

A PSICANÁLISE NO CENÁRIO ODONTOPEDIÁTRICO

PSYCHOANALYSIS IN THE PEDIATRIC DENTISTRY SCENARIO

¹ Walter Willian Pereira Barreto

RESUMO

Pensando nas interfaces que a psicanálise tem com inúmeras áreas do conhecimento, este artigo aponta para uma abordagem integradora entre a odontologia para bebês e a psicanálise. Procura se descrever conceitos teóricos à luz da psicanálise, contemplando Winnicott, Dolto e outros colaboradores, de modo a contribuir profilaticamente para a saúde física, psíquica desta e do adulto a devir.

Palavras-chave: Psicanálise. Odontologia. Bebês.

ABSTRACT

Thinking about the interfaces that psychoanalysis has with many areas of knowledge, this chapter points to an integrative approach between infant dentistry and psychoanalysis. It seeks to describe theoretical concepts in the light of psychoanalysis, contemplating Winnicott, Dolto and other collaborators, in order to contribute prophylactically to the physical and psychic health of the adult and to become.

Keywords – Psychoanalysis. Dentistry. Babies.

1 - INTRODUÇÃO

Dolto (apud Nasio 1995) descreve que durante os primeiros meses de vida, é necessário ter uma única pessoa para servir o bebê, afim de que ele se centre em seu próprio interior. Desde o começo a mãe deve ser mediadora das outras, pois o bebê somente fundamenta sua existência através de da relação com o outro. Quando a mãe se ausenta, o bebê fica privado dos seus referenciais, é como que desertado (o

¹ Graduado em Psicologia pela Faculdade Dom Bosco de Filosofia, Ciências e Letras de São João Del Rei (FUNREI). Especialista em Psicologia Educacional pela Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte (PUC/BH). Mestre em Ciências da Educação pelo Instituto Pedagógico Enrique Jose Varona Havana/Cuba. Psicanalista e professor no curso de Psicologia da Faculdade Arnaldo Janssen de Belo Horizonte – MG.
E-mail: wwpbarreto@uol.com.br

objeto perdido é também o sujeito que se perde), mas se recupera quando ela retorna. Desde muito cedo, o bebê armazena em sua memória percepções de encontros auditivos, olfativos e visuais. Esses vestígios formam pontes e são memorizados. Pouco a pouco o bebê passa a poder suportar a ausência materna, e essa dialética presença e ausência é vital para a dinâmica da sua vida mental. Os bebês nos primeiros seis meses de vida estão em um estado que Winnicott (apud Násio 1995) chamou de dependência absoluta.

A criança neste período se encontra em um estágio onde ela e a mãe são uma só, o corpo da mãe é uma extensão do seu eu.

2 - AS TRÊS FUNÇÕES MATERNAS E O OBJETO TRANSICIONAL EM WINNICOTT

Winnicott nomeou de três funções maternas: a primeira é a apresentação do objeto, que seria a apresentação do seio ou da mamadeira, onde o bebê acha que o corpo da mãe é uma extensão do seu eu, o seio que o alimenta não está a parte de si e sim “aparece” quando o lactente sente confusamente a sua falta e está pronto para imaginá-lo, o bebê vive assim a experiência de onipotência ilusória.

A segunda função é a sustentação ou holdinig, que enfatiza o modo de segurar o bebê, não só fisicamente, mas também psiquicamente. O modo como segura o bebê dá esteio a o eu da criança colocando-a em contato com a realidade dando ponto de referência simples e estáveis, que é necessário para que ele leve a cabo seu trabalho de interação no tempo e no espaço.

A manipulação ou handling é outra função que enfatiza a manipulação do bebê enquanto ele é cuidado, está ligada a troca de roupa, ao banho, ao “ninar”. O emprego desta terceira função materna é importante para o bem estar físico do bebê, que aos poucos vai se percebendo vivendo dentro de um corpo e com isto realiza uma união entre sua vida psíquica e seu corpo. É o que Winnicott chama de personalização.

Assim, à medida que o bebê cresce o significado primeiro do segurar fisicamente o corpo do bebê, amplia-se cada vez mais, até englobar a função de todo o grupo familiar, em sua designação de entorno da criança. Os processos de maturação da criança são facilitados no saber segurá-la, manipulá-la mal pode ocorrer à quebra de sua adaptação e interrupção do processo. Algumas mães podem "sustentar" seu bebê,

e outras não. Trata-se de poder lidar com o sentimento de onipotência inicial do bebê, poder estar em total sintonia com suas necessidades biológicas e psicológicas. Nessa época, o bebê necessita de uma mãe que dê esteio ao nascimento e desenvolvimento das principais funções do eu – o encontro com os objetos do mundo externo e a unificação entre a vida psíquica e o corpo. Quando a mãe não cumpre essas funções, o que poderá surgir é uma angústia impensável.

A criança desde o nascimento até aos seis meses está em uma fase de total dependência da mãe – dependência absoluta, segundo Winnicott.

Ao longo de toda a infância, experiências positivas não são apenas temporariamente reassseguradoras: o efeito cumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança é a construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança. A crença da criança nas coisas boas e nos bons relacionamentos dentro de si é fortalecida. Esses pequenos passos na solução dos problemas centrais ocorrem na vida diária do bebê e da criança pequena, e a cada vez que o problema é resolvido, algo é acrescentado ao seu sentimento de estabilidade geral, fortalecendo as fundações de seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 2000).

No período em que a mãe e o bebê estão, cada vez mais começando a se diferenciar como criaturas parcialmente separadas, as experiências e objetos compartilhados entre ambos possuem uma qualidade eu e não eu. Eles não são nem a criança, nem a mãe. Em certo sentido, o mundo total é experimentado como transicional entre o eu e o não eu. O adjetivo “transicional” indica o lugar e a função que esses fenômenos, esses objetos, ocupam na vida psíquica da criança. Eles vêm alojar-se num espaço intermediário entre a realidade interna e a realidade externa.

Esse espaço intermediário vem para tentar apaziguar o choque ocasionado pela percepção de uma realidade externa cheia de coisas e pessoas, e pela relação da realidade externa e interna povoada de fantasias pessoais. O lugar ocupado por esse espaço é qualificado de transicional. Para Winnicott (2000) o aparecimento deste espaço transicional é o sinal de que a mãe da primeira fase foi suficientemente boa.

O objeto transicional é sinal tangível da existência do espaço transicional. Este objeto, carregado de significações, serve de defesa contra angústia depressiva, pois é dotado das qualidades da mãe dos momentos tranqüilos.

Vivendo em uma sociedade ocidental, onde os lactentes e crianças dormem sozinhas, sem um parente ou um dos pais a quem eles possam recorrer durante os perigos da escuridão e do vazio noturno, os objetos e experiências são agarrados para confortá-las, enquanto ajudam a complementar uma sensação de imagens físicas, quando esta regride durante a experiência total do dormir, especialmente sozinhas. Os objetos que estão ligados a situação de cuidados, alimentação e ao sono, devem possuir, alguns aspectos daquelas experiências. Winnicott (2000):

“os objetos transicionais tendem a ser macios e capazes de ser acariciados; eles ajudam na evocação das lembranças iniciais de ser agarrado, confortado, alimentado e, o que é mais importante, ter um companheiro de brincadeiras.” (p.94).

Alguns autores perceberam os objetos transicionais como um defeito da interação mãe e filho e era dessa maneira patológico. Mas depois viu-se a importância do objeto transicional no desenvolvimento psicológico infantil e concordaram que o mesmo se constitui em manifestação normal dentro da sociedade ocidental. Winnicott (2000) insiste na normalidade dos fenômenos transicionais, mas em alguns casos podemos discernir uma patologia. Quando a mãe ausenta-se por um tempo que ultrapassa a capacidade da criança de mantê-la viva em sua lembrança, observa-se um desinvestimento do objeto. Esse desinvestimento pode ser percebido por um uso excessivo que corresponde a uma tentativa de negação da separação da mãe e do sentimento de perda que ela provoca.

Quanto ao destino dos objetos transicionais, eles não são esquecidos, mas sim desinvestidos, quando deixam de ser necessários à criança. Eles perdem a sua significação quando se tornam difusos e se distribuem pelo espaço transicional situado entre a realidade interna e externa. É bastante conhecido o fato de que Winnicott (2000) percebeu o desaparecimento do objeto, eles são transformados no mundo da fantasia, do brinquedo, da imaginação, da criatividade e do simbolismo.

3 - OS BEBÊS EM ODONTOPEDIATRIA

Ao observar o desenvolvimento psicológico da criança, nota-se a ligação que o bebê tem com a mãe (díade) em seus primeiros momentos de vida. Essa ligação surge a partir das sensações, olfato, tato e a voz materna, que é a primeira forma de comunicação entre eles, sabendo que o reconhecimento do mundo para a criança parte desse contato; e com isso ela começa a construir o que Dolto denominou de “imagem inconsciente do corpo”. Qualquer ameaça a integridade somato-psíquica dessa criança poderá mais tarde levar a um estado psíquico patológico (Dolto, 1982).

A boca do bebê nos primeiros anos de vida, não traduz apenas o encontro das pulsões com o prazer de uma zona erógena (boca), mas exprimem também uma modalidade de encontro com o outro.

Se esse encontro com o outro for barrado - se a prevenção de cárie, a higienização, no trabalho do odontopediatra tornarem-se uma agressão para a criança?

Nesse cruzamento do sujeito com o meio, o papel do odontopediatra poderá ser de agressor ao mundo psíquico da criança, através da boca. Ainda mais, se a relação mãe-criança for comprometida.

Na falta de uma relação com o outro, de um enlace entre esquema corporal e a imagem inconsciente do corpo, entre o sujeito e o corpo, a criança é tragada por um imaginário sem sentido, ficando entregue as sensações e percepções que, não mediatizadas, tornam-se absurdas e fortuitas. Dolto (apud Násio 1995).

MacDonald, R.E.(2001), afirma que a maior diferença entre o tratamento de crianças e adultos está no relacionamento. Geralmente o tratamento de adultos envolve uma relação do tipo um-para-um, isto é, um relacionamento dentista-paciente. Entretanto, ao tratar uma criança, normalmente se estabelece uma relação um-para-dois: dentista, paciente infantil e seus pais (ou responsáveis). A criança é o foco da atenção, tanto da família, quanto da equipe odontológica.

A partir dos seis meses de vida, os primeiros dentes da criança começam a erupcionar-se, os chamados dentes de leite ou decíduos.

A perda precoce dos dentes de leite trará problemas que afetarão a auto-estima da criança e o bom funcionamento bucal, com isso o odontopediatra deve sempre

pensar em maneiras e como tratar o infante, sem que isso lhe traga sérios problemas emocionais.

No desenvolvimento psicológico da criança, a aprendizagem e a maturidade, não se distinguem no cotidiano. É através do corpo que se torna possível a integração do ser com o mundo. A boca é a parte que mais se encontra desenvolvida para funcionar e servir as intenções do sujeito, é a primeira relação do sujeito com o mundo, o funcionamento bucal é a mola mestra dada dessa expansão e as experiências que as crianças passam no primeiro ano de vida determinam muito as características de personalidade.

Os bebês dependem de outras pessoas para sobreviverem, como as crianças crescem, aumentam suas habilidades para cuidarem de si mesmas, adquirindo independência social. Estes fatores são predisponentes para a construção da personalidade, e por isso, relaciona-se com o bem estar geral e conseqüente saúde bucal.

Na idade de três a seis anos a criança adquire a descoberta da desigualdade, sobre os mais diversos assuntos (grande e pequeno, macho e fêmea, alto e baixo, rico e pobre, etc). Ela traz à tona questionamentos para os adultos (Kusnetzoff, 1982).

Dolto (1981) sempre diz que a verdade é sempre essencial na comunicação. A palavra dirigida à criança deve ser carregada de emoção e traduzir a realidade que concerne a ele. Quando há essa interação com o “infans”, há uma possibilidade maior de sua colaboração, desde que a construção de sua relação com o meio (por exemplo, a mãe), esteja vinculada à essa linguagem verdadeira.

Daí, a necessidade doar a palavra a criança ser proferida em falas verdadeiras. Articular estas questões no trabalho odontológico com crianças é de extrema importância, pois as palavras devem ser ditas – situar mãe/criança/odontólogo no contexto da comunicação... O Odontólogo, a partir da anamnese poderá conhecer a relação de palavras da mãe e criança, para que ele possa estabelecer uma comunicação mais direta com a criança, sem ameaçar a díade mãe e filho. Conhecer esse universo infantil, a partir do referencial da criança, da sua relação com o mundo, seu ambiente e seu imaginário.

Winnicott (2000) afirmou que o profissional que cuida, representa a própria figura parental. O padrão de tratamento tem que depender de como se mantém viva a imagem da figura parental.

O odontopediatra deverá ocupar o lugar da mãe suficientemente boa de Winnicott, aquela que atende às necessidades básicas da criança. Deverá buscar condições de comunicação com o “infans”, através do seu universo lúdico, proporcionando um ambiente adaptado a cada paciente.

Para o odontopediatra é interessante tomar conhecimento da complexidade que envolve a relação mãe e filho. Pois, ele poderá ser um instrumento nessa díade, será um outro do qual a criança não têm conhecimento. A cautela está na intromissão desse outro que não é a sua mãe. Na fase de dependência absoluta que vai desde o nascimento até o seis meses, na mente do bebê ele e a mãe são um só. Imaginariamente quem o tira da mãe arranca dele um pedaço, cabendo ao odontólogo se conscientizar da necessidade da mãe nesse tratamento, pois é a partir dela e com ele, que ele necessita trabalhar e nunca além dela evitando assim que ele- o profissional - se torne uma ameaça a integridade psíquica do bebê.

Quando o bebê chega ao ambiente odontológico, ele está chegando a um ambiente estranho, com pessoas que ele nunca viu. Por isso a criança pode vir a sentir medo e ficar assustada. Se a presença da mãe não passar uma confiabilidade para aquela criança, o ambiente pode se tornar invasivo, causando medo, demonstrando na forma de angústia através do choro ou de outra expressão que lhe for mais comum.

Quando a mãe não se mostra disposta as excitações potenciais do bebê e não responde aos gestos espontâneos deste, substituindo os gestos da criança pelo seu, ela pode ser considerada insuficientemente boa segundo Winnicott (2000), sendo assim a vida psíquica deste pequeno ser pode se mostrar comprometida, podendo assim, dificultar o atendimento odontológico.

É importante observar a partir da sala de espera, o relacionamento mãe e criança, pois na frente do profissional algumas mães se sentem ameaçadas e acabam tentando disfarçar se, há uma falha na relação, e às vezes até mentindo ou omitindo informações significativas para se obter uma melhor forma de trabalhar com aquela criança.

O ambiente proporcionado ao bebê deve ser um ambiente maternante, onde ele se sinta seguro, sustentado, bem manipulado e que tenha confiabilidade.

O procedimento odontológico com bebês é uma relação entre o paciente, mãe (acompanhante) e o profissional. É importante salientar o lugar do profissional nessa relação, qual função que ele irá assumir.

Para a assistência odontológica é interessante observar, que a comunicação é possível mesmo sendo o paciente um bebê. Desde o início a criança é receptiva ela é ativa no processo, e cabe ao outro saber usar esta via para conseguir a confiabilidade do bebê. A fala tem que ser portadora da verdade, não disfarçar ou cabular a situação.

O ser humano já nasce inserido em uma linguagem, ele é um ser de filiação linguageira, a linguagem não se restringe só a palavras, mas toda a sua simbolização é a fala que humaniza o corpo-a-corpo amamentador e as experiências vividas. É a partir da comunicação entre pais e filhos que essa relação se torna indicadora de raízes e com isso dinamiza. O bebê entende a palavra quando ela é usada para lhe comunicar a verdade sendo esta ligada à ele. Leudox (2003), *apud* Dolto (pag 74):

“Falar verdade significa considerar aquele que está diante de nós como um homem ou uma mulher em devir, inteiramente feito de linguagem em seu ser, que tem um corpo de criança, mas compreende tudo o que dizemos.” (Leudox (2003), *apud* Dolto (pag 74)

Dolto (1981) sempre diz que a verdade é essencial na comunicação. A palavra dirigida ao bebê deve ser carregada de emoções e traduzir a realidade que concerne à ele. Quando há essa interação com o “infans”, há uma possibilidade maior de sua colaboração, desde que a construção de sua relação com o meio, por meio da mãe, esteja vinculada à essa linguagem verdadeira, pois como já foi dito, a “intrusão” do odontopediatra deve se dar a partir da díade mãe - filho e nunca ultrapassar os limites pelos quais a criança tem contato com o meio externo. “Toda criança tem o entendimento da fala, quando quem fala com ela fala com autenticidade, querendo comunicar algo que a seu ver é verdadeiro” (Leudox 2003, *apud* Dolto p. 75).

A maneira como o bebê é acolhido tem efeito que podem ser inibidores ou promovedores. O que importa é a cumplicidade com que falam com ele, pois sua existência se fundamenta na relação e através do outro.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Subsidiado pelos pressupostos teóricos da psicanálise, o odontopediatra, tem condições de atender cada criança adaptando-se às suas singularidades e não apenas enxergando o sujeito por partes. Assim o profissional terá com cada criança a experiência de uma relação viva e pessoal, o que por vezes poderá contribuir para a constituição subjetiva mais saudável do sujeito. Para tanto, faz-se necessária uma escuta diferenciada que possa acolher ao paciente em toda a sua particularidade e não apenas buscar uma normatização da função odontológica a qualquer custo.

REFERÊNCIAS

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta, 1990.

DOLTO, F. "Prefácio" In: MANNONI, M. **A Primeira Entrevista em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

----- **Tudo é Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

KUSNETZOFF, J.C. **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEDOUX, M. **Introdução a obra de Françoise Dolto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LAZNIK-PENOT, Marie-Christine. *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Ed. Escuta, 1997. (Tradução de Mônica Seincman).

MALDONADO, Tereza. **Psicologia da Gravidez**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

McDONALD, R. E; AVERY, D. R. - **Odontopediatria**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

McDONALD, R. E. – **Odontopediatria**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

NASIO, J. D. [et al]- **Introdução as Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

WINNICOOT, Donald. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.