala novamente em seu medo de não agradar e também

do receio de ser espontânea e os adultos ficarem bravos.

Figura. 5.6

Verbalização: - Um dia ele bagunçou, tava jogando bola e quebrou o vidro da mãe. Ela ficou muito brava bateu nele de sapato e ele foi para o quarto de castigo. E então a mãe tinha saído. A mãe estava brava porque ele quebrou o vidro. (E ele o que está pensando?) Que ele não quer deixar de brincar por causa disto.

Intervenção: Conversamos sobre os medos do menino quando a mãe fica brava e que eles são parecidos com os dela. Digo que ele tem medo de ser castigado pelas coisas ruins que ele faz. Ele pensa que a mãe vai deixá-lo ou que está muito zangada e não gosta mais dele. Só que o menino sabe que poder brincar é muito importante para ele. Ela concorda dizendo que o menino tem medo de “apanhar muito forte” quando desobedece a mãe. Continua desenhando e associando: diz que está desenhando o sapato da mãe. Fala que o pai também é muito bravo, e sempre batia nele. Os amigos também não eram amigos porque ele fazia muita bagunça na classe. Só o avô e a avó que não batiam. Eles eram bondosos.

Título: O sapato.

Interpretação: Essa criança, que é extremamente adaptada socialmente, sente qualquer movimento de liberdade ou brincadeira como possibilidade de desagradar os adultos ou perder seu amor. Seus movimentos espontâneos são reprimidos por medo de repreensões. Mas expressa o desejo de ser ela mesma (Pois diz que o menino não quer deixar de brincar por causa de seus medos ou da zanga dos adultos).

Figura. 5.7

Verbalização: - Um dia a avó falou com ele para ele parar de fazer bagunça. (Mas ele sendo criança devia gostar de brincar e bagunçar, não acha?) Claro! Então a avó falou pra falar para a mãe pra ela não bater tanto nele porque ele era criança e criança gosta de brincar. E o avô também era bondoso, e o avô falou para a mãe falar para a professora também não brigar com ele. Aqui são as flores e a grama.

Título: O avô e a avó.

Interpretação: Nesta unidade surgem figuras bondosas e tolerantes na imagem do avô e da avó. O lado mais compreensivo da criança para consigo mesma está podendo aparecer.

Figura. 5.8

Verbalização: - No final ele mudou muito e a mãe e o pai não precisavam mais bater nele. Aqui é a mãe e o pai e ele. Depois ele também ficou com mais amigos. Antes achavam ele chato. Então acabou tudo bem. Daí a avó e o avô falavam para ele parar de bagunçar, mas ele bagunçava um pouco ainda porque ele adorava brincar.

Intervenção: Falo que me parece que o menininho da estória achou um modo de ser ele mesmo. Ela concorda dizendo que então eles ficaram felizes, e o menino sempre brincou bastante.

Título: sem título.

Interpretação: A sequência das aplicações do D-E permitiu a imersão no conflito e o início de movimentos integradores. A criança sente receio de ser independente, de brincar livremente e desagradar os adultos. As fantasias de destrutividade estão ao lado de movimentos de energia e vida. Ao reconhecer a ambos, diminui o seu sentimento de inadequação, e conseqüentemente os de fragilidade e desamparo.

Figura. 5.9

Verbalização: - Era uma vez um menino que tinha dor de dente e morria de medo do dentista. Aqui é ele com dor de dente. Depois ele viu que não tinha nada, nem perigo. Ele estava meio nervoso, mas depois viu o que tinha na cabecinha dele. (E o que é que tinha na cabecinha dele?) Tinha brinquedos. Antes ele tinha medo de médico porque ia dar vacina, e de remédios amargos. Vou fazer o dente marrom. (Marrom?) É, está estragado, mas ele vai tratar. Posso desenhar o corpo? (Claro.) Agora ele está calmo.

Título: Chorando no dentista e depois calmo.

Interpretação: A elaboração dos conflitos foi possibilitada pela sequência das aplicações do Procedimento de Desenhos-Estórias. Ao integrar seus aspectos cindidos, diminui o medo de que sua autonomia e espontaneidade gerem retaliações. O tratamento que era inicialmente sentido como possibilidade de castigo por suas más ações, é agora visto como cuidado.

3ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 5.10

Verbalização: - Era uma menina que estava chorando, mas no desenho ela parece que ficou brava. (Parece estar mesmo um pouco brava. Por que será?) É que ela ficou com uma cárie e não queria ir ao dentista...(Assim como você). É. E ela já era bem grandinha. (Quantos anos ela tinha?) Já tinha 13 anos. Devia se comportar melhor, mas não se comportava. Aí a mãe dela falou: não vai doer não. E ela falou: vai sim, porque os amigos da escola falaram que ia, e ela nunca tinha ido no dentista. As amigas disseram que dói muito. Aí quando ela foi estava com medo. Mas depois ela não sentiu nada. Então perdeu o medo. E nem ficou com raiva do dentista, porque eles podiam ficar bem amigos.

Intervenção: Conversamos sobre a menininha ser parecida com ela mesma: sente medo, mas acredita que pode superá-lo e ter uma experiência diferente com o dentista, diferente daquela de suas amiguinhas. Acredita também que pode se tornar amiga do dentista que está lá para ajudá-la.

Título: A menininha que não queria ir ao dentista.

Interpretação: Sandra consegue colocar em cena seus sentimentos de hostilidade: pode falar de sua braveza. Expressa ainda a necessidade de ter suas próprias vivências e opiniões ao invés de seguir o que a mãe ou as amiguinhas lhe dizem. Fala em crescimento e luta por ocupar seu espaço.

Figura. 5.11

Verbalização: - Eu fiz a menina com mãe dela. A menininha gostava de usar vestido como a mamãe. A mãe quase nunca era brava. Mas a menininha ainda tinha medo do dentista. Tinha muiiiito medo! E ela comia muito doce. (Por que a mãe está ajoelhada?) A mamãe está ajoelhada para abraçar a filha, porque a filha é pequena. Então chegou o dia dela ir ao dentista, e a mãe falou: é só você deitar, e pensar em coisas boas, e não vai doer porque eu vou dar anestesia. Aí ela foi para casa e falou para a mãe: foi tudo bem, não doeu. Eu vou fazer minha calça. (Sua calça? Então a menininha é mesmo você!). Ela ri bastante.

Título: Já está quase tudo bem.

Interpretação: Fala em esperança de enfrentar as situações, em encontro e vínculo. Fala de um lado bondoso e empenhado em ajudar o lado fragilizado. Confunde a mãe com a dentista (a mãe fala que vai dar anestesia). Precisa de um adulto acolhedor para se sentir segura.

Figura. 5.12

Verbalização: - É a menininha já sentada na cadeira do dentista. (Como ela está se sentindo?) Agora só um pouquinho de medo, mais nada. Ela não gostava de passar flúor porque depois ficava um dia inteiro sem comer e tinha o gosto ruim. Ela ficava reclamando: ahm, ahm, ahm, mas depois o dentista falou: vem aqui, tudo bem. E no final ela viu que era diferente e eles ficaram bem amigos.

Intervenção: Digo que, assim como a menininha, ela também acredita que tudo ficará bem e que será amiga da dentista. Como ela mesma disse, agora o medo está bem pequeno.

Interpretação: Reforça os pensamentos bons para enfrentar o medo e o desconhecido. Acredita que as vivências a farão acreditar e confiar no outro.

Síntese do caso:

Sandra tem medo de ser castigada por seus impulsos hostis, receios que se reativam diante da situação de atendimento odontopediátrico. Suas angústias diante da situação são depressivas: teme perder as pessoas amadas ou ser abandonada. A criança possui, no entanto, possibilidades de independência e crescimento, e ao se sentir compreendida, vai se aproximando de uma visão mais realista de seu conflito. Ao trabalhar seus impulsos hostis e o medo do abandono e hostilidade pelas figuras paternas, sente que pode amar, ser aceita e querida com seus aspectos bons e ruins. Surgem movimentos de vida e afetividade crescentes. Assim como pôde confiar em mim, Sandra pôde efetivamente confiar no profissional que a atendeu na odontopediatria, demonstrando-se, segundo ele, colaboradora e empenhada em ajudar.

Caso clínico 6: Isabela

Entrevista clínica

Isabela é uma menina de 12 anos, cursando a 6ª série do ensino fundamental. Seus pais são advogados, tendo sua mãe 35 e seu pai 36 anos. Isabela é filha única, e sua mãe comenta ser muito preocupada com a menina. A mãe possui diversos traços fóbicos em relação à filha: não a deixa sair, tem receio de que a menina ande de elevador, visite suas amigas, se machuque na piscina, perca-se em supermercados ou shopping-centers. Relata que Isabela é uma criança séria, responsável e estudiosa.

O pai, segundo a mãe, é um pouco ausente, pois por motivo de trabalho tem que viajar bastante se ausentando por semanas. Ainda assim, o relacionamento entre a menina e o pai é bom.

Na escola, Isabela tem várias amigas com as quais tem uma boa convivência. É boa aluna, nunca repetiu o ano, mas diz que não gosta muito de estudar.

Isabela nasceu de parto cesárea e foi amamentada por apenas um mês. A mãe relata que Isabela foi um bebê que chorou bastante, pois tinha constantes infecções no ouvido. Acha que devido à dor de ouvido, a criança mamava e comia pouco. A menina tinha alergia ao leite. Além das otites repetitivas, Isabela não teve outras doenças na infância e nunca necessitou de internações. Precisa de uma intervenção simples na área odontológica, mas tem demonstrado extrema ansiedade no momento de realizá-la, motivo pelo qual foi encaminhada para as consultas.

Observação clínica

Isabela é uma menina bonita, delicada e simpática, embora um pouco tímida e tolhida em sua espontaneidade. Aperta freqüentemente as mãos uma na outra como se estivesse tensa, e ruboriza-se com facilidade. Parece desejar agradar, concordando afirmativamente com a cabeça com tudo que digo e sorrindo sempre. Inteligente, durante a aplicação do D-E mostrou-se colaboradora e empenhada.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 6.1

Verbalização:- Era uma vez uma menina má e que era pouco sensível. A família dela era boa e generosa, até infantil, mas ela não era. Antes ela acreditava que o mundo era cor de rosa, era emotiva, ingênua, boba, mas agora ela não é mais assim. (O que a fez mudar?) Ah, eu não sei. Aqui eu desenhei uma enfermeira, ela é mais ou menos legal. E aqui um dentista, ele é chato. (Por que ele é chato?) Porque ele ri da cara da menina só porque ela tem medo. Ele é bobão, fica falando, larga de ser boba, não vai doer nada. Se não cuidar vão cair todos os seus dentes.

Intervenção: Digo que me parece que o que deixa a menina chateada é não prestarem muita atenção aos seus sentimentos. Se isto acontece, ela fica triste e brava, mas aí ela imagina que ela mesma não é uma pessoa muito boa. Ela fica se achando má, mas o que sente de verdade é só medo. Comento que penso que a menina tem motivos para se chatear se não prestam atenção no que ela sente. Ela concorda.

Título: A menina, a enfermeira e o dentista.

Interpretação: A criança parece esclarecer-me que seu medo está ligado a receios de não ser compreendida em suas emoções profundas, de que essas não sejam levadas a sério ou sejam ridicularizadas. Demonstra também o receio de ser punida caso demonstre suas emoções verdadeiras, porque ela mesma não seria uma boa pessoa. Sente-se então sem saída, pois precisa confiar nos cuidados do outro, mas não consegue, e se não se deixa cuidar, “perderá todos os dentes”.

Figura. 6.2

Verbalização: - Era uma vez uma pessoa muito ruim. Ruim é também doença e pobreza. (O que acha que acontece com quem está doente?) Doença te deixa ausente, como morto, sofrendo. Aqui desenhei uma pessoa morta. Por isto tenho medo de injeção, de picada, de

dentista e de médicos. Pobreza é sem emprego, sem ter o que comer ou o que vestir. Morar embaixo de um viaduto, sem nada. Ficar sem nada nem ninguém deve ser o sentimento mais triste deste mundo. É como estar morto mesmo.

Intervenção: Comento que ela sente muito medo de ficar assim, pobre ou doente, sem nada seu, de sentir-se vazia e como se estivesse morta. E que ela disse que isto aconteceu para uma pessoa ruim e talvez imagine que, para ficar protegida de coisas desagradáveis, tem que ser sempre muito boazinha e comportada. A menina associa que se acontecer alguma coisa com ela durante o tratamento odontológico, se ela morrer, seus pais vão sofrer muito, vão ficar abandonados.

Título: Pobreza.

Interpretação: Isabela separa em mundos distintos, o que sente que é bom do que sente como ruim. Seus impulsos hostis e sua agressividade latente são cuidadosamente ocultos, o que a distancia de si mesma. A perspectiva do atendimento odontológico reativou medos antigos de retaliação, que ela imagina que possam ser desencadeados se ela não se comportar de modo adequado. Teme que sua agressividade e hostilidade revertam-se contra si no tratamento odontológico, situação em que acha que pode perder o controle. Desse modo fica numa área de indefinições onde podem acontecer acidentes, dor, imprevistos e até morte. Não quer desagradar aos outros, pois receia fazê-los infelizes.

Figura. 6.3

Verbalização: - Era uma vez uma menina que era bonita, mas de repente ficou gorda e feia porque não se controlava na hora de comer. Então comeu demais e parecia um balão. Era uma pessoa que só pensava nela, bloqueada. Só ficava comendo e na frente da televisão.

Intervenção: Falo que por vezes ela mesma se sente assim, com medo de se descontrolar

ou então de ficar parada, sem mobilidade, sem poder pensar naquilo que atrapalha. Ela concorda dizendo que se sente paralisada, incapaz, como uma velha chata. Faço-a notar como tende a se criticar e anular com facilidade, e que é isto a afasta de si mesma fazendo-a sentir-se assim: muito pesada.

Título: A menina pesada.

Interpretação: A menina fala do conflito entre se manifestar e permanecer estagnada. Receia o descontrole, seu e do outro.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 6.4

Verbalização: - Esta é uma menina no meio de poças de sangue. São placas de sangue. (Como isto aconteceu com ela?) Ela se descontrolou. E aí ficou toda machucada. Só isto.

Intervenção: Digo-lhe que penso que ela está me falando de seu próprio medo de se descontrolar durante o atendimento odontológico a que terá que se submeter. Ela concorda e pode continuar associando: conta-me que pensa que se extrapolar um pouco ela descamba, perde o prumo. Diz que tem receio de sangue contaminado, tem medo de lhe arrancarem um órgão, medo de cortes, de parar seu coração. Falamos sobre haver um medo de ser agredida se ela perder o controle. Isabela concorda, e me diz que seu medo é de ficar como inválida e escoar até a morte. Diz que sente como se fossem tirar pedaços dela. Conta-me que se sente assim quando está menstruada: tem uma sensação de perda e agressão. Digo-lhe que quando vai se deixando levar por estes pensamentos tão intensos é que tudo sai do controle. Mas que se prestar atenção verá que há alguém ali capaz de dar conta de si mesma. Naquele momento mesmo, há ela ali podendo me contar sobre seus sentimentos e refletir sobre eles também.

Interpretação: Isabela me fala com coragem, sobre a intensidade de seu conflito: teme que a sua agressividade e hostilidade tão cuidadosamente ocultas se revertam contra ela mesma na situação da cirurgia odontológica. Por se sentir profundamente frágil, acha que não terá com quem contar diante do medo e desamparo a que esta situação a remete. Diante de tal quadro pensa que só pode esperar o terror e o inimaginável: ataques a seu corpo e agressão como retaliação por sua raiva e pouca disponibilidade para colaborar. A necessidade do tratamento odontológico trouxe à tona fantasias muito primitivas.

Figura. 6.5

Verbalização: - Era uma vez um mundo bonito, cheio de sol, mas também era feio, cheio de nuvens pretas e de chuva. Para mim parece que prevalece o bom, e dentro da minha família não tem pessoas más. Acredito que tem um anjo da guarda e as coisas más ficam afastadas de mim. Não sei como às vezes tenho estes pensamentos de tanto medo! São bobagens, né?

Intervenção: Digo-lhe apenas que agora que está mais próxima de si mesma ela está podendo ver também as coisas boas: o sol, o mundo bonito e aí o medo diminui.

Título: Chuva e sol.

Interpretação: Com o auxílio do D-E a menina começa a observar-se mais atentamente, e este movimento imprime uma nova ordenação em sua mente. Pode então perceber que existem as forças destrutivas e as construtivas também. Passa a contatar as coisas boas, e este lado bom aparece no desenho do sol e no pensamento de um anjo da guarda.

Figura. 6.6

Verbalização: - Esse é um desenho de vento no mato, ventos e ventos que as plantas gostam. É vento, mas é tranquilo e leve e as plantinhas gostam. Apesar de tudo, agora eu me sinto assim: em movimento.

Título: Ventos na grama.

Interpretação: Nessa unidade Isabela parece repentinamente libertar-se. É um momento expressivo de sensação de presença de vida e existência, que se contrapõe à destrutividade da primeira unidade desta aplicação. A menina passa a perceber movimentação em seu sistema mental. Começa a desejar a expansão e o progresso de sua mente. Exprime aqui o seu desejo de ter uma vida com mais leveza, liberdade de expressão e harmonia.

Síntese do caso:

Isabela apresenta medos primitivos ligados a sentimentos de dissipação e desfazimento do próprio self. Neste contexto o atendimento odontológico é confundido com ataques à integridade de seu self, e tomado por um ato de violência e invasão. Seu receio é de que, durante os atendimentos nessa área da saúde, se desorganize, perca o controle, agrida e seja agredida. O Procedimento de Desenhos-Estórias facilitou suas associações, pela possibilidade de experienciar suas angústias e integrar sentimentos sentidos como hostis. Permitiu que abrissemos caminho em meio às defesas, atravessando-as e atingindo o núcleo mais verdadeiro de sua personalidade que se mostrava frágil e ameaçado. No final das sessões sente mais clara sua potencialidade de evolução e crescimento.

Caso clínico 7: Roberto

Entrevista com a mãe:

Roberto tem 13 anos, é o caçula de quatro irmãos, o mais velho com 22, uma irmã de 20 e outra com 19 anos. Sua mãe tem 51 anos e seu pai 56. O pai é engenheiro aposentado e permanece bastante tempo em casa. A mãe trabalha em um escritório de advocacia. Parece ser uma mãe autoritária que centraliza as decisões familiares em sua pessoa.

Roberto nasceu de parto cesárea aos sete meses de gestação. Apesar de prematuro, não apresentou nenhum problema de saúde, ficando apenas uma semana no hospital, acompanhado pela mãe. Roberto foi amamentado ao seio apenas por três meses.

O menino estuda em colégio particular, onde cursa a sétima série e sempre apresentou dificuldade para adaptar-se ao ambiente escolar. Quando pequeno chorava muito para ir à escola. A mãe relata que o relacionamento do menino com o pai e as irmãs é bom. Ele e o pai são muito amigos. O pai teve um episódio de depressão há aproximadamente há seis anos, tendo sido necessário utilizar medicação e realizar psicoterapia.

Roberto precisa remover dois dentes para colocação de aparelho ortodôntico e há mais ou menos um ano sua mãe percorre vários consultórios, sem que os profissionais consigam atendê-lo. O menino inicia o atendimento, mas no momento de ser anestesiado chora muito, se recusando a continuar. A mãe diz que seu filho tem “13 aninhos e ela não está mais conseguindo enganá-lo dizendo que não há injeção”. Na primeira entrevista chama a atenção uma fala da mãe, que diz ao menino: “fique quieto senão te corto a orelha”. Conta-me que Roberto é um menino muito tímido, bonzinho, que faz tudo direito desde bebê. Diz também que é ótimo aluno, gosta de ler e sempre foi muito apegado aos pais.

O menino não teve doenças infantis importantes e nunca sofreu internação ou cirurgia. Ele tem outros medos além do receio de ir ao dentista: medo de ficar sozinho, medo do escuro e medo de que seus parentes morram.

Observação clínica:

Roberto é cordato, sorridente e simpático. Diz que gosta muito de conversar. Um pouco obeso e recurvado, denota timidez e desejo de agradar, através de uma extrema solícitude. Repete várias vezes que é a pessoa mais indecisa do mundo. Apesar do retraimento inicial, mostra-se amoroso e disposto a criar vínculos. Demonstrou muita vontade de colaborar com o processo.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 7.1

Verbalização: - Adoro cachorros, tenho quatro no meu sítio. (Por que gosta tanto deles?) É porque meu pai também gosta muito. E também porque são apegados na gente, fiéis, amigos. São também muito sinceros. Até se apanham continuam gostando da gente. (Não acha estranho apanhar e continuar gostando?) Ah, eu acho, mas os meus não apanham não.

Intervenção: Faço uma intervenção um pouco diferente, de algo que fui pensando enquanto ele desenhava: digo-lhe que não imaginei que ele desenhava um cachorro. Eu fui vendo-o desenhar um menino (o centro do desenho), depois colocá-lo dentro de um círculo. E os olhos me pareceram dois enormes olhos olhando para o menino. Ele concorda dizendo que esse desenho é mesmo feito assim, primeiro um menino, depois um círculo...

“Só que é um menino sem braços”, completa.

Título: O cão.

Interpretação: Nessa unidade, a criança faz uma aproximação ao seu sistema mental: receia ser recriminado caso se expresse livremente e receia castigos (o cachorro que apanha, e nem reclama). Nesse contexto o atendimento odontológico é sentido como cenário para represálias por qualquer sentimento hostil que possa expressar e que ele cuidadosamente oculta. Reprimindo a agressividade, Roberto associa que ao menino falta uma parte de si: “não tem braço”.

Figura. 7.2

Verbalização: - Adoro desenhos animados. Esse é o candelabro da Bela e a Fera. É um filme bonito em que os objetos viram gente. (E porque achou bonito?) Ah, por causa da Bela ter gostado da Fera, mesmo ela sendo feia, porque ela viu o que a Fera tinha de bom por dentro. É, eu gosto muito de conversar. Gosto muito da minha família sabe. É uma família grande, todo mundo ajuda todo mundo. Não tem desavenças, brigas. Dizem que quando a gente morre pode nascer numa outra família. Eu não quero nascer de novo não. (Por quê?) Porque não posso nem imaginar nascer numa família que não seja a minha. Prefiro não arriscar. Eu prefiro ser um anjo no céu. Queria ser o anjo dos animais e das crianças.

Título: O candelabro.

Intervenção: Comento que me parece que ele tem receio de brigar com sua família ou de pensar diferente do que os pais pensam. Ele concorda dizendo que tem horror a brigas e que nunca briga com seus pais nem com os amigos.

Interpretação: A criança expõe um conflito nesta unidade: a contraposição entre o que é belo e o que é feroz e horrendo. Expressa o seu medo de nascer de um modo diferente ali na terapia, e também de se ligar a alguém que não é da sua família (como eu, por exemplo) e passar a ter idéias próprias, diferentes das de seus pais. Mas intui que não tem liberdade nem autonomia. Na unidade anterior desenhou um menino sem braços e nessa unidade fala de uma pessoa-objeto: o candelabro de A Bela e a Fera. Prefere não arriscar e manter-se uma figura idealizada: o anjo no céu.

Figura. 7.3

Verbalização - É uma carta, igual estas de baralho. De um lado está o sol, do outro a noite. O dia é bom. A noite é escura e amedrontadora. Só isto. Não sei mais o que contar nessa estória.

Intervenção: Digo que está me falando de coisas opostas. O desenho é dividido ao meio. Ele continua associando e diz que é assim que ele se sente: dividido e confuso, sem opinião própria. Fala que tem muito medo da cirurgia que vai ter que fazer. Peço que fale mais sobre esses medos. Ele comenta que o receio é de não dar conta na hora, de ficar muito desesperado. Porque dói e ele não agüenta a dor. Diz que entrará em pânico. Comento que ele me disse que se sente confuso e sem opinião. Então pensa que entrará em pânico porque imagina que não há alguém inteiro lá para dar conta da situação. No entanto vejo que há alguém podendo falar de seus medos comigo.

Título: A carta.

Interpretação: Nessa unidade o menino expressa com plasticidade seu conflito: a cisão interna entre o bom e o mal, entre seus impulsos hostis e amorosos. A falta de integração entre ambos o coloca a mercê do medo de castigos. Mantém oculta qualquer manifestação de violência e oposição ao outro à custa de sua espontaneidade e de seus gestos criativos. À medida que esses podem surgir, associa e pode pensar e vivenciar suas experiências emocionais mais profundas, aproximando-se do centro de seu conflito. Pode então olhar para a situação emocional que fingia não existir na segunda unidade, em que ele queria ser um anjo no céu. Minha intervenção foi no sentido de fazê-lo perceber que para falar sobre o que sente é preciso coragem e existência própria. Apenas se ele se anula como pessoa é que sobrevém o pânico.

Figura. 7.4

Verbalização: - Vou começar pelo título: A dor. Penso em tristeza e em dor. Se uma coisa dói, que nem nessa cirurgia que eu acho que vai doer, eu fico assim triste. (Pontuo que, pelo tamanho da lágrima, parece uma dor muito grande mesmo). Ele prossegue nas associações e diz: - Por isso eu queria estar dormindo, para não sentir dor, aí é a paz. Sabe, eu não quero nunca nascer de novo. (Como não quer nascer de novo?) Bem, dizem que se a gente morre, nasce de novo, mas eu não quero, porque adoro a minha família e aí se eu nascer de novo posso nascer numa família chata, briguenta, e eu vou sofrer, porque não é meu pai e minha mãe. (Será que não tem uma possibilidade de algo mudar e continuar sendo bom?) Mas e se não for? Aí eu vou sofrer, e não quero arriscar.

Intervenção: Comunico ao paciente que há um grande medo de que qualquer mudança o faça sofrer e de que nas nossas conversas vamos mexer com seus sentimentos, e mudanças podem vir disto. Há um receio de perceber-se mais forte e de que com essas percepções, novas posições tenham que ser assumidas diante de sua família.

Título: A dor.

Interpretação: A necessidade do atendimento odontológico intensificou fatores emocionais preexistentes que se encontravam sob relativo controle: o medo de sofrer retaliações caso se imponha e tenha posicionamento próprio. Prefere negar seus sentimentos (ficar dormindo) a enfrentá-los. A necessidade do uso de agulha durante a anestesia exacerbou na mente da criança, angústias intensas de ser castigada e ferida. Com o auxílio dos desenhos e verbalizações está podendo contemplar essas angústias, que de outro modo permaneceriam desconhecidas. Vemos que esse momento se constitui em preciosa oportunidade de comunicação dos dinamismos psíquicos, o que favorece integrações.

Figura. 7.5

Verbalização: - Eu me sinto melhor agora. Sabe o que estou pensando, em um passeio que eu fiz ao zoológico. Eu já te falei como eu gosto muito dos animais, né? Há os fortes e os mais fracos, mas eles têm um jeito de se entenderem.

Intervenção: Digo-lhe que quando faz contato consigo, percebe que há coisas em que se sente ligado. Comento também que ele está percebendo que existe uma pessoa ali com quem pode contar, que é ele mesmo, ainda que se sinta às vezes mais forte e outras vezes mais fraco, aliás como todo mundo. Esses dois pólos seus estão podendo se harmonizar. (Diz que há os fortes e os fracos, mas eles têm um jeito de se entenderem).

Título: Todos os amigos.

Interpretação: O D-E possibilitou ao menino o entendimento de seu conflito entre ser forte ou permanecer fraco. Se ficar submetido por medo de retaliações, o tratamento odontológico é visto como mais uma forma de submetimento. Reconhecer esses dois pólos como seus, pode lhe permite maior domínio de seu conflito e a percepção de sua força interna.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 7.6

Verbalização: - Estou pensando numa palavra: alegria. Faz de conta que o menino faz uma coisa errada, aí ele vai direto contar para a mãe e o pai, porque ele sabe que com eles pode se abrir. E como a mãe e o pai são mais vividos, ele aprende com o erro e se torna mais feliz. Tudo eu conto para eles e nós pensamos tudo igual. (Às vezes não vai haver coisas que são só suas, e você não vai querer contar para os pais?) Sempre tem, né. Mas eu não gosto muito de esconder as coisas deles.

Intervenção: Intervenho pontuando que ele agora tem um espaço só seu para falar de seus problemas e de coisas suas, um lugar em que seus pais não estão presentes, e que isto talvez o assuste um pouco. Ele fica pensativo.

Título: Todos pensando igual.

Interpretação: Após uma semana de intervalo entre as sessões, Roberto retoma seu conflito: desenha uma família em que existe pouca individualidade. A alegria depende de que todos tenham o mesmo pensamento (é um mesmo balão para todos). Todos devem pensar de modo a satisfazer o outro, frustrando-se qualquer tentativa de personalidade e engendramento de idéias próprias.

Figura. 7.7

Verbalização: - Eu estou pensando, como uma pessoa cega deve ser triste, só vê aquela cor preta, a pior de todas as cores. Às vezes a gente vê uma pessoa cega atravessando a rua e é uma lição de vida. (Em que mais te faz pensar tudo isto? Falou em cegueira, mas desenhou umas luzes...) Ah, ser cego deve ser um breu, uma coisa ruim. Quando você nasce cego não deve ser uma coisa tão ruim, mas se você fica cego, aí deve ser uma tristeza muito grande.

Intervenção: Vamos conversando sobre o fato de que uma pessoa cega poderá também desenvolver outros modos de se comunicar com o mundo, através da sensibilidade, dos pensamentos, das intuições, mas que há muita gente que vê e é cega, “cega de pensamento”. Ele fala que uma pessoa que já nasceu cega, já se acostumou, e fica com curiosidade de saber

como é o mundo, mas a pessoa que fica cega deve ser uma tristeza muito maior. Conta-me que ele tem medo de perder seus pais e seus irmãos, não quer nem pensar como vai ser, porque sabe que um dia vai chegar essa hora.

Título: Luzinhas.

Interpretação: Não se sentindo independente e autônomo, sua experiência é de estar sempre aderido à sua família e sobrevêm pensamentos fóbicos de perdê-los e de ficar sem nada. Esses pensamentos ligam-se ao medo de que, se desagradar aos pais pensando diferente deles, também os perde. O menino fala do conflito entre ter pensamentos próprios (enxergar com seus próprios olhos) ou “continuar cego”. Fala do seu medo de separar-se emocionalmente dos pais. Ele próprio começa a enxergar o seu mundo psíquico, a lançar luzinhas sobre seus conflitos. Contrapõe a luz à cegueira.

Figura. 7.8

Verbalização: - Vou começar pelo título: o terror. Vou desenhar o medo. Estou mais corajoso até pra falar de medo. Tenho medo de injeção, de médico, de dentista. Também tenho medo de morrer. (O que você pensa desse medo de morrer?) Que não sei como é. Ninguém veio de lá para contar. Aqui sou eu no caixão. A morte é uma coisa obscura, medonha. (Como é uma coisa medonha?) Horrível, ruim, chato, chato é pouco. Então são meus maiores medos: perder meus pais e morrer. É o terror que eu desenhei... É uma mistura de um terror de pensar que meus pais morram ou que eu morra e uma mistura de tristeza, junto com o terror de que um dia eles vão morrer e eu também. Não sei, na verdade eu não gosto de pensar em morte, gosto da vida. De verdade: gosto muito de vida!!!

Intervenção: Comento que ele está falando de dois opostos: vida e morte. É difícil falar

nisso, mas ele está podendo fazê-lo. Agora está se sentindo ele mesmo, com pensamentos próprios. Ao encarar os terrores de frente, esses diminuem. E aí sente menos medo da morte, mais ligado à vida. Ele prossegue associando e diz que a coisa mais bonita da vida é cor. A cor dá vida! Olha para a janela e diz ter pensado que já fosse noite, mas ainda é dia.

Título: Falando do terror.

Interpretação: Ao poder encarar e falar sobre seu terror, a criança se sente mais forte e no final de suas associações descobre vida, cor e luz.

Figura. 7.9

Verbalização: - Tem umas fotos de família em que tudo parece tão perfeito. Nas fotos as pessoas parecem perfeitas, nunca brigam. (Acha que existem pessoas perfeitas, que nunca se desentendem, nunca brigam?) Acho que não, mas tenho medo de brigar e deixar as pessoas tristes. Eu não quero sentir dor. Quero morrer bem velho. Cheio de netos, quero dormir e morrer. Quero dormir na cirurgia também. Vi uma máscara nos Estados Unidos que põe e a gente dorme. A morte é escura, a noite a gente pode deixar de temer, a morte não. Uma bala, esmagado, mutilado, esfaqueado, afogado. Já pensou morrer afogado?

Intervenção: Comento que ele continua falando de seus terrores, e que talvez, dormir durante a anestesia signifique não enfrentar seus medos. Ele associa dizendo que no mundo acontecem coisas monstruosas, coisas absurdas, que não deviam acontecer. Conta que às vezes imagina uma pessoa que não tem a chance de vida, só de terror e morte. Comento que está me falando do medo que existe dentro dele mesmo. Ele concorda, dizendo que é horrível o que às vezes sente. Diz que quando ele está feliz ou brincando com seus amigos não pensa nisso. Ele vai percebendo que se está em contato com coisas que são dele, em contato com seu ser mais profundo, o medo diminui.

Título: Fotos perfeitas.

Interpretação: Roberto vai se aprofundando em seu conflito, do qual a idealização anterior da família e do mundo perfeito o protegia. Ao examiná-lo, pode perceber a intensidade do mesmo. Pensa-se impotente para enfrentar medos sentidos como aterrorizantes. Tais receios são a projeção no mundo externo de sua hostilidade fortemente reprimida. O pedido de ser atendido pelo odontólogo sob sedação, vem como expressão do desejo de não entrar em contato com as próprias emoções. Mas ao perceber que pode encará-las sente-se mais corajoso e passa a discernir onde estão seus temores e onde está ele mesmo.

Figura 7.10

Verbalização: - É sobre duas pessoas que eram inimigas, uma medrosa e outra corajosa, uma boa e uma má, e elas viviam brigando, mas depois elas se entenderam e puderam ficar amigas e fizeram muitas coisas juntas.

Intervenção: Comento que ele também está podendo harmonizar as forças contrárias dentro dele: aquele que sente receios e o que é corajoso e capaz de brigar por si mesmo. Há um Roberto que tem medo e um Roberto que brinca e se sente feliz.

Título: O bem e o mal.

Interpretação: Essa unidade representa, com grande plasticidade, a integração entre os impulsos hostis e os amorosos dentro da mente desta criança (um dos personagens possui uma arma nas mãos, o outro uma flor). Ao se encaminhar para os pontos centrais de sua angústia, Roberto vai percebendo sua força interna, e encontra recursos de vida e possibilidades criadoras.

Figura. 7.11

Verbalização: - Este é quase todo o meu dia a dia: é estar num ambiente que eu gosto, com arco-íris. Eu sempre desenho as mulheres mais altas que os homens. Deve ser porque a minha mãe é mais forte e o meu pai é mais fraco. Eu às vezes me acho fraco. (Será que para estar aqui falando de seus sentimentos, não é preciso ser forte e ter coragem?) É, eu falei de vida e de morte, eu não sei se eu sou um fracote não, acho que eu sou até bem corajoso.

Intervenção: Comento que é verdade que para encarar seus próprios receios é preciso mesmo ser muito corajoso. Ele me diz que se lembrou que vai viajar com os amigos, porque não tem mais medo do escuro. Digo que falar do medo o deixou mais forte e ele sente isto como uma conquista. Digo que talvez possa sentir o mesmo em relação aos seus outros receios, como os do dentista. Ele concorda.

Título: A alegria.

Síntese do caso

Roberto cresce em uma família em que precisa sacrificar sua individualidade. Desse modo fica com uma imagem frágil e depreciada de si mesmo. Por vezes refugia-se na fantasia, deixando que essa se sobreponha à realidade. Imaginando uma família idealizada, protege-se de sentimentos ambivalentes em relação a ela, mas fica, por outro lado, atrelado a uma dependência que lhe tolhe o desenvolvimento pessoal e a aquisição de um sentimento de ser real e forte. Reprime intensamente seus sentimentos agressivos, não conseguindo integrá-los em sua personalidade total. Assim, a cirurgia odontológica o deixa em pânico, com receio de se descontrolar e não fazer frente às dificuldades caso deixe vir à tona seus impulsos hostis zelosamente reprimidos. Sente que pode receber retaliação por eles. Mas, se inicialmente se achava impotente para enfrentar a situação, ao aprofundar-se nos desenhos e associações,

percebe que foi corajoso e empenhado em conhecer o que o limitava, e essa percepção por si só o fortalece. Fortalecido pelo contato propiciado pelo Procedimento de Desenhos-Estórias, pôde dar conta da situação antes sentida como ameaçadora. Começou a perceber que sua vida lhe é própria. Sentindo que existe em si, um núcleo que o integra, pôde também se sentir se comunicando comigo e com outras pessoas. Soubemos que Roberto realizou a cirurgia odontológica sem anestesia geral, e em sessões subseqüentes mostrou-se feliz por ter vencido esta dificuldade.

Caso clínico 8: Teresa

Entrevista clínica:

Teresa tem 11 anos. É filha única de um casal em que a mãe é dona de casa e o pai é comerciante. A mãe relata que Teresa foi um “bebê normal”. Mamou até os três meses no seio e depois passou a utilizar apenas a mamadeira. Era um bebê gordinho e relativamente calmo. Só chorava quando tinha cólica. A mãe diz que por vezes não podia se ocupar tanto da criança, pois precisava cuidar de sua própria mãe que sofria de Mal de Parkinson. A mãe se acha insegura e pensa que a menina é muito frágil e “pequena” para enfrentar a vida. “Ela é muito infantil”, diz a mãe. Conta-me que sempre protegeu muito a menina, não a deixando brincar com outras crianças por medo de que se machucasse. A mãe relata que o pai é muito carinhoso e presente, porém também é bastante preocupado.

A menina teve dificuldades no início de sua escolarização, pois não queria afastar-se da mãe. Esta teve que permanecer na escola por várias semanas até que a criança se adaptasse ao ambiente escolar. Teresa apresenta desempenho escolar médio, tem dificuldade em fazer amigas, receio de ir a festas e enfrentar situações novas em que se sinta exposta. Não gosta de lugares com muitas pessoas, como supermercados, nos quais tem mal estar e sensação de tontura.

Teresa necessita atendimento odontológico de rotina, mas recusa-se a realizá-lo. Já desmaiou diante da necessidade de uma coleta de sangue, fato que parece tê-la impressionado bastante.

A menina nunca sofreu cirurgias ou internações. Não teve doenças infantis.

Observação clínica e entrevista com Teresa:

Teresa é uma menina magra, de cabelos lisos, muito branca e abatida, com uma expressão que demonstra desânimo e cansaço. Não sorri muito, embora não pareça ser tímida. No primeiro momento a sós comigo, a menina me diz que sua mãe tinha fixação pela avó e que ela se sentia abandonada. Por outro lado sente a mãe como superprotetora. Diz que quando era pequena, tinha um triciclo e um dia machucou o joelho. Então sua mãe doou o triciclo e nunca mais a deixou andar de bicicleta. Conclui que por estes motivos se tornou tímida e submissa.

Teresa diz que se lembra da avó com feridas “horríveis” pelo corpo. Queixa-se também de ter estudado num colégio de freiras quando bem pequena e que este parecia um convento, fechado e “claustrofóbico”. A menina fala numa linguagem adulta para sua idade. Tem receio de andar de avião, porque também é muito fechado, e em lugares onde há muita gente diz ficar tonta. Teresa conta que sempre teve medo de “qualquer pessoa vestindo branco”. No momento precisa de um tratamento ortodôntico e necessita de uma intervenção simples do profissional odontólogo, mas recusa-se a realizá-la.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 8.1.

Verbalização: - Todas estas coisas estão me deixando sem forças. (Quais coisas Teresa?) Ter que fazer o que não quero. Eu não quero tomar anestesia, nem que mexam em mim. (O que sente?) Me dá um estado de morte. Eu penso o tempo todo e faço pouco. Me sinto como nesse desenho que eu fiz: sem vida. (Parece mesmo bem desanimada. Como é isso de estar sem vida?) Não sei... Bom, quando alguém faz muita ginástica, como algumas de minhas amigas, me dá a impressão de que a pessoa está se desgastando. Eu sou muito medrosa: tenho medo de

tempestade, de trovão e de avião. Muitas vezes tenho vontade de nem tomar banho, parece que vou sumir na água. Aí me sinto suja. Parece que estou com depressão.

Título: Sem vida.

Interpretação: Teresa parece recear a intervenção odontológica como algo desestabilizador, que a colocaria ainda mais distante de si mesma, fazendo-a “sumir”, desaparecer, perder o frágil contato que tem consigo. Mostra ter noção de que o conflito a enfraquece, levando a um empobrecimento pessoal que a menina representa através da fraqueza e do desânimo.

Figura. 8.2

Verbalização: - Esta sou eu, chorando, bem triste e brava, louca da vida, nervosa. E também com vontade de bater.

Intervenção: Digo a Teresa que agora a vejo expressando verdadeiramente o que sente, a braveza e chateação, sem receio de ser repreendida. Esse acolhimento permite que ela continue associando e ela me diz que vai me explicar como se sente por ter que ir ao dentista: triste, com medo, brava e incomodada. Pergunto o que a incomoda. Ela me responde que é uma sensação de ter que se submeter. Pergunto se não sente que pode ser tratada pelo dentista por escolha sua também. Ela diz que sente como uma imposição, como ser agredida.

Título: Triste e brava.

Interpretação: A menina percebe-se fraca, sem vigor e sem ânimo. Sua força é gasta na contenção do que imagina ser destrutivo nela mesma, o que a deixa debilitada e sem energia para a vida. Chega a ser impressionante e comovente para uma criança, o desenho que faz de si mesma, com extremo desânimo e sem forças de vida.

Figura. 8.3.

Verbalização: - Vou te explicar o meu medo: é que tenho que obedecer ao que eles quiserem que eu faça: ficar quietinha. E é desconforto que eu sinto, e também sujeira (Sujeira?) É. Me parece tudo sujo. Penso em remédios, sangue, cortes e anestesia. Ah, e também em dor.

Intervenção: Comento que ela imagina que vai ser completamente levada pela situação, que não há alguém lá, ela mesma, participante e dando conta do que está se passando. E desse modo tudo lhe parece mesmo ser muito assustador. Ela prossegue dizendo que não poderá falar nada! Isso que desenhou são pedaços de pessoa. As coisas dentro do corpo, essa coisa que vão mexer nela e tirar. Aqui é a cadeira onde vai estar deitada, sem se mexer. E o lixo, tudo sujo. Diz que é muito ruim. (Pergunto se o receio está nas coisas sujas, ruins e se são elas que a assustam) Ela responde que sim, porque é que na sua boca e quando é na cabeça é pior. Tem medo do que pode dizer lá, até palavrão de tanta raiva. Diz que se tivesse que operar o coração morria. Se fosse uma coisa mais externa, seu joelho, aí seria mais fácil.

Título: Os medos.

Interpretação: Teresa tem fantasias a respeito da intervenção odontológica: de que exponha coisas ruins que ela pensa existirem em seu mundo interno. A necessidade de atendimento odontológico parece sobrepujar suas forças, reativando fantasias em relação ao interior de seu corpo e de sua mente. Há um medo de possuir coisas em que não vale a pena mexer, pois são sujas, ruins e perigosas. No entanto, está podendo aceitar essas forças poderosas em jogo em seu mundo psíquico e trazendo-as para serem compreendidas.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 8.4

Verbalização: - Esta sou eu, toda desmilinguida. (Um desenho parecido com o que fez da última vez. Está se sentindo do mesmo modo?) Às vezes eu me sinto assim, andando em círculos, sempre do mesmo jeito. Desculpe. Ainda estou com medo do dentista. Preferia anestesia geral, mas anestesia geral também parece com morte.

Intervenção: Digo-lhe que não necessita se desculpar. Se for assim que está precisando se mostrar, é porque é preciso continuar no assunto. Teresa sorri aliviada.

Título: A desmilinguida

Interpretação: Nessa unidade, a menina continua se sentindo desvalida e desamparada. Não pode contar consigo mesma, pois rompe com extrema facilidade com as experiências de ter uma existência real. É alvo fácil de medos arcaicos de ser destruída, de ficar enfraquecida, fazer-se em pedaços e mesmo desaparecer. O atendimento odontológico tornou-se campo propício para o incremento de fantasias inconscientes que surgem como terroríficas.

Figura. 8.5

Verbalização: - O que me assusta é este negócio de mexer dentro, dentro do meu corpo, da minha boca. (Entendo, é uma coisa muito delicada e íntima. Pode me falar mais sobre isto?) É mexer lá dentro de mim. Eu tenho medo que algo escape e me fure, me perfure, e se ficar algum pedaço, algum resto e infeccionar na minha boca? Aí apodreceria e eu poderia morrer. Olha estas coisas pretinhas que eu desenhei são as tripas, e as coisas que desenhei vermelhas são os pedaços de mim. Tenho medo de coisas feias dentro de mim. (Coisas feias?) É, medo de ser uma pessoa ruim, raivosa e chata.

Intervenção: Digo-lhe que as pessoas não são diferentes dela: elas também sentem que têm coisas boas e ruins dentro de si mesmas. Todos têm coisas boas e ruins. E às vezes sentem raiva quando se chateiam. E que eu compreendo que está muito assustada, e o fato de estar assustada parece tornar tudo maior e mais perigoso do que realmente é: a faz pensar até em morte. No entanto ela está sendo forte e corajosa para me contar o que sente, e me falar até de seus sentimentos de raiva.

Título: As tripas.

Interpretação: Teresa mostra com clareza suas angústias com relação aos cuidados com seu corpo. Ela os percebe como possibilidade de agressão e não como cuidados. Em situações que imagina serem difíceis, teme não contar consigo mesma e ficar exposta a toda sorte de ameaças, incapaz de lidar com os problemas. Tudo se torna assustador, pois suas angústias persecutórias passam a crescer sem possibilidade de contenção. Se não puder elaborá-las a progressão persistirá, e ela intui que perderia o controle da situação. Sua fantasia é de ser feita em pedaços, um receio de desfazimento de seu próprio self. Nessa unidade, a menina pôde falar de uma intensa angústia de aniquilamento.

Figura. 8.6

Verbalização: - Sabe o que eu estou pensando agora, tem coisas que eu não admiro em mim, mas tudo bem, porque eu sou esta aqui que eu desenhei: uma pessoa legal. Eu sou alegre, e também generosa com os outros. Pude perceber isto assim de repente!

Título: Eu mesma.

Interpretação: Ao sentir-se compreendida e poder falar de sentimentos muito intensos em si mesma, Teresa vai admitindo os aspectos hostis, a animosidade e a raiva como seus. Pode assim abarcá-los em sua personalidade total. Com isto deixam de ser tão assustadores, e a menina aproxima-se de uma visão dos fatos e de si mesma mais próxima da verdade. Desse modo, fica mais conectada com seu eu profundo, no qual sente existirem coisas boas.

Figura. 8.7

Verbalização: - Agora desenhei o sol brilhando e todas as coisas que eu gosto. Tudo que se relaciona com a natureza eu gosto.

Intervenção: Comento que existe tudo aquilo dentro dela também: sol, flores, alegria. Ao que ela responde: “- *Sabe de uma coisa! Eu procurei o lápis vermelho para fazer as flores, e nem percebi, que é o mesmo que eu pego para fazer o sangue. Esqueci que tinha a ver com sangue*”.

Intervenção: Digo-lhe que me parece que o sangue se transformou em flor!

Título: Flores com sol.

Interpretação: Surpreendeu-me a rapidez da passagem dos desenhos e das histórias anteriores para as duas últimas unidades. Com um movimento de surpresa e criatividade, a menina ressurge de dentro de si mesma num gesto espontâneo e verdadeiro, encontrando vida onde antes havia só desânimo, ameaça e falta de vitalidade. É muito belo quando diz que o vermelho do sangue é o mesmo vermelho da flor.

Síntese do caso:

Teresa foi educada com muitos medos e para ser uma menina boazinha e quieta. Tudo à sua volta poderia feri-la e machucá-la. O mundo lhe foi apresentado como perigoso. Diante da perspectiva da intervenção odontológica, houve no psiquismo de Teresa uma intensificação de angústias, defesas e conflitos muito primitivos, com conseqüente fragilização de seu self. Ela o demonstra com plasticidade nos seus desenhos em que se auto-retrata fraca e sem forças de vida. Teresa, que sempre foi protegida por seus pais até em seu brincar, não se sente capaz de lidar ou ultrapassar situações mais difíceis. Os temores persecutórios se intensificaram fazendo-a sentir a intervenção odontológica como possibilidade de retaliação por sua agressividade contida. Por vezes pedia para ser atendida pelo profissional odontólogo com anestesia geral, o que parece representar um desejo de afastamento máximo de suas emoções. Mas nos desenhos e verbalizações, compreende que seu pedido é conseqüência de suas angústias e que liga a anestesia geral à morte.

Com a seqüência do D-E, foi podendo aprofundar-se em seu conflito e perceber seus aspectos bons e maus cindidos. Captou também sua tendência a se culpar por qualquer expressão de agressividade, protegendo-se das ansiedades persecutórias através da idealização.

Como observamos em outros casos nesse trabalho, ao se integrar, a menina representa a si mesma num desenho com flores coloridas, cheias de vida e iluminadas pela luz do sol. Essas imagens eclodem de surpresa, num movimento repentino de explosão de vida e cor.

Caso clínico 9: Vítor

Entrevista com a mãe:

Vítor é um menino de 10 anos cursando a 4ª série do ensino fundamental. Sua mãe tem 38 anos, é pedagoga, mas não trabalha. Seu pai tem 42 anos, é administrador de empresas e segundo a mãe, não é muito próximo do menino, ficando todos os cuidados a seu encargo. Na escola tem dificuldade em se relacionar com outras crianças e com as professoras. É introvertido, um garoto amuado e sensível. Vítor possui um irmão dois anos mais velho, que segundo a mãe, é seguro, desinibido, faz amigos com facilidade e não dá trabalho. As qualidades do irmão são ressaltadas com freqüência em detrimento de suas dificuldades.

Vítor foi amamentado até os seis meses de idade, mas sua mãe estava deprimida por ocasião de seu nascimento, devido à morte do pai dela. A mãe descreve-se como uma pessoa insegura, que não sabe como ajudar o filho e o deixa fazer o que quer para não pressioná-lo, com receio de piorar ainda mais a sua condição.

Em situações de atendimentos na área de saúde, o menino fica descontrolado e fora de si. Em uma ocasião em que necessitou retirar sangue para um exame hematológico, foi preciso que os enfermeiros o contivessem, pois ele se apresentava muito desesperado. Esse episódio parece tê-lo impressionado bastante. O menino necessita de um atendimento odontopediátrico de rotina, sem maiores dificuldades ou complicações, mas quando é levado ao consultório odontológico, chora, grita, esperneia e perde o controle, tornando-se agressivo a ponto de tentar bater em sua mãe e no profissional.

Vítor não teve doenças infantis. Fez cirurgia das adenóides aos 5 anos de idade.

Observação clínica:

É um menino muito magro, aparentando menos idade do que tem e parecendo, a princípio, tenso e assustado. É agitado e me olha com medo. Converso sobre a possibilidade de desenhar e me contar histórias para compreendermos o que ele está passando, e ele se anima, tornando-se mais receptivo ao contato comigo e demonstrando boa capacidade de comunicação. Após iniciar os desenhos foi se desinibindo e passou a conversar com mais facilidade e extroversão.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 9.1

Verbalização: - Vou desenhar um monstro: olha é o monstro papão que vai lutar com o bem. Olha a mão dele. Este é o pior chefão que tem. Ele é todo pontudo e um lado é diferente do outro, para ele ter mais coisas para ser assustador. Ele é muito assustador mesmo. (Como é lutar com o bem?) É que ele é mau, e quer destruir tudo que é do bem. (Porque ele faz isto?) Porque ele tem que se defender, ora...

Intervenção: Falo para o menino que talvez o que o monstro sente de verdade não é vontade de destruir. Ele pensa que é mau e assustador, um monstro mesmo e então fica com muito medo de que o destruam.

Título: Papão.

Interpretação: Esse menino sente seu mundo interno turbulento, perigoso, e carregado de impulsos agressivos. Tenta controlar sua agressão, mas sem muito êxito, do que resulta o medo de retaliação. Precisa lançar mão de mecanismos de defesa para lidar com as forças que trabalham dentro de sua mente. Idealiza um vínculo com uma figura forte, mas persecutória.

Figura. 9.2

Verbalização: - Este carinha aqui é amigo do papão, ele se chama Box. Ele luta boxe, e aí ele bate nas pessoas. Ele não tem boca. Não pode falar nada o que sente com ninguém. Olha a mão dele (O que há na mão dele?) Uma luva de boxe, bem dura, pra ele bater e se defender sempre que precisar. Ele já fica com a mão sempre pronta para dar um golpe em quem tentar machucar ele.

Intervenção: Falo que é um pouco como ele mesmo se sente: pensa ter que estar preparado para se defender de alguma coisa ruim, pois imagina que coisas ruins estão sempre por perto. Só que ele, ao contrário do Box, tem boca para falar o que pensa, e está conversando comigo e tentando entender seus problemas.

Título: Luta de boxe.

Interpretação: Frente a seus impulsos hostis, aquilo que pensa ser destrutivo em seu mundo interno, esse menino precisa ficar preparado para contra atacar. O menino sente necessidade de estar sempre alerta para a possibilidade de retaliações.

Figura. 9.3.

Verbalização: - Este aqui é metade leão e metade homem. Ele é um guerreiro que foi criado por uma mãe leoa, mas aí ele foi abandonado por eles. (Quem o abandonou?) Os pais dele. Aí veio uma tribo de homens, e ele ficou com a mãe homem. Aí ele virou isto aí. (Como é isto aí que ele virou?) Ele não sabia mais quem ele era, nem quem cuidou mais dele, a mãe leoa ou a mãe homem. Ele tinha que saber quem criou mais ele, porque quem criou mais é que é a mãe verdadeira. Mas acho que teve uma tempestade e durante a tempestade os pais não conseguiram se salvar.

Intervenção: Esclareço para o menino que é assim que ele se sente: sem saber bem quem ele é. Só que ele está lutando para entender o que se passa dentro da sua cabecinha. Tem medo de ser cuidado pelo dentista ou por um médico, porque não sabe se vão poder cuidar bem dele. Seu receio é de que a pessoa que cuida se atrapalhe no meio de uma tempestade, de confusões. Ele concorda.

Título: O guerreiro.

Interpretação: Essa criança tem uma imagem confusa de si mesmo. Suas tendências agressivas se acompanham de medo intenso de punição e castigos e ele tem que lançar mão de mecanismos de defesa contra suas angústias de perseguição. Com essa imagem frágil e denegrida, sente-se vulnerável frente ao outro, que é tido como ameaçador.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 9.4

Verbalização: - Aí o leão virou um espião. Ele era tão pequeno, tão pequeno que ninguém ligava para ele. Ele nem valia nada. Os dois olhinhos eram as câmeras.

Intervenção: Comento que ele tem dois olhinhos que são câmeras para ficar bem atento e se proteger porque está muito assustado. Digo que penso que ele se sente pequenininho e sem importância. Vítor responde: -“É isso aí”.

Título: O espião.

Figura. 9.5.

Verbalização: - Ele tem um monstro na barriga que solta um raio. Ele nem tem nome. Tem também uma espada gigante de um lado e um gancho de outro. Este gancho parece que é para machucar, mas acho que serve para outras coisas. (Que outras coisas?) Para prender. Já que

ele foi criado por tanta gente, eu estou pensando que foi por isto que ele virou um monstro. Mas ele vai se enganchar em alguém. (Em quem ele vai se enganchar?) Em alguém guerreiro. Guerreiro é aquele que salva. Para ele ficar mais forte. Pensando bem agora ele vai trocar os ganchos, porque o guerreiro descobriu que os ganchos não estavam tão bons.

Intervenção: Digo para a criança que está se sentindo mais forte agora, podendo conversar, (enganchando-se em alguém). Comento que ele sente que conta comigo para pensar nisto tudo que ele esta sentindo. Nós dois somos os guerreiros.

Título: O sem nome.

Interpretação: Ao verbalizar seu sentimento de fraqueza e pequenez, a criança também pode começar a reconhecê-los como seus e iniciar uma elaboração do que sente. Então surge um guerreiro em quem ele se engancha. Ainda não percebe que o guerreiro pode ser ele mesmo, que está lutando bravamente por uma melhor compreensão de seu mundo interno. Diz que quer trocar os ganchos, (que simbolizam os mecanismos de defesa), por outros mais evoluídos.

Figura. 9.6

Verbalização: - Para entrar nesta caverna é preciso ter coragem. Lá dentro tem um labirinto, e nesse labirinto pode não dar pra voltar. O guerreiro pode ficar preso para sempre. A passagem pode se fechar. Muita gente acha que esse labirinto nem tem saída.

Intervenção: Intervenho dizendo que penso que o labirinto é parecido com as dificuldades que nós estamos tentando entender. E que eu penso que o labirinto tem saída sim, e que nós a estamos procurando quando podemos pensar juntos. Ele prossegue associando, e diz que vai desenhar a passagem certa. Mas diz que tem um problema: cada vez que o guerreiro andar ele

vai ver uma caveira. Digo que eu entendo que ele está me dizendo que dá medo andar no labirinto, pode haver coisas muito assustadoras. Mas nós estamos caminhando nele corajosamente.

Título: O labirinto

Interpretação: Essa criança, apesar de seus conflitos, tem uma capacidade impressionante e comovente de acessar o seu mundo interno e apreender também o que acontece ali em nossa relação. Vai procurando um caminho no meio de seu próprio labirinto de emoções e sentimentos, para integrar seus conflitos.

3ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 9.7

Verbalização: - Vou fazer uns monstros. Aí vem um cavaleiro com rabo de cobra que vai matar. Esse monstro chama pé de polvo. Mas tem cara de jacaré. Sua língua fica atrás. Ele ficou meio bobo. (O que houve com ele para ficar assim?) É que ele nasceu cheio de manchas. Muito defeituoso. Então suas garras ficaram bem afiadas para se defender.

Título: O pé de polvo.

Interpretação: A criança fala de uma imagem defeituosa que tem de si próprio. Por se sentir com pouco valor e força interna, precisa estar sempre pronto para se defender. Não se sente digno de ser querido, estimado e aceito como ele é.

Figura.9.8

Verbalização: - Sua mãe deixou o monstro embaixo de uma prateleira, e na prateleira tinha uma poção. Essa poção era de virar mau. Era proibido cair em qualquer coisa, porque se cair em alguém ia virar monstro. Tinha um ovo, mas aí veio um homem e deixou a poção cair no ovo. O ovo abriu. (E o que havia dentro dele?) Você nem vai querer saber. Não vou falar.

Intervenção: Digo-lhe que talvez esteja com receio do que está escondido dentro daquele ovo. Mas que talvez possa continuar desenhando ao invés de falar. Ele concorda dizendo que vai desenhar o que há dentro do ovo.

Título: O ovo.

Interpretação: Fala-me sobre algo que está escondido, fechado sobre si mesmo (dentro de um ovo) e comunica seu medo de continuar associando e de como aceitarei o que tem para me mostrar. Penso que é uma criança que mantém a vida oculta (um ovo é potencialidade de vida), por medo de manifestar violência ou oposição ao outro, mas isto lhe custa sua espontaneidade e vigor. Sua criatividade, seu crescimento e desenvolvimento são potenciais.

Figura. 9.9

Verbalização: - Este aqui nem tem nome, nem tem estória. A poção que caiu em cima dele é de virar meio bobinho. Todos pensavam que ele era muito mau, só porque ele era uma cobra, e isso o deixava triste. Aqui desenhei a língua dele. E tinha uma lança de lutar na mão dele. Antes, era para ele ser um homem comum, mas o pai e a mãe sabiam que ele não era comum, ia ser um guerreiro. (E você o que pensa dele?) Ele era bom na verdade, só que pensavam que era mau porque parecia uma cobra. É que ele podia virar mau, bom, monstro ou bobinho, como ele quisesse.

Intervenção: Digo que o personagem que ele desenhou parece aquele bichinho, o camaleão, que muda de cor conforme a situação para se proteger. Porém, deste jeito, o bichinho fica sem saber quem ele é de verdade... E que, ele mesmo, também deve fazer isto às vezes, principalmente quando está com medo, como por exemplo, ao ir ao dentista. Só que, como o bichinho, ele sabe que na verdade tem coisas boas e que é um guerreiro.

Título: O monstro.

Interpretação: Inicia um movimento de aproximação em relação a seu conflito. Sente-se sem importância, sem nome, temendo que o vejam como alguém mau e ruim. Diante das dificuldades, vai adquirindo a forma que o ambiente exige, como um camaleão. A criança vai tomando contato com aspectos seus que ficavam inconscientes e alheios a si, trabalhando para enfraquecê-lo e deixá-lo apagado, sem possibilidade de reagir ou se impor.

Figura. 9.10

Verbalização: - Aí veio um doutor que era doutor porque salvou um rato muito doente, e porque ele tinha a cura. Levaram o ovo para ele, mas o ovo explodiu. (E o que aconteceu quando o ovo explodiu?) Bom, pensavam que era alguém muito mau que estava lá dentro, mas era só uma pessoa normal. Mas quando ele nasceu ele quase não servia para nada.

Intervenção: Falo a ele que ninguém precisava ficar com tanto medo, era só uma pessoa como as outras dentro do ovo... O problema é que ele mesmo achava que não era grande coisa, não servia para nada afinal. Digo-lhe que pensei que o doutor pode ser que seja eu mesma, ou o dentista, alguém que cuida dele. Associando, ele diz que o doutor vai ajudar a salvar o mundo. Ele tinha barba, mas ninguém conseguia cortar sua barba, pois quebrava a tesoura. O doutor era muito forte e sabido.

Título: O doutor.

Interpretação: Esta criança inicialmente não acredita que possa dar conta de suas dificuldades, nem se expor ao outro sem provocar retaliações. Mas o D-E lhe permite abrir-se (o ovo explodiu), tratando com mais profundidade de suas angústias, recolocando-as em cena e começando a elaborá-las. Idealiza a imagem do “doutor” (provavelmente eu mesma) que vai salvar o mundo, pois é muito forte, mas talvez também persecutório, pois trás uma tesoura na mão. Provavelmente é o sentimento que tem também em relação ao odontólogo, que ele teme poder machucá-lo e feri-lo.

Figura. 9.11

Verbalização: - Sabe como era este? Era um espião. Ele enxergava tudo, porque tinha três olhos, e um dos olhos era uma câmera. É este olho aqui que é para ele gravar tudo. (E quem é que ele está espionando?) Está espionando o doutor, porque ele sabe que o doutor vai fazer uma cura. Ele quer ver se o doutor é bom de verdade. (Quer saber se pode confiar no doutor?) É, ele quer saber isso.

Intervenção: Falo que ele está acreditando que conversar sobre o que sente ajuda a entender as coisas e lhe faz bem, embora ainda não tenha tanta certeza disto. Ele continua desenhando e verbalizando. Desenha um pote e diz que ali está a cura, mas tem um segredo: não pode ir rápido demais, e tem outros segredos para poder usar a cura. Diz que, não é nada demais, é

uma cura simples, normal, mas, se ele souber, ele não vai tomar. (Pergunto por que não tomaria?) Responde-me que é porque tem medo.

Título: O espião.

Interpretação: Impressiona-me a capacidade da criança sinalizar-me através dos desenhos e estórias como está o andamento do processo, avisando-me para ir devagar, pois sente medo, mas está acreditando na ajuda. Conta-me que ele também se mantém atento, espionando. Tem intensa angústia persecutória, mas se caminharmos mais devagar poderá continuar.

Figura. 9.12.

Verbalização: - Desenhei uma caverna. Ele pode se esconder aqui se quiser. Se algum mal atacar, ele pensa que é veneno de caveira e não vai tomar a cura. Quer entrar na caverna dos segredos? (Você quer que eu entre?) Acho que sim. Mas não conta pra mais ninguém.

Intervenção: Comento que ele está me contando qual o melhor modo de ajudá-lo. Está podendo confiar em mim. Responde-me que só quem é do bem pode curar e tomar a poção.

Título: A caverna.

Interpretação: O menino continua me falando de seu medo, e da possibilidade de interromper os desenhos e associações se esses extrapolarem sua capacidade de contemplar seu conflito interno. Entrar na caverna significa entrar em contato com seus sentimentos mais profundos. A criança está podendo ter uma experiência de confiança, acessando as forças de vida. O menino diz que eu e ele “somos do bem”.

Síntese do caso:

No início das unidades, essa criança parecia incapaz de se sentir como um ser humano inteiro. Tem uma perda da noção de si mesmo. Aquele que cuida (o doutor) pode também ser ameaçador. Como seus impulsos destrutivos provocam-lhe intensas angústias,

tende a projetar a agressividade no meio ambiente. Tem incertezas em relação à própria imagem e conseqüentemente, em aceitar seu crescimento e assumir-se como pessoa. Embora com dificuldade, através dos desenhos e da verbalização das histórias, vai se aproximando de seu conflito, o que lhe permite articular a realidade interna e externa, de modo que ambas lhe vão parecendo menos assustadoras. Esta criança permitiu que o odontólogo cuidasse dela, demonstrando menos medo. Segundo o relato da profissional que o atende, os ganhos em confiança e a capacidade de enfrentamento das dificuldades têm se mantido.

Caso clínico 10: Eduardo

Entrevista com a mãe

Eduardo é um menino de 12 anos e meio com um irmão de 10 anos. Cursa a sexta série do ensino fundamental. Seus pais são professores secundários. Os pais têm ambos 37 anos. Eduardo nasceu de parto cesárea. A mãe não o amamentou, pois diz ter ficado muito aflita quando o menino nasceu, achando que não daria conta de cuidar de um bebê. Diz que chorou por uma semana toda, mas depois começou a se sentir mais capaz de cuidar de seu filho. A mãe relata que Eduardo foi um bebê muito quietinho, ao contrário de seu irmão que era bastante chorão. Segundo a mãe, o relacionamento entre os irmãos é bom, e ambos gostam muito de brincar um com o outro. Ela se acha muito preocupada com os filhos.

O menino foi sempre excelente aluno, mas seu rendimento escolar vem caindo no último ano. A mãe se queixa de que o menino, que sempre foi comportado, tem se tornado rebelde e desorganizado com as lições, com seu quarto e tem respondido para os pais. A mãe conta-me que sempre teve dificuldade para levá-lo a médicos, para tomar vacina, fazer exames de sangue (ele fica branco e quase desmaia) e principalmente para ir ao odontólogo.

Eduardo necessita retirar um dente decíduo (dente de leite), pois o permanente já está nascendo. O procedimento é bastante simples, mas a criança se recusa a realizá-lo e segundo a mãe, “entra em pânico”. A mãe diz não compreender o motivo dos medos do filho, pois têm uma vida familiar estável e o menino tem tudo que quer. Lembra-se de que o menino necessitou, a pedido médico, uma ressonância magnética, pois tinha dores de cabeça, e também “entrou” em pânico quando o colocaram sob o aparelho de ressonância. A mãe foi chamada para ficar ao seu lado, e com muita dificuldade o exame foi realizado. O menino apresenta também receio de lugares fechados tais como elevadores e tem medo de altura.

A criança não teve doenças de infância e nunca sofreu internações nem cirurgias.

Observação clínica.

Nossa observação clínica de Eduardo é a de um menino quieto, magro e alto para a sua idade, parecendo um pequeno rapazinho. Tem um semblante tristonho e demonstra-se submisso à mãe. Permanece olhando para o chão o tempo todo, como se estivesse sendo repreendido. Acede, porém, com facilidade à possibilidade de desenhar e comunicar-me seu sofrimento. Mostra-se então mais empenhado, o olhar atento e esforça-se no processo.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura. 10.1

Verbalização: - Era uma vez um carinha que foi condenado à forca. Ele não tinha como escapar daquilo e se sentia muito mal. Fico imaginando, quando eu vou a qualquer consultório de médico e dentista que é como ir para um ca... cafalso, como é que se fala? (Cadafalso?) É, um lugar com uma forca. E se me acontecer alguma coisa, minha mãe vai ter um chilique, é capaz até de morrer. E eu não escapo deste lugar.

Intervenção: Falo a ele que, o que assusta, é pensar que o lugar é sem saída. E ele está pensando que ir ao dentista é assim. Não está podendo sentir que é um lugar onde vão cuidar dele, cuidar de sua saúde para ele ficar bem. Sente-se obrigado a ir e então lhe parece mais assustador. Aí a cabecinha vai imaginando coisas terríveis e tudo fica parecendo maior do que realmente é. Surge a idéia de que ele pode morrer e a mãe também. Ele me responde que às vezes faz as coisas parecerem de filme de terror, e aí fica tão real que a sensação é mesmo muito ruim.

Título: A forca.

Interpretação: Eduardo começa a contar a história em terceira pessoa para em seguida narrá-la na primeira pessoa. Apropria-se assim, rapidamente, de suas próprias emoções para poder pensar nelas. Através do desenho consegue transmitir a grande angústia que o atendimento odontopediátrico despertou nele. Conta-me que teme por si mesmo, mas também pelo mal que pode indiretamente causar à sua mãe. Suas angústias são tanto de aniquilamento quanto depressivas.

Figura. 10.2

Verbalização: - Era um menino que queria brincar, mas não conseguia, porque estava desanimado. (Por que estava desanimado?) Porque ele tinha que ir ao médico e ele não gostava nem um pouco de coisas de médico. Ele já sabia que no médico tem injeção. Quando eu vou ao médico me sinto deste jeito, e agora que tem que fazer este negócio na minha boca, eu tenho medo de me arrancarem coisas e eu ficar assim meio seco, vazio. Sempre que alguém fica doente, como meu avô já ficou e eu tenho que entrar num hospital me sinto péssimo. Se eu vejo alguém entrando num pronto socorro, também já fico mal só de pensar o que a pessoa deve estar sentindo. (O que deve estar sentindo?) Doente, fraca, sem forças e amedrontada.

Intervenção: Digo-lhe que este deve ser o seu medo maior, ficar sujeito a tudo aquilo, como se não fosse um cuidado bom para ele. Não pode perceber uma força dentro de si que o faça sentir que continua sendo ele mesmo diante das situações mais difíceis. Procuro fazê-lo perceber que, no entanto, está podendo falar comigo, e contar-me o que sente com toda a sua intensidade, tristeza e verdade.

Interpretação: A necessidade da intervenção odontológica fez Eduardo lançar mão de intensos mecanismos de defesas, com grande inibição de sua personalidade, passando a se sentir frágil, empobrecido, cansado e vulnerável. Não pode ter qualquer autoconfiança em si mesmo, pois mal se visualiza como alguém existente. Seu desenho é de um menino triste que quer brincar e não consegue.

Título: Desanimado

Figura.10.3

Verbalização: - Era uma vez uma pessoa que morreu e foi enterrada. Aqui é ela enterrada. Eu já pensei em como seria morrer de repente. Penso num caminhão na estrada e o caminhão vindo em cima. Tem uma rua, uma passagem e uma pessoa morta no meio da rua, uma coisa como um sopro, assim rápida. (Sim, parece uma imagem muito forte. Ao olhar para o que desenhou o que mais lhe vem à mente?) Vem que eu me sinto uma pessoa sozinha e abandonada. Estou pensando em outro desenho. Posso fazer? Sim.

Título: O morto.

Interpretação: Eduardo vai se aprofundando em suas angústias, que são angústias de morte e sentimentos de abandono. Essas ansiedades pré-existentes se introduziram com redobrada intensidade frente à necessidade do atendimento odontológico. Para ele, os cuidados médicos são sentidos como ameaças à sua integridade física e à própria vida. Sua atitude, porém, apesar da intensidade das emoções, é de alguém que está podendo encará-las de frente e falar sobre elas.

Figura.10.4

Verbalização: - Estou pensando que uma pessoa que morre pode ir para outra dimensão. A minha mãe é mediúnica sabe. Ela diz que as formas de pensamento que você tem é que dizem para que lugar você vai. (Como é isto de formas de pensamento...) Assim: se você tem raiva e maldade, você vai para um lugar ruim, e se você é bom, vai para um lugar bom.

Intervenção: Digo ao menino que todo mundo sente um pouco de raiva às vezes. Tem coisas que nos chateiam, deixam a gente bravo... Pergunto-lhe se não é assim que sente acontecer com ele. Responde-me que sim, mas que não gosta de pensar que vai para um lugar ruim. Nunca pensa. Comento que agora ele está pensando. Ele prossegue dizendo que a pessoa que desenhou no outro desenho vai para um lugar bom. Conta-me que desde pequeno tinha esses ensinamentos que o impressionavam: alma, espiritismo, que o seu espírito pode ir evoluindo. Fala-me também que já leu até sobre a influência dos planetas na vida da gente e que acredita que há espíritos de luz. Pergunto como são estes espíritos e me diz que são eternos e iluminados. Ajudam no sofrimento da humanidade.

Título: As luzes que iluminam.

Interpretação: O que era ignorado e obscuro fica um pouco mais claro. Eduardo pode ver que em seu sistema mental, as atitudes estão separadas rigidamente naquelas que são boas, a serem premiadas, e as que são consideradas más, a serem castigadas. Após minha intervenção, acolhendo o conhecimento de que ninguém é apenas bom ou mau, Eduardo recupera forças de vida que o ajudam a pensar. Vai falando em um final que é bom, com luz, e na possibilidade de ser ajudado em seu sofrimento. Percebe que pode falar de coisas difíceis como a raiva.

Figura.10.5

Verbalização: - Sabe, estou pensando que eu tenho medo, é na hora de enfiar algo dentro da minha boca, pode ir machucando, matando um pedaço e aí eu ficar doente. E eu pensei que sempre tenho medo de falar as coisas e magoar as outras pessoas. Aqui eu me desenhei falando, falando e a outra pessoa chorando. Se eu falo o que penso depois eu me arrependo.

Intervenção: Comento que, se ele só fica com medo de magoar o outro, então não pode ser verdadeiro, e isto o faz ficar longe de si mesmo, de sua força interior. Ele prossegue associando e diz que às vezes tem vontade de esganar alguém, mas logo se arrepende. Como com seu pai e sua mãe quando eles brigam. Às vezes ele ficava no meio dos desentendimentos deles. Mas agora não vai mais fazer mais isto. O problema deles é deles, e os dele são os dele. Diz que vai falar isto para os pais.

Título: Eu e os outros.

Interpretação: Ao contemplar seus sentimentos hostis, e perceber que nada se destruiu, a criança se retoma. O temor ao tratamento odontopediátrico é por senti-lo como possibilidade de punição, ameaça e retaliação por sua raiva contida. Eduardo começa a integrar os sentimentos hostis em si mesmo, podendo este ser o início de um movimento de poder usar a sua agressividade para a criação e construção. Sentir-se verdadeiro, como alguém que tem aspectos bons e ruins que conversam entre si, poderá permitir-lhe enfrentar situações que demandem dele sua presença real, capaz de se relacionar com o outro como alguém real também.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 10.6

Verbalização: - Não sei o que desenhar. (Pode fazer o que quiser, o que lhe vier primeiro à cabeça. Não precisa ficar preocupado). Então vou desenhar um menino e um cavalo. Era uma vez um menino que foi montar num cavalo e ficou com medo. (Medo do que ele teve?) De cair do cavalo, de não conseguir segurar ele, de se desequilibrar.

Intervenção: Digo-lhe que penso que o menino teve medo de perder o controle da situação. Nesse momento ele começa então a falar na primeira pessoa, dizendo-me que foi ao seu sítio e ele próprio subiu num cavalo e entrou em pânico, totalmente desequilibrado, com medo de que o cavalo desembestasse, e começou a gritar que iria cair. Ele me diz que não entende o que aconteceu, pois na bicicleta não tem medo. Pontuo que a bicicleta não é viva, é só ele que comanda, já o cavalo o é. Ele completa dizendo que o cavalo era tão pequeno, na verdade um pônei, e que não deveria ter tido medo dele.

Título: O grande medo.

Interpretação: Embora demonstre uma inibição para iniciar o desenho, Eduardo o faz quando digo para não se preocupar e desenhar o que quiser. Sentindo-se livre, ele aproveita a oportunidade para comunicar seus sentimentos. Após minha primeira intervenção passa a falar de si mesmo, de seus medos e dificuldades, movimentando-se no sentido de admiti-los para si e procurar compreensão.

Figura.10.7

Verbalização: - Uma vez um menino saiu num barco. Era um barco a velas. Ele queria andar de barco, pois o mar estava muito bonito, e ele nunca tinha experimentado como era andar de barco. Mas quando o barco saiu para longe da terra, deu pânico total, e tiveram que voltar. Quando ele viu a terra longe, não conseguiu mais aproveitar o passeio. (Por que a terra estando longe estragou o passeio?) Ele nem conseguia pensar no passeio de tanto medo de não alcançar mais a terra e ficar perdido no mar. Era só medo. Tinha que sair correndo.

Intervenção: Intervenho dizendo que não é muito diferente do que acontece com ele quando vai ao dentista. Ele diz que tenho razão, senta na cadeira do dentista e tem vontade de sair correndo, fugir. Associa dizendo que se o menino saísse correndo do barco ele se afogaria. Falo que a sensação é de não ter saída. Ele concorda e diz que na cadeira do dentista é assim. Acha que se começar a ser tratado não pode interromper, e se sente como se estivesse preso. Conta-me que na última vez em que tentaram atendê-lo ele se desesperou. Pergunto-lhe o que acontece e ele diz que quando tem que ficar imóvel se sente desesperado.

Título: Perdido no mar.

Figura.10.8

Verbalização: - É um avião. Um avião fechado é uma coisa terrível. (Por que é tão terrível?) Por que as pessoas estão lá em cima no ar e não podem fazer nada. Ficam fechadas e não podem sair, porque se sair cai no ar. Parece que você não vai sair nunca daquela caixa. E também dá medo do avião cair mesmo e a gente morrer.

Intervenção: Intervenho dizendo-lhe que, no entanto, o avião que ele fez parece estar voando tranquilo, num céu azul e com o sol brilhando. Ele responde-me que na verdade o pior é que ele gosta muito de passear. Pontuamos que o medo atrapalha seu passeio, as coisas de que gosta de fazer, o impede de ser livre e até de se cuidar no dentista.

Título: Medo de avião.

Interpretação: Através dos desenhos e verbalizações propiciados pelo Procedimento de Desenhos-Estórias, Eduardo pôde aprofundar-se em seu conflito. Percebe que inibe qualquer possibilidade de ser livre e feliz, o passeio a cavalo, de barco, ou as viagens restando apenas pensamentos de desamparo e da morte.

Figura.10.9

Verbalização: - Eu estou desenhando uma criança bem pequena, assustada. Uma criança que vivia sempre doente. E ainda por cima tem que ir no dentista. Essa é uma cadeira de dentista. (Como é a criança está se sentindo nessa cadeira de dentista?) Muito inseguro. Porque uma vez quando eu era pequeno tinha um dentista que maltratava as crianças, e ele arrancou um dente meu e doeu.

Intervenção: Comento que essa experiência deve deixá-lo mesmo inseguro, e que compreendo o que sente, mas as experiências não são sempre iguais. Ele continua associando sobre o desamparo que sente, falando do receio de que o machuquem muito, de que o cortem

e arranquem (ênfatisa a palavra) seu dente, de que ele fique banguela, feio e desdentado. Digo-lhe que se imaginar tudo isso, a situação fica mesmo apavorante. Ele continua me contando da crise de pânico que teve na última consulta, e diz que chega a sonhar com a situação. Quando acordou parecia que sua cabeça tinha inchado, doía e sentia uma batadeira no coração e não conseguia respirar. Intervenho novamente pontuando que é preciso perceber que existe alguém, que é ele mesmo, que está presente nas situações difíceis. Ele é capaz de sentir, de se comunicar com o outro, dizer o que pensa e viver a experiência, usando também suas possibilidades de pensar sobre a situação. E que nós dois estamos fazendo isso juntos. Se pode se comunicar comigo, pode também se comunicar com outras pessoas que cuidam dele, de sua saúde, por exemplo.

Título: Na cadeira do dentista

Interpretação: Desenha-se pequeno e apavorado na cadeira do dentista. Seu medo é o mesmo das unidades anteriores, mas pode falar e aproximar-se de seu conflito, e falar da situação de crise desencadeada pela premência do tratamento odontopediátrico.

Figura. 10.10

Verbalização: - Tinha um menino que não conseguia fazer nada sozinho. Mas depois ele foi melhorando e foi conseguindo. Ele gostava principalmente de jogar bola. Às vezes ele era corajoso e queria falar as coisas ele sentia.

Intervenção: Falo que esse menino tem uma história muito parecida com a dele, e ele dá risada. Continua associando, e me conta que se acha muito dependente de seus pais. Pontuo que por vezes ele pensa que não conta consigo mesmo, imagina que é dependente, sem idéias próprias, e então sobrevém o medo. Por vezes desacredita de si. Eduardo diz que sente que pode ser diferente e às vezes percebe ter coragem, e quer falar tudo que sente. Digo-lhe que

está tendo coragem sim, de falar e encarar as suas dificuldades. E ele comenta que está mais feliz e aliviado.

Título: O menino e a bola.

Interpretação: Muitas vezes me surpreendi ao perceber como o movimento em direção a um sentimento de ter um “si mesmo”, surge de repente nos desenhos, como em um gesto espontâneo e criativo. Para várias das crianças desse estudo, assim como para Eduardo, esse gesto veio através do desenho de uma imagem de si, cheia de vida, resultante da possibilidade de ter se aprofundado em seus conflitos, explorando-os e integrando-os à sua personalidade total.

Síntese do caso:

Eduardo tem um contato frágil consigo mesmo, se dispersa com facilidade, ficando alvo fácil de medos de ser atacado, punido e machucado. Como reprime intensamente sua raiva e agressividade, as angústias paranóides que estavam sob relativo controle são reativadas intensamente na situação de atendimento odontopediátrico. A criança evidencia através dos desenhos e correspondentes verbalizações, que seus temores não são temores pontuais ligados apenas à premência do tratamento odontológico. Estão ligados a angústias mais arcaicas, próximas a um quadro de fobia e pânico, e através da seqüência propiciada pelo D-E, a criança conseguiu nos transmitir seu dinamismo psíquico. O medo de cair do cavalo, o medo de estar na imensidão do mar sem fim, preso dentro de um avião, ou de ficar atado, sem saída, à cadeira do odontólogo, parece-nos um só e mesmo temor de desfazimento de seu ser. Deixando de se sentir inteiro, tudo pode acontecer, surgindo aquilo que Trinca (1977) denomina de “angústia de dissipação do self”. (p.31).

A criança tem um medo constante de se esvair, de cair no vazio, de perder a própria vida. Sente-se indefeso, e por vezes afirma que não se reconhece. São nítidos seus receios de interrupção da continuidade da existência. À medida que pôde conhecer melhor o seu conflito, integrar seus sentimentos hostis em sua personalidade, foi se sentindo mais coeso e capaz de conter e pensar suas vivências. No final do processo mostrou-se um pouco mais confiante na percepção de que possui um eu com o qual pode contar.

Nessas sessões com o Procedimento de Desenhos-Estórias, a criança reorganizou-se para enfrentar o tratamento odontológico, embora, como soubemos, ainda com dificuldades. Seus pais concordaram que a criança se beneficiaria de uma terapia de longa duração.

Caso clínico 11: Yumi

Entrevista com a mãe.

Yumi é uma menina de 11 anos, cursando a 5ª série do ensino fundamental. É uma criança de origem oriental, com um irmão de 9 anos. Seus pais são de nacionalidade japonesa. O pai é economista e tem um comércio e a mãe não trabalha. A mãe veio a uma única entrevista na qual falou pouquíssimo, dizendo ser ela própria uma pessoa insegura e com muitos medos. Tem receio de atendimentos médicos, e teve depressão pós-parto. Relata que se recuperou logo da depressão, e que Yumi foi um bebê bonzinho, que chorava pouco e não dava trabalho, ao contrário de seu irmão, que foi muito chorão e sempre a requisitou muito. Yumi estuda em uma escola rígida, e dedica-se muito aos estudos, parecendo ser uma meta de seus pais que ela se desempenhe bem, tire boas notas e ingresse em uma boa faculdade. Quando as notas não correspondem ao esperado, seus pais costumam puni-la com a suspensão de sua mesada e proibindo-a de sair para brincar com as amigas.

A menina necessita realizar uma cirurgia para retirada de um dente e colocação de aparelho ortodôntico, mas, segundo a mãe, Yumi está apavorada e diz que não irá fazer o atendimento de modo algum, pois teme que este doa muito, tenha muito sangramento e principalmente, que “entre em pânico” no momento de ser atendida.

A criança não teve doenças sérias, nunca passou por internações nem cirurgias.

Observação clínica:

Yumi é uma menina magra, alta e muito bonita. Inicialmente bastante quieta, fala baixinho e parece pouco espontânea. Permanece cabisbaixa enquanto converso com sua mãe, mas concorda com facilidade com o trabalho. Quando iniciamos a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias, torna-se mais falante, revelando ser muito inteligente e perspicaz, e com vontade de utilizar a oportunidade a favor de seu crescimento.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias:

Figura.11.1

Verbalização: - Eu tenho medo de médicos. Minha mãe sempre fala que não dá pra confiar em médico. Ela discute com eles o remédio que deve dar. Acha que eles erram. Ela dá até aulas pra eles. Às vezes para mim está assim: sol, gaivotas, e outras vezes, estou pra baixo. (Como é este para baixo?) É como se eu estivesse numa caixa fechada, essa que eu desenhei, com grades em volta de mim, sem poder me mexer. É bem ruim. Eu não posso dizer que vou ir ao dentista, porque no dia em que eu tiver que ir vou acordar mal, com medo, aquelas imagens horríveis, aquela dor. Não adianta, é uma coisa que eu não vou enfrentar.

Intervenção: Digo para ela que parece que pensa em si mesma como fraquinha para enfrentar as dificuldades. Acha que vai ser dominada e ficar sem controle de nada. Responde-me que quando tem que enfrentar algo mais difícil é como se tudo se fechasse em torno dela. Falo que eu compreendo, mas penso que é em sua cabeça que tudo se fecha, e pergunto-lhe se tem idéia de porque isto acontece. A menina continua associando e diz que tem pavor. (De que?) Tem medo de que a achem uma pessoa má. Diz que quando fica chateada ela é bem ruim. Quando está louca da vida quer gritar, berrar. Fala que tem medo de ser estúpida com as pessoas e aí a maltrataram. Pensa que já vai chegar ao consultório de cara fechada. Insuportável. Comento que posso perceber que está podendo me contar o que sente sem receio de parecer insuportável para mim. Aliás, ressalto, ter vontade de gritar é até bem comum quando as pessoas se chateiam ou estão com medo.

Título: Caixa fechada.

Interpretação: Yumi acessa com facilidade seu conflito: há uma grande angústia expressa no desenho de uma caixa, na qual se sente imobilizada. O que está preso dentro da caixa é sua hostilidade, mas o que resulta dessa defesa é ela mesma sentindo-se também imobilizada, rígida e assustada pela possibilidade de seus impulsos virem à tona e desencadearem

retaliações. Pensa no atendimento odontológico como desorganizador de seu autocontrole. O medo aparece sob a forma de ataque.

Figura. 11.2

Verbalização: - Aqui eu me desenhei com muita braveza e os punhos fechados (Pronta para bater...) É, porque tenho que ir no consultório cuidar dos meus dentes e eu detesto, fico com raiva de ter que fazer isso e sentir esse tipo de coisa. E fico mal por me sentir assim. O dentista quer cortar tudo, arrancar coisas de dentro de mim. É desesperador.

Intervenção: Comento que pensa que o dentista perceberá sua raiva e descontará tudo nela. E o que ela me diz está relacionado com a confiança também. Aqui estamos falando de coisas lá de dentro dela, abrimos a caixinha dos pensamentos. Os pensamentos de braveza e raiva apareceram e nós continuamos bem, podendo falar neles. Ela se lembra que certa vez foi a uma psicóloga que era rígida, batia a mão na mesa, e de que sua mãe falava que ela parecia um capitão. Digo que ela mesma não está gostando de coisas rígidas dentro dela.

Título: De punhos fechados.

Interpretação: A menina receia ser recriminada se não se comportar adequadamente e o seu descontrole vier à tona. Imagina que durante o atendimento odontológico algo terrível e aterrador possa ser posto em movimento e ela não terá recursos para lidar com a ameaça. Enxerga o atendimento como algo que a sujeita e subjuga, e tem medo de que seja campo propício para a descoberta de sua hostilidade e o revide da mesma.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura.11.3

Verbalização: - É uma pessoa presa com correntes. Você vê naqueles filmes, nas prisões, quando maltratam as pessoas, sabe como chama... (Tortura?) -É! Para mim todo médico, dentista, cirurgia é assim!!! Remédios, sangue, tortura.

Intervenção: Aponto-lhe que me parece enorme o seu receio de ser machucada. E que ela imagina que se a outra pessoa percebe que está chateada, esse medo aumenta ainda mais. Responde-me que sim, a pessoa está com a faca e o queijo na mão, como diz sua mãe, e pode se vingar dela. Pergunto se ela não imagina que aquele que vai cuidar dela poderia ser sensível aos seus medos. Ela responde que nunca tinha pensado nisto, mas talvez possa sim.

Título: Acorrentada.

Interpretação: É impressionante a intensidade da angústia mobilizada frente ao atendimento odontológico. Faz pensar que não é possível subestimar o medo que pode ser desencadeado nessa situação. O Procedimento de Desenhos-Estórias é precioso no acesso às angústias de aniquilamento. A menina imagina o tratamento como uma coação à qual tem que se submeter passivamente, sentindo-se como se estivesse acorrentada. Se reagir, pode ser aniquilada.

Figura. 11.4

Verbalização: - Aqui sou eu quando me sinto com raiva, uma agressividade que eu tenho que por pra fora. Me sinto muito feia com raiva. Aqui do lado eu vou desenhar um dente: o dente que eu tenho que tirar. Uma vez eu fui num dentista e eu estava lá quietinha na cadeira, mas eu tinha vontade de bater nele. Ele fez tudo direito, falava baixinho, mas era meio abrutalhado, com a sobrancelha grossa, eu tinha vontade de socar ele. (E agora que pode me contar isto, parece que está mais tranqüila.) -É a primeira vez que conto isto para alguém, a vontade que eu tinha de bater nele. (Dá risada).

Título: Dente raivoso.

Interpretação: Nessa unidade a menina continua aprofundando-se em seu conflito, entre ser ela mesma, ou permanecer passiva e controlada. Pensa que só pode ser aceita se for passiva, pois confunde movimentos de força e energia própria com destrutividade. Com isso costuma inibir a expressão mais espontânea de si. Mas no final das associações pôde brincar e rir.

Figura. 11.5

Verbalização: -Vou desenhar o dentista que me deu medo uma vez que eu fui. Ele era assim: a sobrancelha grossa, cara de bravo e nada simpático. Sabe, quando eu tinha uns três anos eu saí correndo da cadeira do dentista. Deve ter sido engraçado, todo mundo correndo atrás de mim. Quando estou lá, eu tenho vontade de quebrar todos os aparelhos!!! Claro que eu não vou fazer isto né, só estou contando para você.

Intervenção: Digo para Yumi que as ameaças, os receios, os temores, parecem vir de dentro dela mesma, mas que agora ela começa a poder lutar contra este inimigo. Comento que pôde contar seus sentimentos para mim e até mesmo rir no final. Ela associa que talvez o dentista que ela desenhou nem fosse tão bravo assim. Ela é que tinha muito medo.

Título: O dentista bravo

Interpretação: Nesta unidade a menina coloca sua própria rigidez na figura do profissional que desenha. Mas começa a combater seus receios com vontade própria ao olhar para eles de frente. Reconhece que projeta no outro sua agressividade, o que a faz sentir-se fragilizada. Lembra-se de um movimento espontâneo aos três anos e, mais descontraída, acha graça nele.

Figura.11.6

Verbalização: - Puxa, agora senti um alívio. Estou me sentindo mais leve. Olha esta aqui sou eu com os braços para cima, assim mais solta.

Intervenção: Digo-lhe que essa é ela mais alegre e viva. Não há apenas a Yumi com receios e que se sente presa. Essa que ela desenhou agora é uma menina que está se sentindo mais forte e mais livre.

Título: Leveza.

Interpretação: Através da admissão de suas angústias e da busca de elaboração de seus conflitos. Yumi recupera seu dinamismo e vigor interno. Percebe-se mais viva, e só assim poderá lidar com a situação do atendimento odontológico sem senti-la como uma ameaça ou submetimento.

Síntese do caso:

Yumi é educada para ser certinha, educada, uma boa aluna e apresentar um bom rendimento escolar. Receia ser recriminada se não se comportar adequadamente, e nesse cenário o tratamento odontológico veio se inserir como elemento disruptor de um equilíbrio que já era frágil. A menina o sentiu como passível de tirá-la de sua boa conduta, e revelar que ela também possui impulsos hostis que zela para ocultar. Penso que essa menina aproveitou a possibilidade das consultas com o Procedimento de Desenhos-Estórias para se olhar mais

verdadeiramente e integrar sua agressividade. Demonstrou possuir recursos internos para canalizar a agressão para movimentos construtivos: consegue rir e brincar nas últimas unidades. O Procedimento de Desenhos-Estórias foi, em nosso entendimento, o propiciador do aprofundamento que ela realizou em sua realidade psíquica. Yumi pôde reorganizar seu mundo interno para enfrentar o atendimento odontológico com mais tranquilidade, e pensamos que esta reorganização ultrapassou a questão focal que se apresentava no momento de crise.

Caso clínico 12: Renan

Entrevista com a mãe

Renan é um menino de 12 anos, cursando a 6ª série do ensino fundamental. Possui uma irmã bem mais velha, de 20 anos. Sua mãe tem 40 anos, e seu pai 45. A mãe trabalha como oficial de justiça e seu pai é advogado.

Sua mãe relata que Renan foi um bebê extremamente bonzinho e um menino muito afável. Foi amamentado até os seis meses ao seio e quase não chorava.

A mãe acha que sempre o protegeu bastante, devido à diferença de idade em relação à sua irmã, e ultimamente ele tem se mostrado muito medroso: só dorme com as luzes acesas, tem receio de ir ao sítio onde passam o final de semana, tem muito medo de ser assaltado, de ficar em casa sozinho, de consultas médicas e receio de ir ao dentista.

Renan necessita retirar dois dentes para colocação de aparelho ortodôntico, e sua mãe já esteve com ele em vários profissionais, mas segundo ela, o menino “entra em pânico” e começa a chorar logo no início da consulta. A mãe acha que é bobagem dele, pois “a irmã que foi criada igual a ele sempre foi muito corajosa, toma anestesia sem receio algum”. Ela acha que o menino “puxou” o pai, que é “mais covarde”. Distanciada das emoções do filho, chega a ridicularizá-las, sendo incapaz de reconhecer seu sofrimento psíquico.

O menino se dá muito bem com o pai, segundo o relato da mãe. Ela acha que eles se entendem porque o pai é um pouco medroso como ele. Segundo a mãe, ambos são muito parecidos. A mãe descreve o pai como uma pessoa com muitos receios e conta-me que já foi tratado e medicado para síndrome do pânico.

Renan nunca realizou cirurgias de grande porte. Fez uma extração de um dente de leite aos seis anos que parece tê-lo assustado. Nunca foi internado.

Observação clínica:

Renan é um menino magro, cabisbaixo, que parece ter receio de que a mãe diga algo que o envergonhe. Não diz uma só palavra enquanto está junto dela, como se não fosse colaborar comigo. A mãe comenta que ele não quis se arrumar para vir ao consultório e chegou de chinelo, motivo de grande protesto dela durante a entrevista. Quando essa se retira do consultório, o menino muda de atitude, passando a conversar e colaborar, mostrando-se mais sorridente e capaz de fazer vínculos. Renan demonstra ser uma criança sensível e inteligente e fala numa linguagem adulta para sua idade.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 12.1

Verbalização: - Ah, está horrível, não sei o que fazer. Não desenho nada bem. (Por que pensa que está horrível?) Porque eu não sei o que desenhar, sou inseguro sabe. Sempre fico com dúvida das coisas. (Poderia me contar uma história sobre o seu desenho?) Estou pensando na paz. Era uma vez a pomba da paz. Mas faltava algo nela. Ela tinha perdido alguma coisa. (Acha que este desenho tem alguma relação com o tratamento que terá que fazer em sua boca e com o medo que tem sentido?) Bem, é uma pomba feita de duas mãos, uma para cada lado. Na verdade eu quis fazer um desenho mais parecido com a alma, mas falta um dedo nela.

Intervenção: Digo-lhe que pode expressar como se sente: parece que lhe falta alguma coisa que lhe dê segurança para enfrentar os momentos que pensa serem mais difíceis e que exigem mais dele. Renan responde que está muito feliz por estar conversando comigo. Digo-lhe que deve ser porque está vendo uma possibilidade de ser ele mesmo, falar bem do fundo de si. Ele concorda.

Título: A pomba da paz.

Interpretação: Esse menino tem grande capacidade de aproximar-se de sua realidade psíquica e a aproveita desde a primeira unidade. A criança fala do seu desejo de paz, mas tem a percepção de uma amputação (Penso que pode estar se referindo àquilo que reprime em si, a favor do bom relacionamento com o outro). Pode perceber que há uma ausência de si em si mesmo: uma alma, à qual falta uma parte.

Figura.12.2

Verbalização: - Era uma vez um menino que não era feliz do jeito que ele era. Achava que todo mundo olhava ele. Ficava sempre pensando que observavam ele, e aí dava vergonha de fazer as coisas. Mas ele não sabia se observavam mesmo ou era coisa da cabeça dele.

Intervenção: Digo para Renan que ele está percebendo que pode ser bem sincero comigo dizendo o que ele sente. Se pensa que é julgado o tempo todo não pode se sentir sendo ele mesmo. E então tudo parece mais assustador, pois ele pensa que não está existindo de verdade. Ele concorda e reflete que é por isso que ele se apavora diante da cirurgia do dente. Diz que quer tirar o dente, sabe que precisa, mas não enfrenta. Fala que é como num filme de terror, que a gente quer assistir, mas tem medo. Respondo-lhe que eu entendo o que está me comunicando: que há um lado seu pensando que quer e pode dar conta de enfrentamentos e o outro lado dizendo que não.

Título: Indecisão

Interpretação: Nessa unidade a criança explicita com plasticidade através do desenho, o mecanismo de defesa de que lança mão diante de suas angústias: a cisão. Percebe que o que resulta desse processo é que ele mesmo se sente frágil e indeciso. Renan se invalida com facilidade. Diante das dificuldades tende a pensar que é fraco, e cai num sistema mental em

que tudo pode acontecer, qualquer fatalidade, perigo ou catástrofe. A perspectiva do atendimento odontológico reativou dinâmicas emocionais primitivas que puderam ser acessadas pela sequência das unidades do D-E.

Figura.12.3

Verbalização: - Tinha uma noite que era muito assustadora. Era muita solidão. Com fantasmas e assombrações que deixavam as pessoas apavoradas. E tinha também outra noite com estrelas e lua, onde as pessoas podiam olhar para o céu e se sentir bem felizes. Eu li que num determinado país é sempre noite. Deve ser horrível. (Porque a noite é tão terrível?) Porque sinto medo de ficar sozinho, de desaparecer na noite. Pra dormir preciso ligar a televisão para ouvir as vozes, ouvir algum som. Se houvesse um país em que fosse sempre de dia, eu gostaria de morar nele... Sabe, agora pensei uma coisa de repente: que a noite tem também estrelas que são belas. E tem a lua.

Intervenção: Pontuo para Renan que novamente está podendo expressar com liberdade como ele mesmo se sente. Que por vezes se sente num escuro que o assusta, e em outras situações pode ver a beleza da noite, quando dentro de si mesmo as coisas estão mais tranquilas e ele sente que pode contar consigo. O menino responde-me que sim, que pensando bem a noite é bonita, porque tem estrelas e a lua, as pessoas é que falam de coisas sobre a noite, falam que aparecem ladrões e então ele fica assustado. Se tirar o que as pessoas falam, a noite não é tão assustadora assim. Digo-lhe que ele está percebendo que quando se aproxima de seus próprios pensamentos, pode ver beleza nas coisas que estão à volta dele, ao invés de ficar só sentindo medo.

Título: As duas faces da noite.

Interpretação: O mecanismo de cisão permanece presente nessa unidade, em que o menino expressa também suas angústias de morte, nas fantasias de desaparecer na noite e dissolver-se

na escuridão. São angústias de dissipação do self. (Trinca,W.,1997).Coloca constantemente em dúvida, sente-se débil e impotente, e tudo em volta se torna perigoso ou turbulento. Ele vê seu próprio contorno emocional como impreciso e desse modo não conta consigo nas situações difíceis em que precisaria senti sua força interna. Nestas condições sente-se enfraquecido e desprotegido. Podendo ter a coragem de encarar seus medos, sente-se mais forte e verifica que há também coisas vivas e bonitas para serem usufruídas.

Figura.12.4

Verbalização: - Começa esta estória com uma pessoa que era chata que só ficava criticando os outros. Mas aí uma pessoa legal acaba conquistando a pessoa chata, que só ficava apontando os erros. Tem gente que só julga os outros. E uma outra pode ser assim, sem braço, sem perna, sem nada, e ser legal. Foi isso que aconteceu nessa estória. As duas pessoas se uniram e deram as mãos e ficaram amigas.

Intervenção: Interpreto para ele, que a pessoa chata que fica criticando às vezes está dentro da cabeça da gente. Mas, agora, ele está sentindo que pode ser seu próprio amigo ao invés de se criticar e de se achar incapaz, sem braços e sem pernas.

Título: O antes e o depois.

Interpretação: Desenho após desenho, verbalização após verbalização, a criança vai adquirindo maior compreensão de seu mundo psíquico, integrando seus aspectos amorosos e hostis, num movimento contínuo, que tem retrocessos e avanços, mas que é de todo modo um processo de construção e elaborações.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura.12.5

Verbalização: - É uma estória assustadora. Eu desenhei um lugar terrível, este aqui é o diabo, alguém muito mau. Era uma vez um lugar que todas as pessoas tinham medo. Aqui são as labaredas do inferno. É o jeito que eu sinto que é ir no dentista, mexer na minha boca, a injeção, me dá muito medo. (Em que mais te faz pensar este medo?) No inferno, que sou eu sozinho, no meio do fogo, sentindo dor. E carente.

Intervenção: Digo-lhe que compreendo que são sentimentos muito intensos e até mesmo amedrontadores esses que ele me transmite. Estes sentimentos dentro dele é que são o próprio inferno. Pergunto-lhe o que teme que possa acontecer. Ele diz que pode enlouquecer.

Título: Inferno.

Interpretação: Nessa unidade há projeção e deslocamento dos impulsos hostis para a figura do diabo e a imagem de um lugar terrível: o inferno. A criança pôde comunicar a intensidade de sua angústia, e seu enorme desamparo. O receio é de ficar sujeito a angústias inimagináveis. Ao lado de angústias persecutórias, há as de aniquilamento e morte, que ele expressa nas enormes labaredas.

Figura. 12.6

Verbalização: - Era uma vez um lugar bonito que era o céu. E um lugar horrível que era o inferno, onde iam as pessoas más. Aqui nas nuvens é o meu avô, minha tia, e meu tio que já morreram. Quando eu for para o céu quero encontrar todos eles lá. Eu queria estar junto deles. Aqui embaixo sou eu sozinho, no meio do fogo. Na solidão. No céu está todo mundo. Eu não sei como é a solidão por isso tenho tanto medo. (Como imagina que seja esta solidão que te assusta? Um vazio?) Bom, não sei. Deixa eu pensar...Na escola eu já me senti assim, sozinho. Foi bem ruim. Em casa eu posso me trancar no quarto, mas sei que está todo mundo lá fora. Acho que sozinho é assim: tristeza, medo, ninguém para ajudar, eu desesperado e enlouquecendo. No dentista também tenho medo de ficar assim. Como eu me desenhei aqui: no fogo do inferno.

Intervenção: Comento que penso que ele sente que não tem a si mesmo para contar quando está sozinho. Por esse motivo fica tão assustado. Está numa situação difícil, no meio do fogo, mas vejo que há alguém ali em seu desenho, embora bem pequenino e essa pessoa também está junto comigo procurando pensar em suas dificuldades.

Título: O medo.

Interpretação: Diante da situação extremamente angustiante, a criança desenha lugares idealmente bons (o céu), contrapostos aos ruins (o inferno). O inferno representa também castigo por ele mesmo não ser perfeito e ter aspectos maus, merecedores de punição. Precisa ser obediente e não contrariar ninguém para sentir-se seguro. Os familiares falecidos são tidos como protetores e perfeitos, objetos idealizados. Não sentindo ter contenção interna, busca a contenção externa na família, presente ou ausente.

Figura. 12.7

Verbalização: - Isso é uma boca. (A agulha é maior que a própria boca?). É enorme. Mas o pior é que é uma coisa agressiva. Tem que entrar no osso que é muito duro. Por isso eu me desespero e grito... Fico assustado. Porque machuca demais. (O que mais te assusta é o medo da dor?) É porque eles vão enfiar a agulha dentro do osso, e ele é muito duro então dói demais. E depois vem uma faca que corta.

Intervenção: Nesse momento vejo a necessidade de esclarecer para ele um dado da realidade, que na verdade a anestesia não é dentro do osso, mas na mucosa, uma região mais mole. E também que não se usa uma faca. Ele pergunta se tenho certeza que não é faca. Digo-lhe que sim. Ele me conta que nas outras vezes em que tomou anestesia doeu demais. Então lhe pareceu muito ruim, como se furasse uma coisa dura e tivessem que fazer muita força. Pergunto-lhe se já pensou que pode ter uma experiência diferente, uma experiência de confiança e de se sentir cuidado. Ele responde que talvez sim. Nunca tinha pensado nisso.

Título: O pânico.

Interpretação: A exposição das angústias e sua compreensão obtida nas unidades anteriores permitiram à criança falar diretamente da situação de angústia situacional ligada à intervenção odontológica. As ameaças punitivas por sua hostilidade, por desejos de separação e independência surgem nessa unidade com extrema clareza. O atendimento odontológico é sentido como verdadeira tortura: uma agulha que penetra em uma superfície rígida, causando grande dor. A criança demonstra medo de ataques que se condensam em torno da anestesia, injeções, bisturi, fantasticamente investidos como capazes de retaliação por seus aspectos maus. Tivemos que caminhar nessa unidade entre realidade e fantasias de ataque e punição, entre o sentimento de se sentir ameaçado e a possibilidade de ser cuidado.

Figura. 12.8

Verbalização: -Esse desenho é como eu gostaria de ser: livre, voando pra a liberdade. Eu não estou feliz como sou. Acho que todo mundo está me observando. Sei que é coisa da minha cabeça, ninguém tá observando, mas não me sinto livre. Como nessa cirurgia. Eu quero fazer, mas eu tenho medo, mesmo depois de falarmos que não é anestesia no osso, que pode ser diferente, não sei acho que o negócio é comigo... (Me fale desse “negócio com você”. Como você o sente?) - Sinto como quando a gente tá vendo um filme de terror, que você quer ver, mas ao mesmo tempo não quer. Então você olha, depois esconde a cara, mas fica com vontade de olhar de novo.

Intervenção: Digo-lhe que parece ser dentro dele mesmo está começando a olhar, e sente um pouco de medo, mas mesmo assim estamos caminhando nessa direção. Ele prossegue associando e dizendo que está achando legal conversar comigo, que eu o estou ajudando a colocar cada sentimento em seu lugar.

Título: Vôo para a liberdade.

Interpretação: A liberdade à qual Renan se refere é a de poder falar de seu conflito interno. Percebe que não se sente livre e independente, mas reconhece o desejo de sê-lo. O menino tem uma divisão interna quanto aos benefícios e necessidades de crescer, se fortalecer, ou manter-se fraco e aderido ao outro. A possibilidade de ser anestesiado e a necessidade de remoção de seu dente mobilizaram sentimentos profundos. Esses o fazem sentir a situação do atendimento odontopediátrico como cenário para represália pelo que pensa serem aspectos ruins e inadequados em si.

Figura. 12.9

Verbalização: -Bem, esse aqui sou eu, no meio do mato, descansando e tomando um sorvete. E esses são uns bichos. Sabe, eu adoro bichos. Até já pensei em ser veterinário, se não tivesse esse medo de injeção e essas coisas que te contei. Gosto muito de meu gatinho. Ele é marrom e bem grande, e também muito carinhoso e amigo. Não gosto só de gatos, mas de todos os animais e da natureza. Acho que vou mesmo ser veterinário.

Intervenção: Assinalo para ele que parece que está podendo me falar dele mesmo e faço-o prestar atenção em como houve uma mudança em seu modo de olhar as coisas. Ele me responde que de repente sentiu-se mais feliz e forte, pensando nas coisas de que gosta. Ele me fala também que, se sentindo assim, pode ser que consiga até ser corajoso para tomar a anestesia e retirar o dente.

Título: O descanso.

Interpretação: O aprofundamento no material do D-E permitiu uma abrangência rica dos dinamismos psíquicos desta criança. Ao aproximar-se de seu mundo interno, ele verifica que é alguém real, que tem interesses próprios e está ligado à vida e não ao terror e à morte.

Síntese do caso:

Renan sente insegurança e medos. Teme castigos se não estiver sendo bonzinho ou se opuser ao ambiente. Tem uma imagem de si mesmo desvalida e fragilizada, refletindo-se em uma baixa auto-estima. O medo que tem do tratamento odontológico é de perda do controle sobre sua própria mente. Acha que podem acontecer coisas terríveis perante as quais não sente possuir qualquer condição de fazer frente. Se não está aderido a alguém, sente-se só, preso no fogo do inferno, como ele verbaliza: uma situação apavorante, para a qual não vê saída. Imagina que a situação da cirurgia odontológica o remeterá a essa condição de desamparo profundo. Com seu self enfraquecido, tem dificuldade em se integrar e prefere se afastar de experiências difíceis que temem pô-lo à prova. Ao poder perceber paulatinamente a sua existência psíquica, com seus conflitos e angústias, foi se reconhecendo como alguém capaz de ter experiências consigo mesmo de existência. Assim, sentiu-se menos fraco e desamparado. Soubemos que o menino conseguiu realizar a cirurgia odontológica sem sedação ou anestesia geral.

Caso clínico 13: Tatiana

Entrevista com a mãe:

Tatiana tem 13 anos, está na sétima série e é filha única. Seus pais têm ambos 43 anos. A mãe não trabalha, e o pai é corretor de imóveis. Na entrevista com a mãe, essa relata que Tatiana nasceu de parto normal, não tendo sido amamentada ao seio. Foi um bebê que chorou bastante, pois teve infecções repetitivas de ouvido e garganta. A mãe, por esse motivo, a mantinha sempre muito agasalhada e ficava extremamente preocupada com a saúde física da menina. O pai, segundo a mãe, é amoroso com a filha, e a família é estável. As preocupações da mãe parecem girar sempre em torno de doenças. Tem receio de que um simples resfriado se torne uma pneumonia ou de que o tratamento odontológico possa transmitir hepatite ou até aids.

A família hoje está bem financeiramente, mas já tiveram dificuldades, precisando morar em um apartamento de apenas um quarto, onde a menina não tinha um lugar só seu, precisando dormir no corredor. Uma tia mais abonada presenteava a menina com jóias e roupas. A mãe engravidou de gêmeos quando Tatiana tinha dois anos e fez um aborto, pois não desejava mais filhos. A mãe contou o fato para a menina quando essa tinha aproximadamente 10 anos, dizendo que hoje se arrepende amargamente por não ter tido estes filhos. A mãe teme ter prejudicado a menina ao lhe contar esse fato de sua vida.

Tatiana nunca foi internada, fez cirurgia para retirada das amídalas, e não teve doenças contagiosas infantis.

Observação clínica e entrevista com Tatiana:

Tatiana é uma menina bonita, bem arrumada, que se expressa com facilidade, parecendo mais velha do que seus 13 anos. Pinta o rosto de modo exagerado para a sua idade. Pensa ser uma adolescente precoce, pois diz que ao mesmo tempo em que brinca de boneca, já quer namorar. Pensa que sua mãe a protege demais, com medo de que fique doente ou se machuque. Diz que por outro lado lhe dá liberdade para sair e namorar. Segundo a menina o problema de sua mãe é o receio que tem de que a filha fique doente, caia ou seja mordida por cachorros (os quais a própria mãe teme muito).

Tatiana acha-se uma menina ajuizada, que aconselha suas amigas. Conta-me que estas sempre a procuram quando têm algum problema. Diz que ela mesma também tem muito medo de bichos, de cachorros e gatos. Sente-se mal quando alguém fala sobre o nascimento de

animais, acha que sente nojo. Tatiana me diz que é como se fosse feio dizer que um animal deu “cria”. Diz que fica deprimida quando está sozinha, como se estivesse vazia. Fala-me também que se acha burra. Conta-me que se sente sem importância.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 13.1

Verbalização: - Aqui no desenho era uma pessoa com as mãos na cabeça. (O que a pessoa está fazendo com as mãos?) Está colocando a mão na cabeça porque precisa ir embora, e está gritando: socorro. Está desesperada. (Como é estar desesperada?) É terrível, vontade de sair gritando. Sabe, eu tenho medo e me saboto. Saboto tudo, esse tratamento no dentista também. Então não deixo minha mãe me levar. Já faz tempo que faço isso. Me paralisa de medo, me deixa sem ação, me deixa com depressão. Não tenho vontade de fazer as coisas, nem minha lição. Não tenho disposição para nada. Sem energia.

Intervenção: Digo que toda a energia dela fica ali, nos pensamentos de medo e desespero. Ao que ela responde que deve ser isso mesmo, sente-se bloqueada em relação a tudo que precisa fazer. Diz também que no fundo sabe que é uma pessoa cheia de vida, que gosta de bater papo, de conversar com amigos. Mas nem sempre consegue sentir-se assim.

Título: Pessoa com as mãos na cabeça.

Interpretação: Tatiana tem consciência de que existe um mecanismo que faz parte dela mesma, que é responsável por limitá-la. Fala-me de dois lados seus: o que se sente vazio e se desespera, e um lado que tem vida.

Figura. 13.2.

Verbalização: - É uma estória assim: uma vez fez um redemoinho, uma confusão, uma coisa confusa que as pessoas não conseguiam sair dela. Assustou todas as pessoas da terra. Pensaram que elas iam morrer. Ficaram assustadas demais.

Intervenção: Digo-lhe que penso que em sua cabecinha ela não consegue separar o que é a confusão e o que é ela mesma. A menina prossegue associando e diz que é um tumulto dentro dela. Diz que acha que não há o que fazer já que às vezes se sente fraca. Fala que queria ser mais forte. Pergunto o que a impede. Ela me responde que é o seu medo.

Título: O redemoinho.

Interpretação: Tatiana, ao se sentir acolhida, tem facilidade para acessar seu conflito. A confusão vem da desconexão com o seu ser verdadeiro, tumulto que ela representa plasticamente no desenho de um redemoinho, algo que a leva de roldão. Tem receio de que a situação da odontologia a coloque no vértice psíquico de descontrole e da confusão.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 13.3

Verbalização: -Era uma vez uma menina que foi amarrada e amordaçada Puseram um esparadrapo na sua boca. (Muito sofrimento não é? Em que mais te faz pensar?) Que é assim que vou me sentir lá na cadeira do dentista: presa, amarrada. Sempre me passaram medo: não pode isso, não pode nadar que vai se afogar, não pode subir no muro que cai Cuidado com isso, cuidado com aquilo. Me sinto amarrada, podada.(Parece que também não pode se comunicar, não pode falar o que sente, não é?) É, porque tem um esparadrapo na minha boca.

Intervenção: Procuro fazê-la perceber que agora está podendo pensar nas emoções que sente que a tolhem e está podendo comunicá-las para mim. Nesse momento está tentando tirar o esparadrapo de sua boca. Vejo que pode também falar naquilo que a impede de estar na cadeira do dentista, e qual é o sentimento de estar lá.

Título: Pessoa amarrada.

Interpretação: Parece que o receio de Tatiana é o de ficar submetida e impotente diante de forças que a deixam inerte, sem fala e sem movimento. Situações precedentes de muita angústia parecem ter se intensificado pela expectativa do atendimento odontológico, e ela expressa com plasticidade através do desenho, o que esse tratamento representa para ela.

Figura.13.4

Verbalização: - Era uma menina que era meio anjinho e meio diabinha. E ela não sabia se gostavam dela. Estou pensando que ninguém é só uma coisa ou só outra. Metade presta, metade não presta, metade é gente ruim, metade é gente boa. Metade da gente é anjinho, metade é diabo. Mas o problema é que eu acredito na lei do retorno. (Pode me explicar melhor esta lei?) É assim: tem uma ação e tem uma reação: se você é má vai ser punida. Eu tento não ter inveja, não ter raiva. Em certos momentos de ruindade eu tenho vontade de abandonar meus pais, mas aí eu tento não sentir nada disso.

Intervenção: Aponto-lhe que segundo essa lei, ela teria que ser perfeita. Só que ninguém é assim. Às vezes a gente sente raiva, chateação, isto é comum ao ser humano. Ela associa dizendo que sente raiva da sua mãe quando esta a obriga a fazer coisas que não quer. Como, por exemplo, se agasalhar demais quando não sente frio, ou tomar vitaminas para não ficar resfriada. Em seguida compreende e me comunica que talvez não seja uma pessoa tão ruim assim, apesar da raiva que por vezes sente.

Título: As duas metades.

Interpretação: Nessa unidade Tatiana tira as amarras de sua boca e braços. Aproxima-se daquilo que a faz sentir-se com medo de ser agredida: seus próprios sentimentos hostis que precisa reprimir com receio de que retornem sobre si mesma. Pôde verbalizar também uma oposição à figura materna. Reapareceram para serem elaboradas, angústias primitivas que se encontravam sob controle, à custa da contenção da hostilidade e da perda da espontaneidade pessoal.

Figura. 13.5

Verbalização: - Agora a estória é legal: era uma vez uma menina muito feliz. Ela gostava de passear, ter amigos e viajar. Uma coisa que eu gosto muito é de viajar. Minha família me chama de Helmanns, dizem que eu viajo na maionese!!! Sabe aqueles desenhos animados em que você está feliz e tudo brilhando à sua volta, é assim que estou me sentindo.

Intervenção: Aponto-lho que estar feliz é algo que está ali dentro dela também, apesar de todas as suas preocupações. Ela prossegue nas associações e me diz que, no entanto, acha que jamais viajaria sozinha, tem receio e timidez para fazer amizades. Não sabe se é orgulho de ter que se demonstrar boazinha, para fazer amigos, e perceberem que ela está carente. Mas comenta que ficou bem minha amiga. Digo que ficou sim. E pergunto o que acha. Ela responde que eu me importo com ela e então ela sentiu que podia se mostrar do seu jeito.

Título: Viajando feliz.

Síntese do caso:

Tatiana tem como ansiedade predominante o receio de se sentir impotente ou perder completamente o controle diante de situações difíceis. Tem fantasias de paralisação e de imobilidade que são exacerbadas diante da possibilidade de estar numa cadeira odontológica. Nela, imagina que necessita ficar sem se mexer, numa situação de submissão, emblemática de um sentimento de impotência, retratado plasticamente no segundo desenho. Estão subjacentes ansiedades persecutórias: o receio de que, ao sentir raiva, essa se voltará contra ela: aquilo que ela chamou, com aguçada capacidade de percepção, de lei do retorno.

Possui, no entanto, boa capacidade de simbolização e vontade de chegar ao centro de seus conflitos e libertar-se deles. Empenhou-se em fazer contato comigo, entender seus impedimentos e superá-los. O movimento de liberdade surgiu com toda expressividade em seu último desenho. Soubemos que Tatiana pôde realizar o tratamento odontológico, sentindo-se mais capaz de enfrentar esta situação de crise.

CASO CLÍNICO 14: BENITO

Entrevista com a mãe:

Benito é um menino de 11 anos e meio, com uma irmã dois anos mais velha que ele. Sua mãe diz que é um menino muito bom, obediente, um aluno de desempenho escolar médio, mas que tem poucos amigos. Segundo a mãe, o menino não gosta de brincadeiras de moleque, nem de jogar futebol, ou qualquer outro esporte que requeira certo grau de agressividade. Seu pai trabalha muito, pois é gerente de uma rede de drogarias, e quando chega em casa o menino já está dormindo, ficando a convivência restrita aos finais de semana.

Benito nasceu de parto normal, tendo sido amamentado por seis meses, e segundo a mãe teve muitas cólicas. Por este motivo foi um bebê que chorou muito. A mãe acha que o mima muito, que ele é uma criança dependente demais, que quer tudo na mão.

A criança passou por tratamentos odontológicos anteriores, mas sempre teve dificuldade em realizá-los, e hoje recusa o atendimento. Sua mãe diz não compreender o medo que o menino tem do dentista. Chega a ironizá-lo dizendo que é um bobão, que está lhe dando muita “dor de cabeça” com esta bobagem, e que ela não sabe mais o que fazer. Já o levou a

vários profissionais diferentes, mas no momento de iniciar o atendimento odontológico o menino começa a suar, chorar e desesperar-se, e deste modo os profissionais não conseguem atendê-lo. O menino apresenta alguns outros medos: de piscina, de animais voadores, de ser mordido por cães e de ficar só.

O menino nunca sofreu internações nem cirurgias e não teve doenças infantis.

Observação clínica:

Benito é um menino moreno, magro e cabisbaixo, aparentando muito menos idade do que tem realmente. Denota muita timidez. Fala baixinho, sempre sorrindo e procurando parecer educado. Eu lhe explico que ele irá desenhar e contar histórias e que isto poderá ajudá-lo em sua dificuldade. Ele me diz que gosta muito de desenhar, e também de conversar. Mostra-se simpático e solícito para realizar o trabalho.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 14.1.

Verbalização: - Posso começar pelo título? (Pode sim) É infantilidade. É sobre um menino com medo de animais. Tem medo que os animais mordam ele. Esse menino era infantil e ao mesmo tempo responsável. Eu também sou um pouco assim. Sou muito medroso. Tenho medo de um montão de coisas, de bichos, de piscina. (Por que se sente assim?) Porque eu quero que meus pais me ajudem e resolvam as coisas pra mim e eu mesmo é que poderia resolver.

Intervenção: Digo-lhe que me parece que ele mesmo está tentando resolver seus problemas agora. Está procurando conversar sobre seus sentimentos e nisto não está sendo infantil nem medroso, ao contrário, vejo que está sendo corajoso. Ser corajoso às vezes é poder olhar de frente aquilo que nos assusta.

Título: Infância

Interpretação: A criança aceita com facilidade a ajuda que lhe é possibilitada e parece ter necessidade de encarar seus conflitos, mostrando-me seus medos e dificuldades em assumir independência e autonomia. Nessa primeira unidade de produção, a figura do menino no desenho denota tristeza. Parece expressar seu descontentamento com a posição atual em que se encontra e o desejo de modificá-la.

Figura.14.2

Verbalização: - Era uma vez um lugar onde tinha coisas horríveis. Um lugar onde tinha uma agulha de anestesia que ia furar. E a anestesia deixava quem tomava ela bem tonto e dopado. Nesse lugar também tinha um bisturi que servia para cortar e tirar sangue. Dava muito medo o bisturi. E também tinha um alicate para arrancar o dente. Eram coisas horrorosas, que ninguém queria nem olhar. Na cadeira a pessoa ficava deitada e parecia como se estivesse morta.

Intervenção: Digo-lhe que, vistas do modo como ele coloca, parecem mesmo coisas assustadoras e que entendo que está procurando me mostrar como ele mesmo se sente diante da situação de ter que ir cuidar de seus dentes. Mas que ele desenhou só os instrumentos. Não há as pessoas ali, que podem usar os instrumentos de modo a cuidar e a ajudar. Nem ele mesmo se sente presente na situação (diz que anestesia deixa tonto, dopado, quase como morto). Isso tudo faz aumentar o medo, pois se não está se sentindo presente, então parece que tudo de ruim pode acontecer.

Título: Horrores.

Interpretação: Esse menino demonstra um medo intenso de ataques que se condensam em torno do atendimento odontológico. A anestesia, a injeção, o bisturi, são fantasisticamente investidos, de modo a se tornarem instrumentos capazes de retaliação e castigo. São para ele objetos que cortam, dilaceram e machucam. A necessidade do atendimento intensificou fatores

emocionais pré-existentes em sua personalidade. Tais fatores ressurgem com grande intensidade gerando muito medo. No primeiro desenho a criança expôs seu receio de ser atacado por animais, e na segunda unidade o medo se estrutura em torno da situação odontológica.

Figura. 14.3.

Verbalização: - É uma boca banguela e caindo sangue. Aqui são as gotas de sangue. (Parece muito ruim. Tem receio de que isto lhe aconteça no dentista?) Eu tenho medo de ficar banguela. (Por quê?) Não sei... Bom, já sonhei com isto, eu ficando com os dentes muito fracos, e eles vão caindo. Às vezes também sonho que morre alguém da família. (E quais os sentimentos que você tem com esses sonhos?) Bem, deixa eu pensar... horríveis, de não poder fazer nada .

Título: A perda dos dentes.

Intervenção: Procuro demonstrar à criança que compreendo a intensidade da sua angústia, e que ele tenta me comunicar o quanto tudo aquilo lhe é ameaçador. Digo que percebo como se sente fraquinho e com medo de ficar sem poder agir e sem ninguém que o ajude. Porém ele mesmo está lutando para se ajudar.

Interpretação: Medos muito arcaicos foram reativados pela necessidade do tratamento na cavidade bucal e esses têm que ser considerados por fazê-lo sentir um grande sofrimento. O menino tem medo de ser destruído, atacado e destroçado. Demonstra intensa angústia de morte. As angústias pré-existentes, porém relativamente sob controle, ressurgiram com toda força. O menino procura mostrar-me através do desenho impactante de uma boca da qual escoa o sangue, que aquilo que sente é mesmo muito intenso. O atendimento odontológico se constitui, em sua fantasia, numa verdadeira ameaça à sua integridade física.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 14.4

Verbalização: - Era uma vez um dentista que falava para as pessoas que elas iam perder vários dentes. Só. (E elas iam perder mesmo?) Não, isso não era verdade. Ele falava: se você não fizer as coisas direito, não ajudar, não ficar quieto, vai perder os dentes. Então as pessoas ficavam com medo de perder e obedeciam ele em tudo e também ficavam bem quietinhas. (E como você vê isto?) Como se fosse uma mentira, uma chantagem. Eu não faria isto com alguém, falar uma coisa negativa para assustar a pessoa, porque eu não sou uma pessoa negativa.

Intervenção: Digo-lhe que por esse sistema as pessoas que não são boazinhas, são castigadas, mas ele mesmo está percebendo que não é um bom modo de se pensar. Comento que talvez ele às vezes fique bravo com ele próprio quando sente que fez algo que possa desagradar ao outro. E aí pensa que a outra pessoa vai machucá-lo pelo que ele fez. Ele concorda enfaticamente.

Título: Dentista malvado.

Interpretação: Nessa unidade o menino aproxima-se do cerne de seu conflito: pensa que deve ser sempre uma criança boazinha, pois ser independente e autônomo pode representar uma ameaça de punição. O dentista que ele desenhou, severo, punitivo e com uma expressão até mesmo sádica, parece ser uma parte projetada de si mesmo, sempre pronta a repreendê-lo. Esse mecanismo costuma esvaziá-lo e afastá-lo de quem ele realmente é, incrementando seus medos. Porém, ao poder reconhecer seu modo de funcionamento mental, o menino vai percebendo que tem coisas positivas que aprecia em seu ser. (“eu não sou uma pessoa negativa”, diz).

Figura.14.5

Verbalização: - Este desenho não tem muita história para contar. Tinha alguém com a boca muito feia. (Como era a boca desta pessoa?) Os dentes podres e faltando. (Por que ficaram nesse estado?) Por falta de cuidado. (Quem não cuidou dos dentes?) O próprio dono deles que não cuidou.

Título: Dentes horríveis.

Interpretação: Como continuação das associações da unidade anterior, agora a criança pode reconhecer sua participação e responsabilidade em suas dificuldades. Engaja-se nisso, pois diz que quem possibilitou a “destruição” dos dentes, foi o próprio dono deles. Não achei necessário fazer nenhuma intervenção, pois a criança já estava elaborando o seu conflito.

Figura. 14.6

Verbalização: - Esse era um dentista que era muito legal, e todos confiavam nele. (Porque confiavam nele?) Porque ele tinha uma psicologia ótima. Ele era delicado. Eu tive um dentista assim quando eu era pequeno. Ele brincava comigo, e quando eu pensava que ia começar a

arrancar meu dente ele dizia que já tinha terminado. O outro que eu tive não era mau, eu não sei o que era... (Era inseguro talvez?) Isto, ele era meio falso. Não me dava segurança.

Intervenção: Falo que me parece que sua necessidade em relação ao dentista é que o profissional esteja em sintonia com ele e possa ser delicado e compreensivo para com seus sentimentos. Pergunto se ele acredita que pode encontrar alguém que o trate assim, alguém em quem sinta confiança. Ele diz que acha que pode sim. Comenta sentir-se mais seguro com alguém que presta atenção nele, conversa com ele e acredita nele quando diz que sente medo, sem fazer gozação, nem dizer que ele é um bobo.

Interpretação: Nessa última unidade, a criança expressa sua possibilidade de confiar e de se sentir cuidado. Acredita que possa haver empatia e compreensão para com seu sofrimento. Fala-me também da necessidade de ser tratado por alguém compreensivo e verdadeiro. Ele próprio também se sente mais integrado. Os aspectos bondosos colocados nesse último desenho são aspectos de seu mundo interno, e expressam uma relação mais amorosa e compreensiva para consigo mesmo. Esse desenho de um dentista se parece com a imagem de um menino, e se contrapõe à imagem do menino triste e ameaçado representado na primeira unidade de produção.

Síntese do caso:

Benito é uma criança assustada com a perspectiva do atendimento odontológico. Educado para ser um menino bonzinho e não desagradar ao outro, desloca sua agressividade para o mundo externo, passando a temer ser mordido por animais ou ser atacado ou destruído. Para defender-se contra uma intensa angústia de perseguição, lançou mão de projetar a ameaça para fora de si mesmo. Desse modo o tratamento com o odontólogo foi sentido como extremamente perigoso. O instrumental usado no atendimento odontopediátrico é visto como capaz de machucá-lo e torturá-lo. Pune-se também por desejos de separação e independência de seus pais. Ao mesmo tempo em que deseja autonomia, tem medo de contrariar os outros e desagradá-los. Traz na primeira unidade uma imagem frágil e triste de si mesmo, para, no decorrer do enfrentamento de suas angústias, se permitir uma aproximação intensa das mesmas, facultando-lhes elaborações. Sua capacidade de reparação foi alta, e pôde encontrar compreensão e bondade em si mesmo para lutar contra medos muito intensos. Benito conseguiu realizar o tratamento odontológico de que necessitava. Segundo a odontóloga que o atendia, ainda manifestava certo receio, mas foi possível contorná-lo.

CASO CLÍNICO 15: DENIS

Entrevista com a mãe:

Denis é um menino de 10 anos, filho mais velho de um casal com 3 filhos, todos eles homens. Seus irmãos têm respectivamente 5 e 2 anos. Seu pai tem 60 anos e é engenheiro, sua mãe tem 38 anos, é professora de inglês, mas atualmente não trabalha. A mãe ressalta a diferença de idade entre ela e o pai e certa dificuldade que este tem para aceitar as “modernidades”, como a terapia. A mãe me diz que Denis é organizado, mas reclama que ultimamente tem se desorganizado com materiais de escola e com suas gavetas, o que a deixa aborrecida. A mãe diz para ele que a desorganização com suas coisas significa que a cabeça dele está desorganizada. Não conheci o pai da criança, pois sua mãe omitiu que o menino vinha à terapia, e embora tenha tentado conversar sobre isto com ela, foi em vão. Segundo o relato da mãe, o pai apresenta medos, como o de sair à rua com receio de ladrões.

O menino nasceu de parto cesárea e foi amamentado até um ano e meio de idade.

Denis teve muitas cólicas quando bebê, e chorava apenas por este motivo. A mãe relata que foi um bebê “bonzinho” e que dava pouco trabalho, a não ser para se alimentar, pois demorou a aceitar a comida.

Sua mãe parece ser bastante protetora: o menino está sempre muito bem vestido e cuidado e a mãe acha que não deve andar desarrumado ou se sujar. A criança não pratica esportes com outros meninos, tem medo de dormir sozinho no escuro e tem medo também de ladrões. É afetuoso com os irmãos e outras crianças, raramente briga. A mãe diz ser extremamente cuidadosa com a higiene e alimentação de seus filhos, que ela mesma sempre preparou, pois não confia em outras pessoas “mexendo na comida das crianças”.

O menino não teve doenças infantis nem sofreu cirurgias nem internações. Já teve gastrite, a qual se manifesta esporadicamente. Necessita um atendimento odontopediátrico de rotina, mas chora no momento de realizá-lo.

Observação clínica:

Nossa observação de Denis é de uma criança muito bonita, delicada, denotando extrema timidez. Fala baixinho, demonstrando medo. Olha constantemente para a mãe como que pedindo sua aprovação, e inicialmente teme a sua saída da sala. Quando faz um contato mais próximo comigo torna-se mais expansivo, embora ainda com dificuldade para estar solto e à vontade. Na primeira aplicação do D-E demorou muito a desenhar. Olhava para o papel

e repetia muitas vezes que não sabia o que fazer. Demonstrou grande inibição para iniciar as unidades.

1ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 15.1

Verbalização: - São três anjos. Não consigo pensar em estória nenhuma. (Pode ser o que quiser, do seu jeito) Não sei. É que não vou conseguir mesmo.

Intervenção: Falo a ele que está difícil aparecer um pensamento que seja dele mesmo. Deve estar bem escondido. Mas nós podemos esperar, pois em algum momento ele acabará aparecendo. Essa intervenção faz com que inicie a estória superando as defesas que se impunham. Ele prossegue verbalizando a estória: *“-Era uma vez três anjinhos que viviam sozinhos numa nuvem e às vezes eles encontravam outros anjinhos. Acho que é a estória de um anjo que brilha. Essa é a mãe dele. E esse é o pai. Não sei por que sempre que desenho um pai ele fica menor. (Você está achando estranho o pai ser pequeno?) É que este pai nem parece pai, parece mais um filho”*.

Título: A família anjo

Interpretação: Denis desenha uma família de anjos, família idealizada, perfeita e delicada. A criança tem necessidade de manter-se apegada a objetos bons para proteger-se de sua fragilidade. Nota que fez o pai pequeno e fica intrigado com isso. Em sua família efetivamente o pai uma figura enfraquecida. A mãe é quem toma a frente de tudo.

Figura.15.2

Verbalização: - Anjinhos que descem para ajudar as pessoas. O nome da estória pode ser esse? (Claro, se essa é a sua idéia, pode). Mas eu não sei como fazer a estória. (Só há um único jeito de fazer: o seu próprio). Acha que o pai ficou menor? Eu sempre desenho o pai menor. (Parece que te incomoda que o pai fique menor. Por que acha?). É, mas eu não sei. Eu não sei quem esses anjinhos podem ajudar. Bom talvez esse menino que eu desenhei agora. Acho que eu esqueci de desenhar a boca... Pronto. Era uma vez uma família de anjos. Aqui eu desenhei as asinhas deles. Eles eram muito bondosos e bacanas. Os anjinhos queriam ajudar um menino.

Intervenção: Ressalto para a criança como está difícil para ela falar o que sente, desenhar sem preocupação. Mas digo que nós podemos ir devagar, é a primeira vez que conversamos. Vejo que ele está se esforçando bastante e confiando em mim, do mesmo modo que o menino que sente que há um anjinho para ajudá-lo.

Título: Anjinhos descendo para ajudar as pessoas.

Interpretação: Fala do sentimento de pequenez da figura masculina, mas também na crença em poder ser ajudado. Devido à dificuldade do menino em desenhar e verbalizar as estórias, permanecendo bastante tempo olhando para o papel, foram realizadas apenas duas unidades de produção nessa sessão.

2ª Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Figura. 15.3

Verbalização: - Era uma vez um menino. Esse é um menino com o braço de flor. (Denis fica vários minutos em silêncio). Não sei mais o que dizer. (O que acontece com o menino quando vai pegar as coisas com seu braço de flor?) Ele não consegue segurar nada. Quando vai pegar uma coisa a flor cai e quebra. E também ele queria jogar futebol, mas com o braço de flor ele nem consegue.

Intervenção: Comento que o menino deixa de pegar as coisas, e de brincar com medo de se quebrar. Ele deve se sentir muito frágil, e talvez fique triste com isso. E que ele próprio se parece com esse menino: quer brincar e ser livre, mas receia se machucar. Ele responde que é verdade o que eu estou falando, e que também quando vai ao dentista ele tem medo de ficar machucado. Ele continua desenhando e associando, dizendo que com esta flor o menino chama a atenção de todo mundo. Desenha então uma bola e diz que é uma bola que se transforma em flor. Pergunto se o menino também gosta de jogar bola. Ele responde que sim, o menino gosta demais.

Título: O menino com braço de flor.

Interpretação: Nessa unidade o menino transmite o quanto se sente fragilizado. Os sentimentos hostis não têm espaço, do que advém a inibição e dificuldade de se expressar e brincar. Denis demonstra que quer mesmo é jogar bola com outros meninos, colocar sua agressividade nas brincadeiras, nos jogos e na construtividade. Através dos desenhos pôde ir se aproximando de seu mundo interno: a submissão por medo de ser ferido, por antecipação de acidentes e infortúnios (a flor pode se quebrar).

Figura. 15.4

Verbalização: - O menino da mão de flor estava andando perto de uma grama e achou um amigo. Eles vão brincar. Em alguns lugares dá, em outros não. Ele é muito delicado. Só que o amigo dele está falando, vem, vem brincar! Estou pensando se dá para ir no mar, pois a flor pode quebrar. (E ele quer ir ao mar, gosta do mar?) Gosta. Mas pode quebrar a mão de flor com as ondas. Aqui eu desenhei as ondas do mar. Daí ele não sabe se vai ou não vai no mar. Ele está em dúvida.

Intervenção: Pontuo para ele que esse menino é muito parecido com ele mesmo, que também quer brincar e ser livre, mas tem medo. Mas há algo dentro dele tentando ser corajoso e dizendo para ir se divertir no mar.

Título: O amigo.

Interpretação: Ao romper com seus sentimentos mais profundos, Denis se sente enfraquecido. (O menino que tem muita vontade de ir ao mar e não vai). E aí ele fica se sentindo mais fraco ainda porque deixa de fazer aquilo que quer. A criança vai apreendendo o sentido do que lhe acontece: sente-se descontente consigo mesmo e, assim, pensamentos de destruição, de desgraça, vão inibindo sua espontaneidade. Iniciou, porém, com o auxílio do D-E, uma atividade interna de responsabilizar-se pelo que é seu, a fim de dominá-lo e colocá-lo em prol de mudanças. Nessa unidade surge um amigo (seu lado mais corajoso e livre) e ele sabe que deseja brincar no mar.

Figura. 15.5

Verbalização: - Essa é uma irmãzinha que ele tinha. Ela também tinha a mão de flor. Agora a mãe. Ficou pequena... (Eu notei que a mãe não tem a mão de flor.) É a única que não tem. O pai tem a mão de flor. Eles se acham diferentes dos outros por causa da mão de flor. A mão é boa e é bonita porque é uma flor. Mas quando vai brincar, pode quebrar, atrapalha tudo. O papai tem mãos de flor, mas é o mais forte. (Você viu que o pai agora ficou grande?) Eu estou pensando se o menino também é forte... (O que você acha?) Acho que é.

Intervenção: Digo-lhe que eu compreendo o que quer dizer com o pai ter mãos de flor e ser o mais forte: ser sensível não significa ser fraco e ele mesmo está podendo perceber isso. Encarar as suas emoções o deixou mais forte.

Título: A família dele.

Interpretação: A utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias auxiliou com muita propriedade um mergulho no mundo interno dessa criança. O menino se sente identificado com um pai sensível, mas frágil, um pai que inicialmente ele desenha menor que a mãe, porém sentindo-se incomodado com isto. Nessa última unidade organiza seu pensamento e realiza elaborações. Nem ele nem o pai precisam sentir-se fragilizados e impotentes diante da vida por serem sensíveis.

Síntese do caso:

Denis teve grande dificuldade para iniciar os desenhos, olhando para o papel por muitos minutos e dizendo que não sabia o que fazer. A criança revela insegurança, autocrítica e necessidade de contenção de seus impulsos. Para Denis, os sentimentos hostis não encontram espaço para se manifestar e ficam completamente cindidos de sua personalidade. Reprime, desse modo, suas emoções e tem impedida sua possibilidade de contatar o mundo criativamente. A repressão dos sentimentos hostis gera uma rigidez psíquica e uma sensação

de fragilidade. À medida que começou a desenhar e verbalizar, as defesas foram cedendo e puderam emergir seus conflitos. Apesar da dificuldade em se expressar e ser espontâneo, o menino revelou um mundo interno rico e sensível. Pensava que sua sensibilidade o tornava uma pessoa frágil e incapaz de fazer frente à vida.

Apesar do sistema repressivo bem estabelecido, Denis foi demonstrando uma vontade de comunicar-se com seu self mais profundo e verdadeiro, mostrando possuir uma vitalidade interna, desejo de brincar, de ser livre e de expressar seu mundo interno. Após algumas sessões, o menino foi ao odontólogo que o atendia, e sentiu-se forte para realizar o atendimento com tranquilidade.

4 INTEGRAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA: ANÁLISE E ELABORAÇÕES.

“Eu sempre sonho que uma coisa gera,
Nunca nada está morto.
O que não parece vivo aduba.
O que parece estático espera”.

Adélia Prado.

No capítulo anterior expusemos e analisamos os casos individualmente buscando uma compreensão globalística da dinâmica psíquica de cada criança ou adolescente. Focamos nossa atenção na apreensão dos conteúdos emocionais emergentes no momento anterior ao atendimento odontopediátrico de crianças que, por intenso medo, não conseguiam realizá-lo.

Nesse capítulo procuraremos integrar as informações obtidas nas análises individuais, com o objetivo de obter uma visão harmônica, que nos possibilite apreender a dinâmica psíquica e as repercussões emocionais do atendimento odontopediátrico na organização mental das crianças e adolescentes estudados. Com todos os dados e elementos obtidos até aqui, pretendemos compor um pensamento que nos permita o entendimento e elaboração dos conteúdos emocionais apreendidos.

Após o exame de um número de 15 sujeitos individualmente, observamos os pontos de convergência das conflitivas inconscientes que emergiram no conjunto estudado. Focamos nossa atenção nesses pontos de afluência, que criam para nós um quadro a ser examinado. Observando esses pacientes, que apresentam uma mesma conduta manifesta (a impossibilidade de aceitar o tratamento odontológico), passamos a averiguar quais seriam as similitudes entre o material inconsciente emergente nos vários casos pesquisados buscando apreender fatores comuns ao grupo como um todo.

Por meio da análise do conjunto dos conteúdos obtidos nas entrevistas com os pais e pacientes, na observação clínica da criança ou adolescente, e nos dados eliciados com a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias, procuramos alcançar uma compreensão interna daquilo que mobiliza inconscientemente esses sujeitos, de modo a apresentarem o mesmo quadro manifesto. Tal entendimento nos possibilitou inferir um sistema de funcionamento mental comum ao grupo, ainda que respeitadas as manifestações individuais de cada um, bem como seus diferentes modos de posicionamento e tentativas de elaboração diante de seu sofrimento.

Assim, iniciaremos a explanação dos resultados pela análise das entrevistas e da participação das crianças no processo, e em seguida prosseguiremos na análise da dinâmica emocional, expondo quais os conflitos básicos, as angústias nodais, as fantasias principais, os sentimentos e mecanismos de defesa do grupo. Não encontramos nenhuma pesquisa neste vértice diagnóstico que abrangesse crianças com medo da situação odontológica e sua conflitiva profunda.

4.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO

4.1.1 Entrevista com os pais

Notamos que, na quase totalidade dos casos estudados, houve a participação apenas da mãe na entrevista, ainda que tenhamos sempre solicitado a presença do pai. Em um dos casos, compareceu a avó da criança, havendo alegação de que a mãe não poderia se ausentar do emprego. Pensamos que isto se deve, apenas em parte, ao fato dos pais trabalharem e não poderem afastar-se de seu trabalho. Outras causas podem estar subjacentes à sua ausência, tais como uma menor possibilidade de admitir a necessidade de ajuda terapêutica de seus filhos, bem como a atribuição às mães, tanto da responsabilidade pela educação, quanto pelas possíveis falhas na mesma.

Nas entrevistas com as mães, observamos que essas se mostravam muito preocupadas com a integridade física de seus filhos, anteriormente à necessidade do atendimento odontopediátrico. São mães que apresentam à criança um mundo perigoso, no qual o risco de se machucarem ou se ferirem está sempre presente. Algumas mães, como a de Aline (caso clínico 1) tinham, elas próprias, muito medo do tratamento odontológico.

A mãe de Elisa (caso 4) relatou fobia a insetos e nos contou que, quando a menina era menor, a protegia do ataque destes animais, vestindo-a com roupas fechadas e lenços.

Outras mães, como a de Teresa (caso clínico 8) e a de Beatriz (caso clínico 2), demonstraram receio de que as crianças se ferissem em brincadeiras. Desse modo as tolhem de correr, andar de bicicleta e brincar livremente. Pensamos que, de modo geral, nos deparamos com mães fobigênicas, no sentido de que tendem a incutir ou gerar fobias em seus filhos quando lhes apresentam o mundo como um lugar repleto de riscos.

A mãe de Isabela (caso clínico 6) também apresenta fobias diversas em relação à sua filha: medo de piscina, de elevadores e de que a menina se perca em ambientes como

supermercados ou shopping centers. A mãe de Tatiana (caso clínico 13) relatou ter muito medo de animais. Demonstrou receio de que a filha pudesse ser mordida por cães.

Verificamos, portanto, nas mães das crianças e adolescentes estudados, uma tendência a terem uma conduta medrosa frente a diversas situações. São mães que, provavelmente, desde muito cedo apresentaram aos filhos um mundo assustador, onde podem ferir-se, machucar-se, perder-se ou serem maltratados.

Desse modo parecem ter tolhido não só a espontaneidade de seus filhos para brincar, correr e explorar o ambiente livremente, mas também devem ter comprometido sua capacidade de confiança em si mesmo e no outro. Comprometida a possibilidade de confiar, é difícil sentir aquele que cuida, o odontopediatra por exemplo, como alguém capaz de proteger. Ao contrário, o outro é sentido como incapaz de conter os medos da criança sem se desarticular ou retaliar.

Quanto à empatia para com o sofrimento da criança, as mães, em sua maioria, se mostraram compreensivas e empenhadas em ajudar. Apenas em um caso (Roberto, caso clínico 7) não havia empatia da mãe, que chegava a ironizar o sofrimento do menino. Essa mãe parecia trazê-lo ao atendimento apenas porque o tratamento odontopediátrico se impunha e ela já levava o menino a diferentes profissionais sem obter sua colaboração.

Em nossa amostra, as crianças foram enviadas ao tratamento por um odontólogo que também tinha em consideração o mundo psíquico da criança e essa foi trazida espontaneamente pela mãe. Sendo assim, já eram esperadas certa empatia e compreensão para com a sua necessidade psíquica. Acreditamos, porém, que em outros grupos de crianças com receio do tratamento odontológico, atendidas em instituições ou clínicas de universidades, o acolhimento a suas angústias não seja sempre levado em conta.

Nossa pesquisa visa sensibilizar os profissionais dessa área da saúde, bem como os pais de outras crianças na mesma situação, chamando a atenção para a intensidade do sofrimento presente nessa condição.

4.1.2 Dedicção dos sujeitos ao trabalho

Notamos durante todo o trabalho, uma participação ativa dos sujeitos da pesquisa. Apenas algumas crianças ou adolescentes tiveram dificuldade para iniciar o primeiro desenho. Disseram que não sabiam o que desenhar, não conseguiam pensar em nada, mas vencida essa resistência inicial, puderam encaminhar-se no processo com maior liberdade. Foi comovente verificar o esforço das crianças e adolescentes em busca de integração e harmonia de sua

personalidade, ligando-se às forças de vida e enfrentando com determinação os conflitos e ansiedades que surgiam durante todo o processo.

Observamos, no decorrer da pesquisa, que a maioria das crianças aqui estudadas revelou, desde o início, uma potencialidade para superar suas dificuldades, conhecer os seus conflitos e expandir-se, com o auxílio dos desenhos e verbalizações. Percebendo a possibilidade de ajuda oferecida pelos atendimentos, aproveitaram-na para o maior entendimento de suas dificuldades.

As sessões clínicas utilizando os desenhos e as histórias permitiram aos sujeitos dessa pesquisa terem contato com suas ansiedades de modo gradativo e de acordo com sua capacidade. Possibilitaram também, que o profissional interviesse no momento em que as angústias emergiam, facilitando o aprofundamento e a superação das dificuldades em continuar o trabalho. Notamos que as intervenções terapêuticas auxiliam em tal aprofundamento e ajudam a ultrapassar as resistências.

4.2 ANÁLISE DA DINÂMICA DA PERSONALIDADE

Neste item, faremos um apanhado das angústias nodais e conflitos eliciados no grupo como um todo, para obtermos uma visão globalizadora de sua dinâmica emocional. Exporemos as principais ansiedades, os mecanismos de defesa, os sentimentos e os conflitos básicos apreendidos no conjunto. A compreensão das motivações inconscientes e dos conteúdos emocionais profundos, responsáveis pelo impedimento de realizar o tratamento odontológico, pode auxiliar no entendimento do intenso sofrimento de crianças e adolescentes diante de tal atendimento.

4.2.1. Angústias nodais:

As angústias que emergiram frente à necessidade de atendimento odontopediátrico puderam ser amplamente apreendidas e expressas com a ajuda das sessões clínicas com o Procedimento de Desenhos-Histórias.

No grupo estudado encontramos a angústia situacional ligada ao atendimento odontológico, seja ele clínico ou cirúrgico, mobilizando fantasias inconscientes. O uso do Procedimento de Desenhos-Histórias possibilitou captar essas ansiedades em profundidade e as fantasias a elas relacionadas, que surgem nessa situação, como reinscrição de angústias pré-existentes.

A angústia mais expressa no grupo como um todo foi a angústia de aniquilamento. As crianças e adolescentes demonstraram ansiedades extremas de morte, de desfazimento, de perda de si, que se expressaram por medo de diluir-se no nada, de ficar no caos e no vazio e de extinção do próprio ser. O receio demonstrado foi o de serem atacados, machucados e agredidos, representação, a nosso ver, de uma frágil integração do self.

Diante dessa fragilidade interna, o atendimento odontológico é sentido como perigoso e ameaçador. Assim, as crianças e adolescentes estudados parecem ter dificuldades em perceber o outro como uma figura cuidadora, amorosa e que pode ajudar. Nesse contexto, em que o tratamento odontológico é imaginado como aterrador e temível, a criança sente-se coagida a realizá-lo e tem receio de ser ferida ou de perder o controle da situação. Desse modo, submeter-se ao tratamento é o mesmo que se colocar em perigo.

Além de intensa angústia de morte, encontramos no grupo estudado as seguintes angústias nodais que se manifestaram na maioria dos casos:

- Angústias paranóides com medo da perda do autocontrole e conseqüente castigo e punição.
- Angústias paranóides com medo de desaprovação.
- Angústias ligadas a receios de desintegração e fragmentação do ser.
- Angústias ligadas ao sentimento de paralisação, asfixia, falta de controle do próprio corpo.
- Ansiedades englobando o medo de ser mutilado, desfigurado, machucado.
- Ansiedade depressiva aparecendo como receio de danificar ou destruir o objeto e não ter com quem contar no desamparo, resultando na sensação de ficar perdido e desorientado.

As ansiedades mais intensas que o grupo apresentou coincidem com angústias muito primitivas, descritas por Winnicott (1983, p.57) em “A integração do ego no desenvolvimento da criança”. Nesse texto o autor esclarece que:

A ansiedade inimaginável tem só umas poucas variedades, sendo cada uma a chave de um aspecto do crescimento normal:

- 1- Desintegração.
- 2- Cair para sempre
- 3- Não ter conexão alguma com o corpo.
- 4- Carecer de orientação.

Efetivamente, as crianças e adolescentes analisados demonstraram ansiedades extremas, sentidas como iminência de morte. Os desenhos expressaram com precisão e plasticidade essas angústias, que também vão de encontro às descrições feitas por Trinca, W. (1997) em sua pesquisa sobre a fobia e pânico em psicanálise. Diz o autor, que os

sucessivos rompimentos do indivíduo com ele mesmo podem começar muito cedo na vida, havendo dificuldade em se representar como pessoa. Desse modo,

Não havendo, para ele a realidade de uma existência inteira, mas um processo desesperante e inumano que o consome, sorve, suga, e aniquila (desfigurando também a realidade externa), esse indivíduo vive no enclausuramento de quem é torturado sem nunca morrer, enterrado sem morrer nem viver, obrigado a suportar uma morte que não morre, porque são situações que não se consumam jamais. Uma dimensão de estarecimento e paralisia. O grande medo é que não consiga sair disso, permanecendo nessa dimensão para sempre. (TRINCA, W., 1997, p.41).

Assim, acreditamos que as angústias circunstanciais ligadas ao tratamento odontopediátrico apóiam-se em ansiedades e fantasias inconscientes de grande intensidade. Tais focos de angústia ficam exacerbados nessa situação, levando a um grau de desamparo próximo ao do pânico.

Foi comovente constatar o modo como as crianças e adolescentes expressaram suas angústias através dos desenhos e verbalizações, com imagens de estarem em situações de desespero, de não conseguirem respirar, de estarem atados, de não poderem falar, de estarem presos a correntes, dentro de caixas, expostos a maremotos, sem mobilidade, com medo da morte. É uma situação que nos mobiliza a favorecer ajuda terapêutica que lhes possibilite a elaboração de tão intensa condição psíquica.

4.2.2 Mecanismos de defesa:

Diante de intensas angústias, as crianças e adolescentes mobilizaram mecanismos de defesa igualmente intensos. Apreendemos que, no grupo como um todo, a defesa principal foi a repressão dos sentimentos hostis, evitando a manifestação da agressividade que é sentida como extremamente perigosa. Apenas na medida em que esta pôde surgir e ser aceita e integrada, foi que as crianças puderam sentir menos receio de retaliações e o tratamento odontopediátrico passou a ser percebido como possibilidade de cuidado. Nos casos por nós estudados, a agressividade apareceu nos desenhos e verbalizações, e ao ser aceita, tornou-se menos assustadora, abrandando a rigidez dos mecanismos de defesas erigidos contra o seu surgimento.

Os principais mecanismos de defesa encontrados no conjunto dos sujeitos estudados parecem ser mobilizados pelo medo do surgimento da oposição ao outro e da tomada de contato com os sentimentos agressivos. Desse modo, os pacientes estudados utilizaram o mecanismo de defesa da cisão entre um eu agressivo e objetos perseguidores e um “eu”

idealmente bom e objetos idealizados. Houve cisão entre os aspectos sentidos como hostis e projeção da agressividade e violência no mundo externo.

Os pacientes utilizaram também de negação do próprio sofrimento e negação da realidade. Negando a própria realidade, não é necessário impor-se para modificá-la. Correlatamente, como consequência do mecanismo de repressão do impulso agressivo, esse fica impedido de ser canalizado para ações construtivas.

Nos casos estudados, observamos também o uso da idealização como mecanismo de defesa contra a hostilidade e persecutoriedade. A idealização também está a cargo de defender os pacientes da tomada de contato com aspectos sentidos como maus e persecutórios.

Como consequência dos mecanismos de defesa de que necessitam se utilizar, essas crianças e adolescentes tendem a se distanciar de seu eu interior mais profundo e a interagir com o mundo em termos de falso self. (WINNICOTT, 1983). São crianças e adolescentes que desejam ser bonzinhos, educados e bem adaptados. Necessitam agradar ao outro para se sentirem aceitos e seguros. Temem que, ao se manifestarem como são, possam ser repudiados. Sentindo receio do tratamento odontopediátrico, têm medo de perder o controle diante desse e deixar vir à tona sentimentos hostis de desagrado e oposição. O odontólogo, então, os puniria por deixarem de ser a criança adequada e bem comportada.

4.2.3 Conflitos básicos:

Os conflitos a cerca da situação de intenso medo frente ao atendimento odontopediátrico puderam emergir e ser apreendidos durante o nosso estudo.

O principal conflito parece ser o conflito entre impor-se ou não diante do mundo por medo de expressar a agressividade. Essa é vista como perigosa e como capaz de propiciar retaliações por parte do outro. Desse modo o impulso agressivo é projetado no mundo externo, que se torna extremamente perigoso e hostil. Dentro desse contexto, é difícil confiar no outro e o atendimento odontopediátrico é visto como possibilidade de punição.

Outros conflitos atrelados ao conflito básico foram trazidos pelas crianças e adolescentes: apareceu com frequência o conflito entre os impulsos de vida, de construção e os impulsos destrutivos. Conflitos entre a autonomia e o submetimento, com conseqüente percepção do desamparo e da insegurança, surgiram em praticamente todos os casos analisados. Para as crianças e adolescentes desse estudo, sentirem-se autônomas poderia gerar descontentamento e reações no outro.

Um conflito que se destacou em praticamente todos os casos estudados foi o conflito entre confiar e não confiar no cuidado do outro.

O medo de não colaborar adequadamente, o receio de demonstrar hostilidade ou raiva e a impossibilidade de sentir confiança, fazem com que as crianças sintam o outro oposto a si e pronto a retaliar com atitudes hostis. Desse modo, a possibilidade de sentir o tratamento como cuidado amoroso fica minimizada. O conflito entre confiar ou não naquele que cuida nos pareceu ser um conflito importante no grupo estudado, e ele surge como derivação do conflito entre poder ou não se expressar e se impor diante do mundo. Esse é percebido como um lugar onde a independência e a autonomia não são bem aceitas. O ambiente, visto sob esse prisma, tende a ser sentido como perigoso e ameaçador.

4.2.4 Sentimentos expressos:

Sentimentos de desqualificação, de menos valia e de incapacidade foram observados nos casos analisados, resultando na imagem denegrida que essas crianças têm de sua pessoa. Sentindo que não podem se impor diante do mundo, se imaginam impotentes para o enfrentamento de situações que requerem uma presença forte e real. A percepção de si mesmos como indivíduos com poucos recursos para lidar com situações que demandam força interna os impede de se relacionarem com o outro numa base de confiança. Dificulta também o sentimento de poderem ser cuidados adequadamente.

Encontramos sentimentos de falta de recursos internos, de penúria e de abandono. Os sentimentos trazidos pelos pacientes dessa pesquisa foram intensos e permeados por suas fantasias.

Sentimento de culpa por aspectos sentidos como agressivos também foram freqüentemente expressos. Nesse contexto, tais aspectos são reprimidos com conseqüente empobrecimento da personalidade.

Um sentimento que se destacou, pela freqüência de sua manifestação, foi o sentimento de medo da perda de controle diante das situações que exigem força interna para o enfrentamento das dificuldades. A perda de controle é temida seja porque desagrada o outro ou por expor a própria fragilidade.

Há desse modo, um conseqüente sentimento de impotência para enfrentar o desconhecido e de que o pior está sempre por vir. Pela ruptura do sentimento de ter um si mesmo com o qual contar, os pacientes imaginam que tudo de ruim pode acontecer: acidentes, catástrofes, desgraças.

Sentimentos de auto-invalidação, de insuficiência e de incapacidade para enfrentar a situação de atendimento odontopediátrico foram, portanto, constantes nos casos analisados.

Um dos sentimentos mais intensamente manifestado foi o sentimento de perda do sentido de si mesmo e o medo da dissipação do próprio ser, resultante de sucessivas invalidações atuantes na vida psíquica dos sujeitos.

Os sentimentos expressos pelo grupo estão de acordo com os achados de Trinca.W. (1997) em seu estudo sobre a fobia e o pânico em psicanálise. Esse autor aponta que a angústia de dissipação do self é a angústia fundamental da fobia, tendo como consequência o medo da passagem à inexistência e resultando em sentimento de fragilidade e fraqueza.

O que sofre, se perturba ou se dissolve é a noção fundamental de si mesmo. Nesse caso, diz-se que a pessoa perdeu o eixo psíquico ou perdeu-se de si. Não mais se norteia pela aglutinação e pela sintetização em um centro, o qual dá coesão e unidade à personalidade, distinguindo entre o que lhe é próprio e o que não é. Quando a noção fundamental perde a consistência, tendendo a espalhar-se, surge como consequência a angústia de dissipação do self, por deficiências de contato e por desvinculações da pessoa com ela mesma. (TRINCA,W.,1997, p.30).

O sentimento de insuficiência, de falta de recursos internos para lidar com dificuldades e principalmente o medo do descontrole faz com que o outro seja temido como aquele que vai responder com hostilidade e retaliações.

4.2.5 Fantasias a cerca do tratamento odontopediátrico

Como resultado dessa dinâmica psíquica interna, o atendimento odontológico é visto como muito perigoso e cercado de fantasias. A principal fantasia observada como emergente no grupo estudado é a fantasia de ser atacado e destruído durante o atendimento. O odontólogo passa a ser sentido como alguém que pode retaliar e castigar por mau comportamento, e desse modo o atendimento é evitado.

O atendimento odontológico, por requerer a utilização de agulhas, injeção, anestesia, instrumentos cortantes, é enxergado como possibilidade de castigo e punição por aspectos sentidos como maus e por uma não correspondência à expectativa da autoridade, que nesse caso centra-se na figura do odontólogo. Verificamos que angústias anteriores, já existentes na personalidade, se intensificam diante da situação circunstancial, fomentando fantasias terroríficas, e deixando os pacientes a mercê das mesmas, podendo chegar a um desamparo próximo ao pânico.

Outras fantasias observadas no grupo foram fantasias de serem machucados ou

desfigurados durante o atendimento odontopediátrico. Em contrapartida, verificamos também a fantasia de que, se não se deixarem tratar, ficarão feios ou banguelas.

Há ainda uma fantasia de que a anestesia é perigosa e pode levar à morte e de que os instrumentos utilizados são agressivos e podem machucar ao invés de tratar e cuidar. Derivam dessas fantasias, outras como: estar ameaçado, correr riscos e de que, caso haja perda do controle e mal comportamento, o consultório odontológico se torne palco de castigos e punições.

5 DISCUSSÕES E REFLEXÕES

Algumas observações e questionamentos surgiram durante o desenvolvimento desse trabalho, sendo pontos férteis para serem pensados e discutidos. Referem-se a aspectos observados pontualmente durante o percurso da pesquisa, bem como a novas aberturas que poderão ensejar futuros estudos ligados ao tema aqui apresentado. Dentre eles, destacamos os pontos principais:

5.1 A PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO E SEU MOMENTO DE CONCLUSÃO:

As crianças e adolescentes dessa pesquisa surpreenderam-nos pela colaboração e engajamento no processo. O que se destacou dentro desta aceitação na realização do trabalho foram os movimentos espontâneos dos participantes e o modo como por vezes se encaminharam para o centro do conflito e para tentativas de elaboração de modo independente e natural. Parece-nos que a própria evolução do processo, apoiada nas características intrínsecas do instrumento utilizado, os conduziu no aprofundamento em direção ao material inconsciente e na procura de compreensão de sua problemática.

O paciente sente a necessidade de compreender o seu sofrimento, bem como o valioso auxílio que as sessões com o D-E lhe oferece, respeitando, simultaneamente, sua possibilidade interna de prosseguir no trabalho de acordo com sua tolerabilidade.

As intervenções por nós realizadas, no caso específico desse estudo, tiveram por objetivo permitir o aprofundamento nos conflitos de modo a possibilitar que os sujeitos adquirissem maior conhecimento do que se passava em seu mundo interno. Nesse sentido, acredito que um número não pré-estabelecido de sessões acolhe e reconhece o ritmo individual de cada criança. Além disso, permite ao paciente caminhar de acordo com sua tolerância, modulando sua evolução conforme a suportabilidade das forças internas frente às angústias emergentes.

Nossa experiência vai de encontro com a afirmação de Winnicott, (1994, p.171) quando diz que:

Se pudermos esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo e com imensa alegria, e eu hoje desfruto dessa alegria, mais do que costumava desfrutar da sensação de haver sido arguto. O princípio é que o paciente e somente ele é quem tem as respostas. Nós podemos ou não, capacitá-lo a abranger o que é conhecido ou tornar-se ciente disso como aceitação.

A criança e o adolescente sentem a necessidade de ultrapassar suas dificuldades e apreendem a riqueza que as consultas com o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias, utilizado nesse contexto, lhes oferece. A urgência em tomar contato com seus conflitos é imperativa.

Noto que tal urgência se relaciona ao afloramento de fantasias, ansiedades e receios que já existiam na personalidade, mas estavam em relativo equilíbrio, obscurecidos pelas defesas. Tais conteúdos ficaram enormemente intensificados ante a perspectiva de intervenção na cavidade bucal. Foram mobilizadas fantasias profundas, medos e angústias, que, se não elaborados, dificultam ou impedem o tratamento odontopediátrico, já que esse requer o consentimento e a colaboração do paciente.

Assim, se por um lado o paciente sabe que esse tratamento é necessário e imprescindível à sua saúde e intui a preocupação da família e do profissional para que seja realizado, por outro, se sente fragilizado e incapaz de enfrentamento. É lançado a uma situação de crise, pois se não realiza o tratamento bucal, sente dores, comprometimento de sua saúde e estética. Desse modo, percebe a pressão familiar e profissional para que se deixe cuidar. O avivamento dessas angústias torna o momento propício e precioso para o contato com os conflitos e emoções que abrangem a questão situacional e simultaneamente a transcendem.

Os pacientes dessa pesquisa aceitaram o trabalho como uma oportunidade de compreensão e alívio para sua crise, colaborando e se empenhando no processo. Acredito que pressentiram que o processo não desencadearia angústias intoleráveis, pois estavam no comando da situação, podendo aprofundar-se no material conflitivo ou não, já que conduziam os desenhos e as verbalizações em conformidade com sua necessidade, possibilidade e desejo. Sentindo-se livres e respeitados, se encaminharam para soluções próprias e originais.

O término do trabalho foi, na maior parte dos atendimentos, sinalizado pelos próprios pacientes por meio de demonstrações de força interna e sentimento de aumento da capacidade de enfrentamento da situação motivadora da crise. Pensamos que é também necessária a sensibilidade do terapeuta para apreender em que momento do processo evolutivo a criança ou o adolescente se encontra.

5.2 MOMENTOS INICIAIS DO DESENVOLVIMENTO E AMADURECIMENTO E O RECEIO FRENTE AOS CUIDADOS BUCAIS

Essa pesquisa permitiu estabelecer uma correlação entre algumas vicissitudes nos primórdios do desenvolvimento das crianças e adolescentes estudados, e o medo apresentado frente ao atendimento odontopediátrico.

A primeira relação entre mãe-bebê, se bem sucedida, assenta as bases para as relações futuras com o mundo em termos de confiança. Pensamos que a crença em poder ser cuidado pelo profissional de saúde e o sentimento do atendimento como uma possibilidade de reparação, remontam às satisfatórias experiências primitivas, de quando o bebê era profundamente dependente, para sua sobrevivência, de alguém que dele se encarregasse.

Segundo Winnicott (1971, p.69),

Se o bebê chora num acesso de raiva e sente como se tivesse destruído o mundo inteiro, mas em sua volta as pessoas mantêm-se calmas e ilesas, essa experiência fortalece enormemente sua capacidade de apreender que o que ele acha verdadeiro não é necessariamente real, que a fantasia e o fato concreto, ambos importantes, são distintos um do outro.

Nos casos estudados, as mães puderam relatar dificuldades no relacionamento muito inicial entre elas e seus bebês. Algumas mães se referiram a uma importante depressão pós-parto, que as impedia parcialmente de cuidar de sua criança. A mãe de Aline perdeu sua mãe aos cinco meses de gravidez, sofreu de depressão pós-parto, e pensa que por essa razão não conseguia amamentar adequadamente sua filha. Imagina que esta passou fome quando bebê. A mãe de Beatriz diz ter ficado muito ansiosa quando a menina nasceu e por esse motivo acha que tinha pouco leite e o bebê não conseguia ganhar peso, até o momento em que foi introduzida a amamentação artificial.

A mãe de Breno se diz muito insegura em relação ao filho. Relata que Breno, quando bebê, chorava dia e noite deixando-a ansiosa e desesperada. Experiência semelhante é referida pela mãe de Benito, que diz também ser muito preocupada e protetora.

Já a mãe de Elisa nos conta que é uma pessoa superprotetora e com muitas fobias: agasalhava muito a menina e a cobria de lenços na cabeça, com receio de que adoecesse ou fosse picada por insetos.

Isabela teve constantes otites, que causam intensas dores de ouvido impedindo o bebê de sugar satisfatória e prazerosamente. Segundo a mãe, a menina mamava e comia pouco. Era alérgica ao leite.

Teresa foi amamentada apenas por 3 meses, estando sua mãe sobrecarregada pelos cuidados com a avó da menina, que sofria de Mal de Parkinson. A mãe relata que era insegura e super-protetora.

Quando Vítor nasceu, sua mãe também sofreu de depressão pós-parto pois havia perdido seu pai recentemente. Conta que sentia que não daria conta de cuidar de um bebê. A mãe de Eduardo relata uma experiência parecida, de dificuldade em acreditar que conseguiria cuidar da criança. Diz ter ficado muito aflita e ter chorado por toda uma semana depois de chegar da maternidade.

Tatiana não foi amamentada. Quando bebê teve repetitivas infecções de ouvido e garganta, motivo pelo qual sua mãe a agasalhava bastante e ficava muito aflita com a saúde da filha. Suas preocupações giram em torno de doenças.

Encontramos um relato de depressão pós-parto, também no caso clínico de Yumi. Sua mãe se acha insegura e medrosa, especialmente em relação a cuidados médicos. Conta que sua filha foi um bebê muito bonzinho, que chorava pouco.

Observamos que a insegurança, a ansiedade e a depressão nos cuidados com essas crianças quando bebês foram constantes nos casos estudados.

Winnicott (1971, p.59) afirma que,

Se a mãe está deprimida, a riqueza da experiência de serem pegos ao colo é estragada pelas angústias e depressões maternas, que inevitavelmente falseiam a experiência. Partindo do reconhecimento do alívio da criança, ao ser desmamada de uma angustiada ou deprimida mãe, deveria ser possível ao estudioso do assunto chegar a uma compreensão teórica da grande importância de que se reveste a capacidade positiva da mãe para cumprir a sua função a tal respeito.

Verificamos, efetivamente, vicissitudes no processo de amamentação dos sujeitos estudados e nos primeiríssimos cuidados com essas crianças quando ainda eram bebês.

Para Winnicott (1999, p.55), “quando a mãe e o bebê chegam um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano. É a partir daí que se estabelece o padrão da capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo”. As mães de nosso estudo, por dificuldades alheias à sua vontade, parecem ter tido reveses nos primórdios dos cuidados com seus bebês.

Pensamos que um bebê que se depara com uma mãe emocionalmente ausente ou deprimida, pode tentar adaptar-se a essa situação, tornando-se uma criança boazinha. Assume assim, a tarefa de cuidar de si mesma e de sua mãe, perdendo parte de sua espontaneidade e da experiência de estar sendo tranqüila e confortavelmente cuidada. Deixa então, de poder sentir

a alternância entre a excitação e o relaxamento, possível quando o ambiente se encarrega confiavelmente do bebê.

As crianças de nosso estudo parecem ter necessitado reagir às intrusões do ambiente, intrusões por elas sentidas como fome, depressão materna, dificuldades no aleitamento, excesso de roupas, dores físicas advindas de otites, situações que as impediavam de um descanso relaxado. Desse modo a impulsividade espontânea desses bebês parece ter sofrido tribulações.

Efetivamente nos deparamos em nossa pesquisa com crianças e adolescentes retraídos, bem adaptados ao ambiente social, tímidos e pouco espontâneos. São sujeitos com certa dificuldade em expressar-se naturalmente e em brincar.

Não pretendemos inserir essas observações a respeito de reveses ocorridos nos momentos mais primitivos da infância, num sistema fechado de causa e efeito, mas pensamos que favorecem os medos frente a atendimentos e cuidados com a boca e a dentição. Acreditamos que os primeiríssimos cuidados são fundamentais no desenvolvimento psíquico de uma criança, mas, todavia, se refletem num mundo de fantasias muito individuais para cada sujeito.

Assim, dois bebês reagirão de modo diferente frente a uma depressão materna, ou diante de uma mãe extremamente ansiosa, de acordo com uma base constitucional que lhe é única. É verdade também, que há bebês extremamente exigentes ou aflitos, dos quais mesmo o ambiente mais tranquilo e satisfatório terá dificuldade de dar conta. Esses fatores constitucionais não invalidam, no entanto, nossas observações de que, diante do problema aqui estudado, nos deparamos frequentemente com tribulações nos cuidados primeiros com o lactente, que influenciaram em sua amamentação, em seu desmame e nas experiências de confiança no ambiente. cremos que, o modo como a criança sente o mundo exterior, baseia-se no padrão de sua realidade interna.

Os pacientes de nosso estudo receiam não serem bem cuidados pelo odontólogo, e temem perder o controle da situação. Winnicott (1971, p.69) explica que:

Algumas pessoas nadam pelo mundo temerosas de perder a cabeça, receosas do que poderia ter acontecido se se enraivecessem ao máximo quando eram crianças. Por esta ou aquela razão isto não foi comprovado de modo adequado. Talvez as mães destas pessoas se assustassem. Com uma conduta calma, poderiam ter-lhes inspirado confiança.

E o problema principal com o qual nossos pacientes têm que lidar é a confiança.

5.3 O MEDO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMO PROJEÇÃO DA AGRESSIVIDADE:

Pudemos apreender nesse estudo uma intensa atividade fantasística ligando a dentição e os cuidados bucais a receios de destruição, de ataques e possibilidades de agressão. Não podemos desprezar o medo que o cuidado com os dentes desperta na mente das crianças e adolescentes pesquisados.

A vinculação do dente com a agressividade parece remontar a períodos muito iniciais do desenvolvimento da criança. Quando recém-nascida, a maior parte da vida desperta da criança é ocupada pela amamentação. Mesmo antes de possuir dentes, o bebê morde o mamilo com as gengivas, num gesto que está ligado à motilidade e exploração do mundo. Em uma linguagem winnicottiana (1975), diríamos que o bebê está pronto para criar o mundo.

Os reveses encontrados nos primeiríssimos cuidados parecem comprometer a confiança nos cuidados médicos com o corpo, e no nosso caso específico, torna o tratamento odontológico mais investido de temores de dor e de ataques do que sentido como possibilidade real de cuidado e reparação. Para os pacientes por nós estudados, a dentição e a boca são alvos privilegiados de receios de intenso sofrimento e de perdas.

Esses receios se expressaram com plasticidade nos desenhos e verbalizações dos sujeitos de nossa pesquisa. Aline (caso clínico 1) desenhou um dente explodindo ligando-o a uma enorme dor em sua boca e em sua cabeça. Beatriz (caso clínico 2) imagina o tratamento odontológico como sujo, cruento, um procedimento que arrancará partes de si.

Elisa (caso clínico 4) também pensa o atendimento odontológico como um sofrimento, imaginando perda de sangue e cortes em seu corpo. Sente o odontólogo como alguém hostil e capaz de retaliação.

Notamos que há um comprometimento na possibilidade de sentir confiança nos cuidados do profissional, como atenciosos e capazes de reparação. Diz Klein (1996, p.335), que, “Se a criança consegue estabelecer dentro de si mesma uma mãe boa e prestativa, esta mãe internalizada exercerá uma influencia extremamente benéfica para o resto da vida” Conclui que, desse modo, resta algo dentro da personalidade ligado à bondade e sabedoria.

Isso gera confiança em si mesma, ajuda a combater o medo de carregar figuras más dentro de si, assim como a sensação de ser dirigida pelo seu próprio ódio incontrolável; além disso cria assim uma capacidade de confiar em pessoas do mundo externo fora do seu círculo familiar. (KLEIN, 1996, p.335).

Além de terem extremamente comprometida a capacidade de confiar no outro, os sujeitos dessa pesquisa parecem atribuir ao elemento dental uma capacidade de destruição, que, projetada para o mundo externo, os faz temer serem, eles mesmos, atacados e destruídos. Os dentes são sentidos também como arma de defesa, e os pacientes sentem que tratá-los os deixaria indefesos, em situação de submissão e extrema fragilidade.

Para Aberastury (1996, p.92), quando se inicia a dentição,

A criança pode verificar a cada dia, sua capacidade de destruir com os dentes. O chocalho mordido, a folha de papel rasgada, a comida sólida que despedaça, simbolizam partes destruídas de si mesma e da mãe. A criança enfrenta assim os efeitos reais de sua destrutividade, e segundo o grau desta e a fortaleza do seu ego, irão aumentar tanto as angústias depressivas quanto as paranóides.

Efetivamente, verificamos o incremento de tais angústias nos casos estudados, em especial as angústias paranóides bem como as de aniquilamento.

Isabela (caso clínico 6), por exemplo, comenta que se não cuidar dos dentes eles cairão todos. Mas não sente o tratamento como possibilidade de reparação. Imagina o odontólogo como alguém incapaz de entender seu sofrimento, alguém chato, que ironiza sua dor. Esse sentimento foi uma constante na pesquisa, sendo o profissional percebido como alguém hostil e capaz de machucar. Roberto também associou os cuidados com a boca a castigos e punições, e o atendimento é ligado à dor e pânico. Liga-o ainda à morte (fala em morrer afogado, em violências extremas de ataque a seu corpo).

Vários pacientes mostraram extrema sensibilidade pelo fato da intervenção se dar na cavidade oral. Teresa (caso clínico 8) diz que se fosse uma cirurgia no joelho, ou num local mais externo seria diferente. Ela também associa o tratamento à morte, a sangue, dor e cortes. Tem receio de ser agredida pelo profissional e de ser feita em pedaços. Novamente verificamos o quão distante está o atendimento de ser percebido como reparação e cuidado.

O dentista, sentido como alguém capaz de impor castigos, foi uma constante nos casos examinados. Eduardo (caso clínico 10) fala de um dentista que maltratava as crianças. A cadeira odontológica é vista como um lugar muito desagradável. Expõe o medo de ficar feio, banguela, desdentado, mas não enxerga o atendimento justamente como uma possibilidade de evitar esses desfechos.

Para Aberastury (1996, p.111),

O dentista recebe a transferência de certas angústias alheias a ele e ao tratamento em si. À medida que a criança consegue elaborar as angústias latentes, a figura do dentista e o tratamento ficarão livres, podendo trabalhar eficazmente com a criança.

Tais receios parecem remontar a situações primitivas de medo da perda do controle e do colapso, de si mesmo e do ambiente. Klein (1996, p.333) verificou a existência de fantasias arcaicas e medo de perseguição ligados ao relacionamento fantástico das crianças aos objetos: “Suas primeiras experiências com estímulos externos e internos dolorosos oferecem um fundamento para várias fantasias sobre objetos externos e internos hostis, e contribuem muito para o acúmulo dessas fantasias”.

Yumi (caso clínico 11), por exemplo, sente o odontólogo como alguém capaz de retaliar por suas condutas más e sua pouca colaboração. Fala que o dentista é alguém que corta e arranca coisas de dentro. Vê a situação como desesperadora. Na verdade são os dentes que cortam os alimentos, arrancam pedaços dos brinquedos do bebê, mordem e despedaçam. Essa menina correlaciona o profissional a alguém punitivo, assustador e malvado, além de pouco compreensivo com as dificuldades da criança.

Os pacientes desenharam também os instrumentos odontológicos, investindo-os de enorme poder de destruição. Renan (caso clínico 12), por exemplo, desenha uma agulha que imagina enorme e muito agressiva. Desenha-a maior que a própria boca, assustadora e invasiva. Conta que mexer na boca dá muito medo, a injeção gera muito receio. Imagina o uso de facas durante o atendimento. Sua cavidade oral e seus dentes correm perigo. Benito também desenha os instrumentos odontológicos, falando em agulhas que furam, bisturis que cortam e tiram sangue, e alicates para retirar seu dente. Diz que são coisas horrorosas. Notamos que são justamente os dentes que têm esta capacidade de perfurar, rasgar e cortar. Podemos compreender melhor a intensidade dessas verbalizações, se pensarmos como Aberastury (1996, p.105), para quem “a boca possui determinadas características inconscientes, em cada etapa do desenvolvimento, e o mesmo acontece com o dente. Todos estes significados mantêm-se latentes na vida adulta, mas ficam recalcados ou deformados”.

Benito comenta sobre seu receio de perder os dentes, falando de uma boca banguela, mutilada, e depois desenhando uma boca estragada, feia, com os dentes “podres”. O atendimento é sentido como ameaça a sua integridade física.

Os pacientes comunicaram também o receio de ferir o outro com aquilo que “sai de suas bocas”. Benito desenha a sua fala como capaz de fazer chorar a quem o ouve. Tatiana desenha uma menina com um esparadrapo na boca. Relatam com frequência o receio de que algo em sua boca esteja “estragado”.

Pensamos que os pacientes estudados têm muita dificuldade para lidar com seus próprios aspectos agressivos, projetando-os no mundo externo. Verificamos que suas mães têm como característica uma preocupação excessiva e um certo grau de ansiedade na criação

de seus filhos. Desejam que os filhos sejam bastante adaptados e parecem tolher sua liberdade e espontaneidade.

Diz Klein (1996, p.287), que,

Ao penetrar nas camadas mais profundas da mente da criança e descobrir essas enormes quantidades de ansiedade- o medo de objetos imaginários e de ser atacado de diversas maneiras-também nos deparamos com uma quantidade correspondente de impulsos de agressão reprimidos.

Os sujeitos de nossa pesquisa parecem lidar precariamente com sua agressividade desde uma idade muito precoce. Winnicott (1999, p.25) nos fornece subsídios para a compreensão desse mecanismo. Segundo ele existe uma agressividade no bebê, ligada à motilidade e,

Com o passar do tempo o bebê começa a chutar, gritar e arranhar. Na situação de alimentação havia, no início uma atividade vigorosa da gengiva, um tipo de atividade que pode facilmente resultar em rachaduras no mamilo; alguns bebês realmente aderem ao seio com as gengivas e o machucam bastante. Não se pode afirmar que estejam tentando ferir, porque o bebê não está suficientemente desenvolvido para que agressividade já possa significar alguma coisa.

Para este autor essa agressividade inicial é sinônimo de atividade. Nesse ponto o autor ressalta qual será o papel da mãe: “A mãe pode perceber facilmente o que se passa com o bebê, nesse estágio em que ela está sendo destruída por ele, se tiver conhecimento da situação e proteger-se sem se valer de retaliação ou vingança”. (WINNICOTT,1999, p.26).

A conclusão desse processo é o sentimento, pelo bebê, de que a mãe sobrevive, e essa é a sua função. Segundo o autor, o bebê pode colocar a mãe num mundo que não é parte dele mesmo, que tem vida própria e que então pode ser amada por quem ela é.

Winnicott (1975, p.131) afirma que, a importância da sobrevivência do objeto à destruição, é que esta “coloca este último fora da área de objetos criados pelos mecanismos psíquicos projetivos do sujeito. Dessa maneira, cria-se um mundo de realidade compartilhada que o sujeito pode usar e que pode retroalimentar a substância dentro de mim dentro do sujeito”.

O que verificamos nos casos estudados foi a projeção no mundo externo de perigos e ameaças internas. O mundo compartilhado torna-se perigoso. O odontólogo e o tratamento recebem a projeção maciça desses medos. O outro não pode ser sentido como amoroso e cuidador. As crianças estudadas dizem temer a perda do controle de si mesmas e causarem desestabilizações no ambiente. Parecem sentir o outro como muito instável, e incapaz de conter e compreender a sua fragilidade. Desse modo a criança ou adolescente imagina que, se

perder o controle, o odontólogo se irritará e o punirá. Pensamos que esses temores são a reativação de angústias provindas de experiências muito primitivas, em que esses bebês sentiram estar destruindo suas mães com suas necessidades, exigências ou impulsos de exploração do mundo (morder, sugar, chorar, experimentar).

Para Winnicott, (1988, p.105), “É interessante notar como o modo de vida paranóide pode surgir cedo, clinicamente falando”. Ele pontua que a condição de perseguição esperada pode desenvolver-se depois que a criança passou anos sem nenhuma tendência persecutória aparente, e desencadear-se, por exemplo, pela necessidade de uma operação de amídalas. Porém,

O ponto de partida muitas vezes está claro na história do indivíduo, mas a suscetibilidade à perseguição, à suspeita e à animosidade está frequentemente presente desde o princípio, no momento em que a mãe falhou (nem sempre por uma culpa que lhe possa ser atribuída) em estabelecer a primeira relação com o bebê e em seus esforços iniciais para apresentar o mundo a ele. (WINNICOTT, 1988, p.105).

O resultado dessa falha pode ser o estabelecimento de um falso self. (WINNICOTT, 1983). No caso das crianças e adolescentes estudados em nossa pesquisa, parece-nos que são bem adaptadas socialmente, falam por vezes como adultos, racionalizam, revelando um desenvolvimento intelectual acima de sua idade, e

Em alguns casos extremos, o intelecto superdesenvolvido-bem sucedido em confrontar-se com a desadaptação à necessidade-torna-se importante para a economia da criança, a ponto de se transformar numa espécie de babá que age como mãe substituta, cuidando do bebê que existe no self da criança. (WINNICOTT, 1988, p.161).

Penso que essa mente cuidadora, está a cargo também de reprimir a agressividade e tornar a criança adequada socialmente. Porém, diante de situações de grande intensidade, esses indivíduos temem o colapso desse mecanismo de defesa e receiam perder o controle e encontrar o caos.

A repressão da agressividade, como modo de serem aceitos pelo ambiente, apareceu como uma constante nos casos estudados. A agressividade acaba, assim, sendo projetada para o mundo externo. Esse mecanismo tem como consequência o tolhimento da espontaneidade, a inibição para o brincar, e uma sensação de falsidade que gera medo, insegurança e dificuldade no compartilhamento das relações humanas em termos de amor, cuidado e confiança.

5.4 A CRISE DA ADOLESCÊNCIA E O MEDO DIANTE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO:

Os pacientes que foram examinados nessa pesquisa pertencem a uma faixa etária que podemos chamar de pré-adolescência. Essa é uma fase de mudanças e turbulências físicas e psíquicas na vida daquele que até o momento convivia de modo mais ou menos pacífico com seu corpo e mente infantis. Observamos na maioria dos casos estudados, um aumento do sentimento de fragilidade em relação ao próprio corpo, que se exacerba diante da necessidade de condutas na área da saúde, como frente à necessidade de tratamento bucal.

Acreditamos que, esse momento de reposicionamento em relação ao mundo e a si mesmos, pode colaborar para o incremento da crise situacional que surge frente à necessidade do tratamento odontopediátrico. É comum que o atendimento nesse período seja cirúrgico, pois é uma época em que os pacientes podem necessitar de remoções dentárias para a colocação de aparelho ortodôntico. Para os pacientes por nós estudados, tais atendimentos foram sentidos como verdadeiras ameaças.

Nos pressupostos teóricos, verificamos que vários autores com leitura psicanalítica destacaram a importância que a boca e a dentição assumem nos processos de desenvolvimento e amadurecimento da criança. Klein (1997, p.99), num texto denominado “A técnica da análise na puberdade”, relata o seguinte: “Posso dizer que ao analisar meninos dessa idade descobri que inúmeras vezes eles antecipavam violentos ataques físicos da minha parte durante as sessões”.

No mesmo artigo, a autora relata que no atendimento de um garoto de treze anos, percebeu que este a identificava ao dentista:

Na terceira sessão, pude demonstrar-lhe que ele me identificava ao dentista. Ele afirmou é bem verdade que não tinha medo do dentista (de que se lembrava pela minha aparência), mas a interpretação do material trazido por ele, foi suficiente para que se convencesse de que tinha medo, pois mostrou-lhe que sua expectativa era de que o dentista, como eu também, não iria apenas extrair um dente e sim cortar em pedaços o seu corpo.(KLEIN,1997, p.99).

Nós também observamos, em nosso trabalho de análise dos casos clínicos, um grande receio dos pacientes em relação à sua própria integridade física, indo muito além do medo apenas da intervenção na cavidade bucal. Surgiram fantasias de destruição em relação ao próprio corpo, sendo este percebido como frágil e a mercê de ataques. Os pacientes de sexo feminino citaram angústias relativas à menstruação e ao interior de seu corpo. Os sujeitos do

sexo masculino relataram grande dificuldade em crescer e assumir uma posição de autonomia, força e independência de seus pais.

O corpo do pré-adolescente e do adolescente está em intenso processo de mudanças que vão sendo paulatina e lentamente assimiladas. Vimos, em nossa pesquisa, surgirem medos de serem feridos, machucados e de não se reconhecerem. Foram eliciadas ansiedades e receios de perderem uma parte importante de si mesmos. Surgiram medos de desagradarem, de não serem aceitos como são e de receberem punições. Winnicott (1993, p.116) esclarece que tais receios estão apoiados em fantasias muito primitivas:

O menino e a menina desta faixa etária tem que lidar com as mudanças decorrentes da própria puberdade. O desenvolvimento da capacidade sexual e as manifestações sexuais secundárias fazem-se presentes em indivíduos dotados de uma história pessoal, que inclui um padrão próprio de organização de defesas contra ansiedades de vários tipos.

Para este autor, a criança chega à puberdade “pelos padrões predeterminados pelas experiências de infância; muita coisa permanece guardada no inconsciente, e muito não é conhecido porque simplesmente ainda não foi experimentado”. (idem, p.117).

Essa afirmação está de acordo com os achados dessa pesquisa com crianças e adolescentes, para os quais os conflitos surgidos na situação de crise são determinados por conflitos pré-existent na personalidade e reativados nesse momento específico. Trata-se de um momento de fragilidade situacional que se sobrepõe à fragilidade da passagem do ser criança ao ser adolescente, ou da adolescência à idade adulta. Tais mudanças não se fazem sem sofrimento.

Observamos nos casos pesquisados uma dificuldade dos sujeitos para aceitar o crescimento. Notamos uma ambivalência entre a vontade de crescer e progredir e o desejo de continuar criança e dependente da figura dos pais. Aberastury (1981, p.14) afirma que:

A perda que o adolescente deve aceitar ao fazer o luto pelo corpo é dupla: a de seu corpo de criança, quando caracteres sexuais secundários colocam-no ante a evidência de seu novo status e o aparecimento da menstruação na menina e do sêmen no menino, que lhes impõem o testemunho da determinação sexual e do papel que terão que assumir, não só na união com o parceiro, mas também na procriação.

A autora termina por afirmar que o adolescente precisa aceitar simultaneamente seus aspectos de criança e de adulto, para tomar para si, em forma flutuante, as mudanças em seu corpo, de modo a que surja sua nova identidade. Portanto, fica claro para nós que se trata de um corpo e um psiquismo em mudança, ambos sensibilizados e buscando consolidar uma nova imagem de si. Um corpo e psiquismo em transformação, perpassados por uma

multiplicidade de sentimentos e instabilidades. Essa compreensão nos ajuda a entender que, nessa situação, ela própria um momento de transição e de crise, qualquer intervenção sobre o corpo pode surgir como possibilidade de exacerbação de conflitos e angústias.

Para os pacientes de nosso estudo, a dificuldade em assumir o crescimento pessoal parece ser incrementada pela postura de suas mães, que protegem os filhos como se fossem pequenos e frágeis, impedindo seu pleno desenvolvimento em direção à independência. Aberastury (1981, p.15) chama a atenção para o papel do adulto nesse momento da vida do pré-adolescente, pois: “Ocorre também que os pais vivem os lutos pelos filhos, precisam fazer o luto pelo corpo do filho pequeno, pela sua identidade de criança e pela sua relação de independência infantil”.

Outra observação importante na relação desses sujeitos com seu desenvolvimento físico e emocional, foram as fantasias em relação a sua boca e a seu corpo como um todo. Tais fantasias apareceram como terroríficas e assustadoras. Knobel (1981, p.42), seguindo as idéias de Bion a respeito da parte psicótica da personalidade, acredita que, ao desfazer-se o equilíbrio atingido no período de latência, predomina em alguns períodos da adolescência a parte psicótica da personalidade:

As modificações biológicas e o crescimento corporal, incontroláveis, são vividos como um fenômeno psicótico e psicotizante do corpo. O corpo se transforma, pois, numa área na qual confluem exigências biológicas e sociais, e se faz assim depositário de vivências e fantasias persecutórias e terroríficas, de caráter psicótico.

As fantasias persecutórias que impregnam a imagem do atendimento odontopediátrico apareceram em nosso estudo realmente como terroríficas. Os pacientes imaginaram corpos jorrando sangue, bocas estragadas, instrumentos que cortam, corpos em meio a chamas e outras imagens perpassadas por extremo temor em relação à sua integridade física. Nesse momento em que o físico sofre intensas mudanças e é sentido como cambiante, as intervenções sobre o corpo parecem se revestir de intenso e desmesurado medo.

Foram claros também, na comunicação dos pré-adolescentes dessa pesquisa, o fantasiar que surgiu através dos desenhos a cerca do sentimento de impotência por eles vivenciados. Knobel (idem, p.39) assinala que a entrada na adolescência é marcada pela necessidade de intelectualizar e fantasiar:

A necessidade que a realidade impõe de renunciar ao corpo, ao papel e aos pais da infância, assim como à bissexualidade que acompanha a identidade infantil, enfrenta o adolescente com uma vivência de fracasso ou de impotência frente à realidade externa. Isto obriga também o adolescente a

recorrer ao pensamento para compensar as perdas que ocorrem dentro de si mesmo e que não pode evitar. As elucubrações das fantasias conscientes-refiro-me ao fantasiar- e o intelectualizar servem como mecanismos defensivos frente a estas situações de perda tão dolorosas.

Efetivamente os sujeitos pesquisados recorreram por vezes ao pensamento intelectualizado, falando numa linguagem adulta para a sua idade e tentando racionalizar de modo a fazer frente ao seu intenso sofrimento.

Outro achado interessante encontrado em nosso estudo foi o relato das histórias de alguns dos pacientes, realizado na primeira pessoa. Pensamos que tal fato possa se dever a dois fatores: primeiramente à necessidade e urgência imperativas impostas pela situação de crise, de resolver uma problemática que é sentida como muito intensa naquele momento.

Além disso, observamos que tais relatos surgiram com maior frequência nos casos clínicos de pré-adolescentes do que nos de pacientes de menor idade. Tal fato pode ser atribuído a que nessa fase de sua vida, o adolescente está começando a consolidar uma identidade de adulto. Nesse contexto, contar uma história própria parece ser um modo de se apropriar de seus pensamentos e sua identidade ao afirmar “este que fala sou eu”. Outros estudos com a utilização do procedimento em adolescentes ou jovens podem vir a corroborar nossos achados.

Pensamos que as histórias narradas em primeira pessoa durante a utilização do Procedimento de Desenhos-Histórias foi um auxílio para enfrentar situações tão dolorosas e de enorme sofrimento. As crianças e adolescentes de nosso estudo, diante da situação de crise, utilizaram-se das sessões com o uso do D-E para tecer histórias que poderíamos chamar de histórias auto-biográficas.

Em diversos casos clínicos, logo na primeira unidade de produção, os pacientes contavam sua própria história, utilizando as sessões como possibilidade de compreender e tentar ultrapassar suas dificuldades, tecendo uma narrativa que lhes é pessoal e única. É como se dissessem: “esta história é a minha própria”.

Quem fala, fala de si mesmo, para dar conta de seu sofrimento e da dor. Pensamos que esse fato, longe de descaracterizar o instrumento, representa a abertura de novas possibilidades de utilização que merecem estudos posteriores.

5.5 MANIFESTAÇÕES DE FOBIA NA ODONTOPEDIATRIA.

Nos desenhos e relatos das crianças e adolescentes de nosso estudo, pudemos apreender que o receio do atendimento odontopediátrico deve mais apropriadamente ser chamado de uma fobia do que de um simples medo. Em diversos casos a configuração psíquica desencadeada pela perspectiva do atendimento foi denominada pelas próprias crianças e adolescentes de pânico.

Aline, caso clínico 1, fala de uma explosão de seu dente, de sua cabeça, de sua vida (fig.1.6), e comenta: *“minha cabeça ia explodir, meu dente ia se partir em mil pedacinhos”*. Desenha-se a si mesma presa dentro de uma caixa (fig. 1.7), dizendo que *“é um lugar fechado, onde não dá pra gente escapar”*. Transmite assim, um sentimento de paralisia, claustrofobia e desespero. Essa paciente se refere ao atendimento odontológico como algo que a deixa em pânico.

Beatriz, caso clínico 2, também fala em sentir pânico frente à perspectiva do atendimento odontopediátrico. Também representa a si mesma presa dentro de uma caixa (fig. 2.1), dizendo: *“Este desenho sou eu presa. Parece que tem uma coisa que me amarra”*. A menina relaciona o tratamento odontológico a um pesadelo, afirmando que *“é como se fosse uma ameaça, um monstro”*. Fala também de um medo seu de enlouquecer. Na terceira unidade, a menina desenha a si mesma envolta em labaredas. Assim como Aline, associa o atendimento a um estado de pânico.

Encontramos nos relatos dos casos clínicos uma grande similitude entre a dinâmica da personalidade das crianças e adolescentes com receio do tratamento odontopediátrico e a fobia e pânico em psicanálise, pesquisada e descrita minuciosamente por Trinca,W.(1992). Para o autor, a identificação clínica da personalidade fóbica compreende fatores básicos, fatores adicionais e fatores agravantes. Dentre os fatores básicos, o autor enumera a fragilidade do self, angústias de morte, as evitações fóbicas, o uso do outro e demais aspectos de angústia.

Em nosso estudo nos deparamos com a presença desses fatores em praticamente todos os casos estudados, variando em grau e forma de manifestação. Observamos nos sujeitos da pesquisa, o pouco contato com seu mundo interno e a conseqüente manifestação de fragilidades no self. Receios quanto à integridade do corpo e um medo do descontrole de suas mentes surgiram com intensidade, ligados à evitação fóbica do atendimento odontopediátrico.

Tais imagens trazidas pelos pacientes através de seus desenhos e verbalizações, foram intensas e representativas de uma situação emocional de extremo medo e impotência.

Essas imagens, comoventes pela intensidade do sofrimento que transmitem, parecem querer comunicar condições psíquicas ligadas tanto ao desamparo quanto à impotência diante dele. A essas imagens, que surgiram como comovente expressão de fantasias terroríficas e de sentimentos de impotência chamamos, por sugestão de Trinca (2007, informação pessoal), de imagens de inermidade. Segundo Houaiss, (2001, p.1610) inermidade é a qualidade do que é inerme. (fraco, débil e indefeso).

Imagens semelhantes também surgiram no atendimento de Elisa, caso clínico 4, que associa a retirada do dente a um enorme sofrimento, e desenha uma imagem impressionante de seu corpo jorrando sangue (fig.4.1). Expressa também o medo de morrer: *“Desenhei uma barriga jorrando muito sangue e eu chorando. Estou com muito medo de não sobreviver”*.

Na segunda unidade, (fig.4.2) Elisa diz que se sente indo para uma forca, numa situação de grande agonia. Na oitava unidade (fig.4.8), desenha-se no fundo do mar, apenas a cabeça para fora, transmitindo uma sensação de afogamento, de uma luta desesperada contra as ondas que a querem submergir: *“Parece que estou sufocada, sem ar, lutando com dificuldade para subir. E tem as ondas. Estou só com a cabeça fora da água”*.

Na nona unidade (fig.4.9) desenha a si mesma atacada por algo semelhante a lanças perfurantes e diz: *“Estas flechinhas é que estão me atacando”*.

Isabela, na segunda unidade (fig.6.2) desenha uma pessoa morta: *“Aqui desenhei uma pessoa morta”*. Na unidade seguinte diz que se sente paralisada. Na unidade 4 (fig. 6.4) desenha uma menina em meio a poças de sangue. Fala em descontrole, em medo de arrancarem seus órgãos, de ficar inválida e escoar até a morte.

Roberto, caso clínico 7 (fig. 7.8), também fala no terror e na morte: *“Tenho medo de injeção, médico, dentista, também tenho medo de morrer”*. Desenha-se dentro de um caixão. Refere-se ao atendimento odontológico como capaz de o levá-lo a um estado de pânico.

A dinâmica psíquica dos sujeitos de nossa pesquisa muito se assemelha às conclusões de Trinca,W. (1997, p.111) de que,

A personalidade fóbica teme continuamente o caos. Rompe com a harmonia natural e não acredita que forças de vida produzam seu efeito benéfico. Receia a vida e seus processos porque necessita passar por profundas experiências internas de confiança. Depois disso poderia deixar-se levar mais livremente pelo fluxo do ser e da vida.

Os pacientes pesquisados falam constantemente no receio da morte. Teresa, caso clínico 8, desenha a si mesma extremamente enfraquecida, e diz: *“Me dá um estado de morte, me sinto sem energia”*. Fala também de seu corpo em pedaços (fig. 8.5): *“As coisas que desenhei vermelhas são pedaços de mim”*.

Yumi, caso clínico 11, fala sobre como se sente presa em uma caixa fechada, com grades em volta de si (fig. 11.1). Representa assim uma situação de intensa paralisia. Desenha também uma pessoa acorrentada (fig.11.3) reafirmando a idéia de impotência e paralisiação. Renan, caso clínico 12, fala do medo da passagem à inexistência (fig. 12.3): “*Sinto medo de ficar sozinho, de desaparecer na noite*”. Na fig. 12.6 desenha-se preso no fogo do inferno, e fala do medo de desesperar-se e de enlouquecer. Na fig. 12.7, representa a situação do atendimento odontológico como geradora de desespero e pânico.

Tatiana, caso clínico 13, expressa na fig.13.2, uma sensação de rodadoiro e confusão, passíveis de levá-la de roldão sem que ela possa reagir. Representa também seu sentimento de impotência e inermidade ao desenhar-se amarrada e presa (fig.13.3).

Efetivamente, as imagens e sentimentos comunicados pelos sujeitos estudados foram bastante intensos, característicos de um sofrimento psíquico próximo ao do medo do colapso. Sugerimos chamar a essa condição de atitude fóbica diante do tratamento odontológico. Pensamos que tal atitude possa ser a ponta do iceberg no desenvolvimento de uma dinâmica fóbica posterior com toda a seqüela de limitações para o indivíduo. A possibilidade de elaboração e reestruturação dessa dinâmica, por meio de um trabalho terapêutico de maior duração, beneficiaria crianças e adolescentes por sua acolhida mais precoce.

As sessões clínicas com a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias foram muito ricas em propiciar a comunicação, através de imagens e das correspondentes verbalizações, de uma condição psíquica que precisa ser expressa e acolhida. Pensamos que tal condição necessita encontrar possibilidades de ajuda terapêutica que possibilite reorganizações internas e alívio do sofrimento.

6 CONCLUSÕES

“Forjar, domar o ferro à força,
não até uma flor já sabida,
mas ao que pode até ser flor,
se flor parece a quem o diga”

João Cabral de Melo Neto

Retomando a perspectiva que motivou nossa pesquisa (a apreensão dos dinamismos psíquicos de crianças e adolescentes com medo do atendimento odontopediátrico), concluímos que o estudo permitiu captar, em profundidade, conflitos intensos, fantasias terroríficas e mecanismos de defesa postos em ação e exacerbados diante dessa situação de crise. Auxiliou os pacientes a tomarem contato com uma realidade psíquica, que de outro modo, ficaria desconhecida e fortemente atuante.

Tínhamos como ponto de partida para essa pesquisa, demonstrar: a existência de conteúdos mentais inconscientes que condicionam uma determinada postura frente ao tratamento odontológico, a capacidade de facultar o acesso a tais conteúdos nas sessões com a utilização do D-E, e a possibilidade de apreensão e contato profundo com os mesmos.

Realizado a partir de uma compreensão psicanalítica, esse trabalho possibilitou confirmar a presença de mecanismos inconscientes marcadamente intensos que subjazem ao posicionamento mental diante do tratamento odontopediátrico. Foi possível apreender quais os conteúdos mentais inconscientes determinantes do posicionamento fóbico diante da experiência odontológica e chegar a uma visão globalística da dinâmica emocional do grupo. Os conteúdos profundos puderam vir à tona, oferecendo-se para serem pensados e aprofundados a partir da sequência dos desenhos e verbalizações, com o auxílio das intervenções realizadas por nós durante o processo.

A pesquisa permitiu relacionar os conteúdos emocionais apreendidos a mecanismos inconscientes da personalidade de cada paciente e pensá-los em relação a vicissitudes ocorridas nos primeiríssimos cuidados com as crianças e adolescentes estudados.

Chegamos à conclusão de que tais reveses parecem ter comprometido sua possibilidade de confiança no ambiente como cuidador e amigável. Desse modo, os sujeitos desse estudo temem a própria agressividade como desestruturadora de seu entorno,

projetando-a no mundo externo, que adquire assim, características muito perigosas. Reprimindo toda a hostilidade e sentindo-se impossibilitados de se impor diante do mundo, a agressividade fica impedida de ser canalizada para o brincar, a construção, o criar e o viver. Há como consequência todo um comprometimento na capacidade de confiança no mundo como um lugar onde existe o bom, e no outro como capaz de cuidar adequadamente.

Pudemos verificar também que o receio do tratamento odontológico é de enorme intensidade, aproximando-se muito mais de uma fobia do que do simples medo.

As angústias eliciadas são muito intensas e estão ligadas ao momento de crise frente à perspectiva do atendimento odontológico, apoiando-se, no entanto, em características pré-existent e profundas da personalidade.

Pudemos concluir que na situação do tratamento odontológico, angústias pregressas são reativadas por determinantes atuais. O fato de essa intervenção realizar-se na cavidade oral está intrinsecamente ligado à qualidade dessas angústias, já que a boca condensa fantasias representativas do primeiro vínculo com a mãe na experiência de amamentação. A intensidade do sofrimento apresentado pelas crianças e adolescentes não pode ser desprezada. Essas crianças necessitam de acolhimento para suas ansiedades e impedimentos através de abordagens que facilitem a reorganização de sua dinâmica interna.

A aproximação à compreensão da dinâmica psíquica, no caso do grupo aqui estudado, chama a atenção para a necessidade de oferecer auxílio terapêutico a crianças e adolescentes com a mesma dificuldade. Concluimos que a situação de crise frente ao atendimento odontopediátrico é intensificada pela crise representada pelo início da adolescência, pois nesta fase da vida as intensas mudanças físicas suscitam uma fragilidade em relação ao próprio corpo e mente.

Observamos, no conjunto dos indivíduos estudados, um afloramento de fantasias inconscientes comuns, verdadeiros pontos de confluência de seus psicodinamismos individuais. Tais fantasias apareceram como reativação de conflitos anteriores, que necessitam ser aceitos e comunicados.

Verificamos características tais como: uma estruturação frágil do self, o constante desenfoque dos indivíduos em relação a si mesmos, uma tendência para a auto invalidação e o descrédito, uma visão pouco clara de seus conflitos e pouca crença na sua capacidade para enfrentá-los. Pudemos observar, por outro lado, a presença de forças de vida em seu mundo interno e movimentos no sentido da reorganização de sua personalidade. Notamos que durante a produção das imagens gráficas emergiu um autoconhecimento não integrado, angústias e medos em busca de reordenação e nomeação.

A identificação dos conflitos permite aos sujeitos reconhecê-los como seus, e reordenar suas defesas frente a eles, podendo assim enfrentá-los ativamente. Ao comunicarem seus receios e se sentirem entendidas, as crianças e adolescentes foram podendo compreendê-los melhor, o que lhes permitiu movimentos de desenvolvimento pessoal. Percebendo sua dinâmica psíquica interna, puderam começar a encarar ativamente seus medos, ao invés de ser sujeito passivo deles.

Concluimos que esses resultados são imensamente facilitados pelo caráter lúdico do instrumento utilizado, que permite compor relações e interpretações no momento em que o material é trazido à tona. Além disto, o D-E tem por característica respeitar o grau de tolerabilidade de cada criança e adolescente no processo, permitindo-lhe aproximar-se de seus conflitos de um modo gradativo que o próprio sujeito modula.

Concordamos com Winnicott (2000, p.235), quando se refere às entrevistas de diagnóstico com a criança, dizendo que:

Na primeira entrevista é muitas vezes possível e nada perigoso fazer uma espécie de tratamento psicanalítico em miniatura. Se a análise é iniciada posteriormente, em geral descobre-se que foram necessários vários meses para cobrir novamente o mesmo território [...] Aliás, em psiquiatria uma entrevista de diagnóstico só é frutífera se for também terapêutica.

Nesse contexto, o paciente presente uma oportunidade rica para compreender suas dificuldades. A situação de crise apenas veio intensificar focos nodais de conflitos que se encontravam em relativo, mas instável equilíbrio, alcançado geralmente à custa de liberdade e flexibilidade internas. Nosso estudo permitiu concluir que a angústia circunstancial ligada ao atendimento odontológico remonta a características psicodinâmicas profundas da personalidade como um todo, que abrangem a problemática situacional, mas simultaneamente a ultrapassam.

Acreditamos que o desencadeamento da crise e o avivamento desses mecanismos psíquicos, se aparentemente desagradável, constitui-se também em momento oportuno e precioso para intervenções favorecedoras da reorganização da personalidade como um todo, possibilitando o desvelamento da fragilidade de sua estruturação e permitindo-lhe certo fortalecimento. Se não puderem elaborar as emoções, as crianças e adolescentes ficarão indefesos diante de seus conflitos e a mercê da invasão de fantasias inconscientes frente à situação atual de crise. Permanecem, então, expostos a fantasias terroríficas de serem machucados e agredidos durante o atendimento odontopediátrico, e temos por hipótese que tais receios também surgiriam diante de outras intervenções na área da saúde.

No caso de nosso estudo, o excesso de fantasias impedia os sujeitos de organizarem suas mentes, mas com o auxílio das sessões com o D-E e das intervenções por nós realizadas, movimentaram-se no trabalho de conhecerem seu modo de funcionamento mental e na busca de compreensão de suas vivências internas. Por não conseguirem integrar sozinhos um sentido próprio a seus sentimentos, os pacientes estudados ficavam distanciados de si mesmos, o que num círculo vicioso incrementava o desconhecimento e a fragilidade.

As intervenções com o uso do D-E facilitam que se vençam as resistências e se reconheçam os conflitos, em movimentos que surgem como criativos e muitas vezes surpreendentes e espontâneos.

Pensamos que, nos casos específicos aqui estudados, se uma abordagem terapêutica não for possibilitada, as tendências emocionais presentes, ligadas ao temor ao atendimento odontopediátrico, continuarão repercutindo em tratamentos subseqüentes ou mesmo em outros atendimentos na área da saúde.

Ao final dessa pesquisa, pudemos verificar que a dinâmica psíquica da maioria das crianças e adolescentes pôde emergir e ser compreendida. Verificamos uma tendência dos pacientes a progredirem no sentido do amadurecimento e do desenvolvimento internos. As sessões clínicas com o D-E facultaram o amplo contato com as angústias nodais e conflitos básicos, e certa elaboração dos mesmos, com um conseqüente ganho de confiança, liberdade interna, espontaneidade e flexibilidade. Houve uma reorganização dos pensamentos e dos mecanismos de defesa antes usados para lidar com os conteúdos angustiantes. Apesar da ansiedade intensa que era trazida em cada unidade, as crianças puderam continuar com o processo, graças às intervenções e ao precioso auxílio do procedimento. O aprofundamento no trabalho não resultou, em nenhum caso, em angústia excessiva ou exacerbação da fragilidade interna. Percebendo-se no comando da situação, a criança sente-se encorajada e estimulada a prosseguir. Na maioria dos casos verificamos um fortalecimento da capacidade de enfrentamento das próprias dificuldades.

Concordamos com Winnicott (1983, p.63), quando afirma que:

O desenvolvimento emocional ocorre na criança quando se provêem condições suficientemente boas, vindo os impulsos para o desenvolvimento de dentro da própria criança. As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são tremendamente fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride.

Assim, a pesquisa dentro de um setting apropriado e a partir de um embasamento teórico fundamentado no estudo da psicanálise, ofereceu condições para que as crianças e adolescentes tomassem contato com conflitos profundos de sua personalidade, exacerbados

pela situação de crise e trazidos à luz nas consultas com a utilização do D-E, partindo assim em busca de reorganização.

Ao final desse trabalho, concluímos que todo o processo permitiu que:

- Sentimentos dispersos de fraqueza e fragilidade fossem contatados e compreendidos. Por vezes puderam ser substituídos por novos arranjos e tomaram outras organizações mais integradas.
- Conflitos fossem trazidos à tona, para serem reconhecidos, e estes sofreram certa elaboração.
- Mecanismos de defesa fossem apreendidos, e em alguns dos casos substituídos por outros mais evoluídos.
- As fantasias fossem amplamente comunicadas para serem reconhecidas e substituídas por uma visão mais realística da situação do atendimento odontológico.

Sugerimos pesquisas com crianças de menor idade e com adultos, de modo a verificar se as angústias e conflitos nodais são semelhantes, pois não encontramos nenhuma referência a esses grupos na literatura pesquisada.

No caso específico desse estudo, as crianças e adolescentes foram encaminhadas de consultórios particulares, e suas mães as trouxeram para o atendimento, demonstrando certa compreensão quanto ao sofrimento mental da criança, bem como alguma empatia para com este. Eram, em sua maior parte, elas mesmas receosas em relação a tratamentos odontológicos, médicos ou cirúrgicos. Sugerimos que sejam realizadas pesquisas em clínicas escolas, hospitais, postos de saúde e outros locais de atendimento a crianças mais carentes, nos quais pensamos que os pacientes com dificuldades frente ao atendimento podem ter seus medos não percebidos pelos pais e profissionais que os atendem. Nas clínicas escolas, inclusive, muitos dos profissionais são graduandos. Se a estes estudantes for acessível o contato com pesquisas que permitam a compreensão da profundidade das emoções mobilizadas diante do atendimento que prestam às crianças, eles poderão reconhecer a presença de angústias muito intensas, sensibilizar-se com elas e quando necessário encaminhar tais pacientes para que recebam ajuda especializada.

Ao término desse trabalho concluímos que há ansiedades intensas presentes nessa situação que precisam ser aceitas, compreendidas e elaboradas para que não se perpetuem. Essa pesquisa pretende alertar e sensibilizar os odontólogos, auxiliando-os na percepção da existência de uma dinâmica emocional subjacente ao seu atendimento, que pode requerer reorganizações dentro de um setting terapêutico.

O reconhecimento de que existem processos mentais que são postos em movimento frente à necessidade do tratamento odontológico, facilita o encaminhamento para uma ajuda

terapêutica. Tais conteúdos internos puderam ser amplamente acessados e verificamos que exercem uma enorme repercussão sobre o psiquismo da criança e do adolescente. Acreditamos na necessidade de abordagens que evitem o incremento e a cristalização de mecanismos defensivos rígidos, frente ao temor do atendimento odontopediátrico.

Ficou clara em nossa pesquisa a existência de uma dinâmica da personalidade responsável pelo receio frente ao tratamento odontopediátrico. Tal dinâmica psíquica se exacerba e se mostra com clareza nessa situação de crise. Nessa condição, as sessões com a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias demonstraram um vértice terapêutico, possibilitando a aceitação de partes da personalidade antes suprimidas, a elaboração de conflitos, a modificação das defesas e certa reestruturação do psiquismo como um todo. Pensamos que tais achados do presente estudo podem constituir-se em contribuições para futuras pesquisas que venham a consolidar o Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de abordagem terapêutica a pacientes com dificuldades extremas frente ao tratamento odontopediátrico. No quadro seguinte, expomos as alterações observadas na dinâmica psíquica das crianças e adolescentes estudados.

Quadro de reorganizações, e elaborações favorecidas pelas intervenções com D-E:

Início dos atendimentos	Final dos atendimentos
Fantasias de aniquilamento.	Diminuição das angústias de aniquilamento, aumento da integração e maior ligação com a vida.
Auto invalidações.	Percepção do próprio valor e da força interna.
Receio de desestruturar-se, dissipar-se, desorganizar-se.	Percepção de si mesmo como alguém inteiro. Recuperação do sentimento de ter um si mesmo com o qual contar nas dificuldades.
Sentimento de pouco valor e auto-depreciação.	Diminuição do olhar crítico que invalida e fragiliza.
Atitude defensiva na relação com o outro.	Crença na possibilidade de ser cuidado. Aumento da confiança em si mesmo e no outro.
Sentimento de estar desprotegido e à mercê de perigos .	Sentimento de confiança no bom.
Conflito entre dependência e independência.	Possibilidade de assumir a condição de autonomia.

Receio de ser atacado por exprimir impulsos agressivos.	Canalização do impulso agressivo para a construtividade e o enfrentamento das dificuldades.
Sentimento de estar alquebrado, debilitado.	Sentimento de força interna e ânimo. Presença de forças de vida.
Sentimento de falsidade e insegurança.	Noção de possuir um self verdadeiro com o qual contar e se relacionar, o que resulta em mais firmeza e segurança.
Medo de perder o controle, e de entrar em pânico durante o atendimento odontológico.	Sentimento de presença de um si mesmo capaz de controle e de sustentação interna.
Angústias de morte.	Presença de forças de vida, ligação, contato.

Na maioria das crianças e adolescentes aqui estudados, verificamos um movimento em direção ao desenvolvimento e à reorganização. Tal expressão, surgida freqüentemente na última unidade de produção, culminava com um sentimento de integração. Esta integração se manifestou na representação que as crianças fizeram delas próprias nos desenhos e nas verbalizações. Essa imagem integradora de um si mesmo foi comunicada através da figura que a criança fazia de si, acompanhada da verbalização: Sou eu! Ou através de uma flor, um arco íris colorido, um lugar iluminado e alegre junto à natureza.

Penso que essas unidades, em que o colorido e o movimento surgiram de modo repentino e espontâneo, expressam a surpresa e a alegria do encontro da criança e do adolescente com seu verdadeiro self. Para Winnicott (1983, p.135),

No estágio inicial o self verdadeiro é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a idéia pessoal. O gesto espontâneo é o self verdadeiro em ação. Somente o self verdadeiro pode ser criativo e sentir-se real.

A comunicação propiciada pelas intervenções com o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias permitiu o contato profundo dos pacientes com suas dificuldades, suas angústias e também com suas forças internas. Esse contato pareceu auxiliar na percepção de que têm um ser interior com o qual podem contar, e as crianças e adolescentes comunicam essa descoberta com espontaneidade e alegria.

Nesse contexto, tal atendimento poderia ser uma alternativa para a sedação ou contenção física das crianças e adolescentes nesse momento de crise. Penso que a sedação reforça o sentimento da criança de que só consegue se relacionar com as dificuldades e com as situações de crise através do apagamento de seu ser.

O uso de medicação sedativa aumentaria, portanto, o sentimento de fragilidade interna e de impossibilidade de enfrentamento das vicissitudes da vida. A contenção física por outro lado, poderia incrementar a introjeção da idéia de que o atendimento odontológico é cenário de punição e castigo por aspectos hostis da criança, por suas malcriações e mal comportamento, e a faria sentir o atendimento como realmente perigoso e ameaçador. Penso que a contenção física pode reiterar ansiedades profundas de imobilidade, perseguição, impossibilidade de opção e passividade diante do ambiente externo. Nesse caso, a ameaça interna seria corroborada e incrementada pela vivência externa.

As intervenções com o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias foram, portanto, sob este vértice, um facilitador do posterior atendimento odontopediátrico e futuros estudos poderão consolidá-lo como instrumento de

abordagem terapêutica a essa problemática freqüentemente apresentada nos consultórios de odontopediatria. Pensamos que novas pesquisas, que utilizem o D-E em abordagens terapêuticas, possam vir a corroborar nossos primeiros achados e consolidar a utilidade do instrumento na facilitação, no acesso e na elaboração dos conflitos diante do momento de crise frente ao tratamento odontopediátrico.

A ligação, a reestruturação e a reorganização de angústias e defesas contra elas, são pedidos que emanam dos desenhos como potencialidade criadora e essas necessidades se manifestam nas estórias, dentro do espaço potencial existente entre o profissional e a criança.

As consultas utilizando o Procedimento de Desenhos-Estórias permitiram a apreensão e a comunicação de sentimentos e emoções antes confusas, e obscuras, possibilitando-lhes ser progressivamente reconhecidas e usadas no fortalecimento do self dessas crianças e adolescentes. Impulsos agressivos e hostis, ao serem aceitos, compreendidos e integrados na personalidade total, podem ser canalizados para a criatividade, a construção e o viver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. *Abordagens à Psicanálise de Crianças*. Tradução Francisco Franke Settiner. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 200p.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Tradução Suzana Maria Garagoray Balve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 92 p.

AIELLO-TSU, T.M.J.A. Vício e loucura: Estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental através do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. *Boletim de Psicologia*, São Paulo (SP), v.41, n.94-95, p.47-56, 1991.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.A. et al. Representação de vestibulandos sobre doença mental através do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. In: *III Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. Resumos. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP, 1995, p.135.

_____. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, W. (Org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*. São Paulo (SP): Vetor, 1997. p.255-288.

AMARANTE, E.C. Atualize-se sobre o uso da sedação consciente por óxido nitroso em odontologia. *RBO-Revista Brasileira de Odontologia*, v.60, n.2, p.95-98, mar./abr. 2003.

AMIRALIAN, M.L.T.M. *Compreendendo o cego através do Procedimento de Desenhos-Estórias: uma abordagem psicanalítica da influência da cegueira na organização da personalidade*. 1992. 189 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

_____. O Procedimento de Desenhos-Estórias na psicoterapia analítica breve de pessoas com deficiências e problemas especiais de saúde: apresentação de um caso. In: *III Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. Resumos. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, 1995, p.127.

_____. O Procedimento de Desenhos-Estórias como terapia analítica breve. *Boletim de Psicologia*, São Paulo (SP), v.47, n.106, p.41-56, 1997.

_____. Pesquisas com o método clínico. In: TRINCA W. (Org) *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*. São Paulo (SP): Vetor, 1997, p.157-178.

ANDRADE, C.D. a. *Antologia Poética*, Rio de Janeiro: Record, 1993, p.91.

_____. b *Antologia poética*, Rio de Janeiro: Record, 1993, p.138.

BARBOSA, A.M.S. *Viagem ao vale da morte: estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama*. 1989,303 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

BELLAK, L.; SMALL, L. *Psicoterapias de emergência e psicoterapia breve*. Tradução Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1980. 270 p.

BELMONT, L.F. *Estudo da aceitabilidade dos responsáveis (pai ou mãe) em relação a algumas técnicas de manejo comportamental existentes em odontopediatria*. 2000. 107p. Dissertação (Mestrado em odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

BRITO, M.R.S. *Dinâmica das relações familiares e perturbação no processo de identificação de meninos com o papel sexual masculino*. 1986. 287p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da PUCCAMP. Campinas (SP).

BORGES, T.W. *O Procedimento de Desenhos-Estórias como modalidade de intervenção nas consultas terapêuticas infantis*. 1998. 162p. Tese (Doutorado em psicologia) -Instituto de Psicologia da USP, São Paulo (SP).

CANTO-PEREIRA, L.H.M. *Influência do ambiente sobre os limiares de percepção e de tolerância à dor dentária: um estudo psicofísico*. 1997. 76p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

CARDOSO, C.L. Ansiedade frente ao tratamento odontológico em uma clínica-escola: Observação de crianças e alunos. In: *Psico Porto Alegre*, Porto Alegre, v.34, n.2, p.317-331, 2003.

_____.Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. *Estudos de Psicologia*, Campinas (SP): v.22, n.1, p.5-12, 2005.

CASTRO, A.M. *Avaliação da ansiedade e comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos preventivos e a correlação dos fatores influenciadores*. 2000.137p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba (SP).

CASTRO, C.C. *Uma interpretação psicodinâmica da observação das mulheres estéreis com endometriose*.1990. 390p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

COSTA, C.A. *Odontopediatria*, Rio de Janeiro: Científica, 1962, p.48-64.

CORREA, M.S.N.P. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Editora Santos, 1998. 850p.

CRAIG, N. Hand over mouth technique. *J Dent Child*, v. 38, p.387, 1972.

FERNANDES, M. A. *Fantasia inconscientes de primigestas através do Procedimento de Desenhos-Estórias*. 1998.130 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP).

FLORES, R.J. *A utilidade do Procedimento de Desenhos-Estórias na apreensão dos conteúdos emocionais em crianças terminais hospitalizadas*. 1984.221 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP).

FREUD, S. (1909) *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v.10.

GIANOTTI-HALAGGE, A. *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas sobre o paciente a família*. 1988. 161p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

GIMENEZ, M. *Estudo da fobia escolar*. 1983. 255p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da PUCCAMP, Campinas (SP).

GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos, 1997. 943 p.

GUIDI, M. L. M; Duarte, S.G. Um esquema de caracterização sócio econômica. *Rev. Bras. Estudos pedagógicos*, v.52, n.115, p.65-82, 1969.

HAMES, S.L. *Considerações sobre a realidade externa e o mundo interno de crianças portadoras de doença péptica*. 1992. 246 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP).

HERRMANN, F. (1993) Uma aventura: A tese psicanalítica. In: SILVA, M.E.L (Coord), *Investigação e psicanálise*. Campinas (SP): Papirus, 1993. p.133-157.

ISSAO, M.; GUEDES-P. A. C. *Manual de Odontopediatria*, São Paulo: Pancast Editora, 1994. 313 p.

KLEIN, M. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Tradução (Coord): Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1991. 398 p.

_____. *A Psicanálise de Crianças*. Tradução Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 352 p.

_____. *Amor, Culpa e Reparação*. Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. 504 p.

KNOBEL, M. *Psicoterapia Breve*. São Paulo, EPU, 1986. 110 p.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário de Psicanálise*. Tradução Pedro Tamen. 4ª ed.. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 552 p.

LEVITAS, T.C. Home-Hand over mouth exercise. *J Dent Child*, v.41, p.178-82, 1974.

McBRIDE, W.C. *Juvenile Dentistry*. Philadelphia: Lea &Febiger, 1952. p.16-45.

MÁZZARO, A. C. *Investigação clínica da personalidade de adolescentes homicidas através do Procedimento de Desenhos-Estórias*. 1984.146p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica, Campinas (SP).

MELO NETO, J.C. *Serial e Antes*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997, p.41.

_____. *Poemas pernambucanos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p.179.

_____. *A Educação pela Pedra e Depois*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997, p.289.

MESTRINER, S.M.M.E. *O Procedimento de Desenhos-Estórias em crianças asmáticas*. 1989. 234p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

MORENO, N.M.M. *Estudo da personalidade de pacientes com deficiência mental leve através do Procedimento de Desenhos-Estórias*. 1985. 213p. Dissertação (Mestrado em Psicologia.) - Instituto Metodista de Ensino Superior, São Bernardo do Campo (SP).

OCAMPO, M.L.S. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. Tradução Miriam Felenszawalb. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. 437 p.

OLIVEIRA, F.C.M. Psicanálise aplicada à odontologia e odontopediatria. *Pulsional: revista de psicanálise*, São Paulo (SP), ano. XIV, n.143,-.42-48, mar.2001

_____. Um método para a apreensão dos conteúdos emocionais da criança em odontopediatria. *Pulsional: revista de psicanálise*, São Paulo, ano. XIV, n.150, p.32-35, out. 2001.

_____. Contribuições da psicanálise à odontopediatria. *Pulsional: revista de psicanálise*, São Paulo (SP), ano XV, n. 164, p.50-54, dez.2002.

_____. F. C. M. e TARDIVO, L. S. L. P. C. Utilização do Procedimento de Desenhos e Estórias em odontopediatria como um facilitador do atendimento. In: *XII Congresso Latino Americano de Horschach e outras técnicas projetivas*, Montevideo, 2003.

OUTEIRAL, J.O. *Infância e adolescência: psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. 288 p.

PEDROSA, G.W.H. Avaliação da ansiedade odontológica em pacientes submetidos ao tratamento de urgência odontológica. *Stoma Lisboa*, v.63, p.14-17, 2002.

PRADO, A. *Bagagem*. Rio de Janeiro: Record, 2005. p.17.

ROBERTS, J. F. Hand over mouth technique. *Brit Dent J*, v.60, n.5, p.151, mar.1986.

ROSA, J.G. *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p.65.

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica, In: SILVA, M.E.L. (org). *Investigação e Psicanálise*, Campinas: Papirus, 1993. p.119-131.

SARAMAGO, J. *Cadernos de Lanzarote II*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p.478.

SIMON, R. *Introdução à Psicanálise – Melanie Klein*. São Paulo: EPU, 1986. 135p.

_____. *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 253 p.

_____. Pesquisa Combinando Técnicas projetivas e Psicanálise, In: SILVA M.E.L (Org). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993. p.159-171.

SPITZ, R. *O primeiro ano de vida*. Tradução Erothildes Millan Barros da Rocha. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1993. 279 p.

TARDIVO, L.S.P.C. *Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade*. 1985. 208p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

_____. *Teste de Apercepção infantil com figuras de animais (CAT-A) e Teste das Fábulas de Duss: Estudos normativos e Aplicações no Contexto das Técnicas projetivas*. 1992. 544p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

TRINCA, A.M.T. *A apreensão de conteúdos emocionais de crianças em situação pré-cirúrgica*. 1987. 305p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) -Instituto de Psicologia da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

_____. A.M.T. *O Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica na pré-cirurgia infantil: um estudo qualitativo*. 2002. 254p. Tese (doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

_____. Processo Diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA,W.(Org) *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*. São Paulo (SP): E.PU; 1984. p.14-24.

TRINCA, W. *Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática*. Belo Horizonte: Interlivros,1976.174p.

_____. *A personalidade fóbica: uma aproximação psicanalítica*. Campinas (SP): Papirus, 1992. 151 p.

_____. *Fobia e pânico em psicanálise*. São Paulo: Vetor, 1997. 131 p.

_____. *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*, São Paulo: Vetor, 1997. 292 p.

_____. *O Pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 156 p.

_____. A pesquisa em psicanálise como uma sequência de movimentos criativos. *Rev. Psicol. Hospitalar*, São Paulo (SP), v.9, n.1, p.14-17, 1999.

_____. Considerações sobre um modelo de pesquisa em psicanálise. *Psychê, Revista de Psicanálise*, São Paulo, v.6, n.10, p.195-204, 2002.

VIANNA, L.S. *Psicologia infantil e psicossomática em odontologia pediátrica*. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 1961,149p.

WEILL. P; DAMBRÓSO U.; CREMA R. *Rumo a Nova Interdisciplinaridade:Sistemas Abertos de Conhecimento*.3 ed.São Paulo: Summus,1993.

WINNICOTT, D.W. (1949). O desmame. In_____. *A criança e seu mundo*. Tradução Álvaro de Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1971. p. 89-94.

_____. (1953) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In _____. *O Brincar e a Realidade*. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. p.13-44.

_____. (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O Brincar e a Realidade*. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. p.153-162.

_____. *O Brincar e a Realidade*. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. 208p.

_____. (1965) Raízes da agressividade. In_____. *A criança e seu mundo*. Tradução Álvaro de Cabral. Rio de Janeiro: LTC ed., 1982. p. 262-270.

_____. *A criança e seu mundo*. Tradução Álvaro de Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora,1982. 270p.

_____. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In_____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1983. p.38-54.

_____.(1963). Da dependência á independência no desenvolvimento do indivíduo. In:_____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1983. p.79-87.

_____.(1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In:_____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1983. p. 128-139.

_____.(1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In:_____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1983. p.55-61.

_____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1983. 268p.

_____. *A Natureza Humana*, Tradução brasileira de Davi Litman Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. 220 p.

_____.(1958). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In_____. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipella. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p.3-20.

_____.(1961). Adolescência. In _____. *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Tradução Marcelo Brandão Cipella. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p.115-128.

_____.(1957) A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In _____. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipella. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p.153-164.

_____. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipella. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 247p.

_____. *Conversando com os pais*. Tradução Álvaro Cabral. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 152 p.

_____.(1965). O Conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In_____. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução José Octávio Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.102-115.

_____. (1968). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: _____. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução José Octávio Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.171-177.

_____. (1968). O Jogo do Rabisco. In: _____. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução José Octávio Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 230-243.

_____. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução José Octávio Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. 460p.

_____. (1968). A amamentação como forma de comunicação. In: _____. *Os bebês e suas mães*. Tradução Maria Helena Souza Patto. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.19-28.

_____. (1964). O recém nascido e sua mãe. In _____. *Os bebês e suas mães*. Tradução Maria Helena Souza Patto. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 29-42.

_____. *Os bebês e suas mães*. Tradução Maria Helena Souza Patto. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 98p.

_____. (1965) O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In _____. *Tudo começa em casa*. 3 ed. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.171-182.

_____. *Tudo começa em casa*. Tradução de Paulo Sandler. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 282 p.

_____. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p. 218-232.

_____. (1948) Pediatria e Psiquiatria. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p. 233-253.

_____. (1950) A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional. In _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução brasileira de Davy Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p.288-304.

_____. (1956) Preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução brasileira de Davy Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. p.399-405.

_____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução brasileira de Davy Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. 456p.

Wolf, S. *Psicologia no Consultório Odontológico*. São Paulo: Arte e Ciência Editora, 2002. 174 p.