

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
EM FONOAUDIOLOGIA**

Carmen das Graças Fernandes

**EFEITO DA ESCUTA TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA
NO ATENDIMENTO
EM PACIENTES QUE APRESENTAM
DOR OROFACIAL CRÔNICA**

São Paulo
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carmen das Graças Fernandes

**EFEITO DA ESCUTA TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA
NO ATENDIMENTO
EM PACIENTES QUE APRESENTAM
DOR OROFACIAL CRÔNICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia.

Orientador:
Professora Doutora Maria Claudia Cunha

São Paulo
2007

Fernandes, Carmen das Graças

Efeito da escuta terapêutica fonoaudiológica em pacientes que apresentam dor orofacial crônica / Carmen das Graças Fernandes. – São Paulo : C.G. Fernandes, 2007.
107 f.

Orientador: Professora Doutora Maria Cláudia Cunha.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia.

1. Fonoaudiologia. 2. Dor orofacial. 3. Dor crônica. 4. Sistema estomatognático. 5. Mastigação. I. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. II. Cunha, Maria Cláudia.
III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

CARMEN DAS GRAÇAS FERNANDES

**EFEITO DA ESCUTA TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA
NO ATENDIMENTO
EM PACIENTES QUE APRESENTAM
DOR OROFACIAL CRÔNICA**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção
do título de Mestre em Fonoaudiologia – Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo

Banca Examinadora:

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **José Antonio** (*In memoriam*)
e **Alzira** por me ensinarem a sonhar, por me incentivarem a vencer os desafios que
a vida me proporciona.

A **Jorge**, meu companheiro, pelo seu empenho na realização dos
meus projetos de vida.

Às minhas filhas **Marina e Bianca**, pela compreensão, apoio e
companheirismo.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **Maria Claudia Cunha**, pela compreensão das minhas dificuldades e pela disposição e empenho em me auxiliar durante a elaboração desse trabalho. Minha admiração imensa pelo seu potencial como professora e escritora.

Ao **Dr. Mauro Spinelli** (*In memoriam*) pela sua dedicação à Fonoaudiologia e aos Fonoaudiólogos. Pelo seu carinho e por suas idéias na elaboração inicial do projeto antes mesmo do início desse curso.

À Coordenadora do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade UNIME, Dra. **Carla Afonso Padovani**, pelo seu esforço em tornar realidade um sonho almejado há muito tempo: a realização do curso de Mestrado da PUC de São Paulo na Bahia.

Ao Prof. Dr. **Luiz Augusto de Paula Souza**, pela disponibilidade em transmitir os seus conhecimentos e ensinamentos na elaboração inicial desse trabalho.

Ao Diretor da **União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME** na pessoa do Dr. **Marcelo Galindo**, diretor geral da UNIME por auxiliar o estabelecimento da relação da UNIME com a PUC-SP para a realização do mestrado na Bahia.

À Profa. Dra. **Suzana Maia**, por transmitir os seus conhecimentos expressando carinho.

Ao Dr. **José Tadeu Tesseroli de Siqueira** pelos seus ensinamentos a respeito de dor orofacial e pela contribuição a esse trabalho como componente da banca examinadora.

À amiga e colega Profa. **Rina D'Angelo Nunes** pela colaboração através de discussões sobre questões cruciais da Fonoaudiologia e pelo seu empenho e dedicação em pesquisar e escrever sobre a história do trabalho dos fonoaudiólogos no estado da Bahia.

À amiga e colega, Profa. **Ana Regina Graner** pela sua atenção em colaborar sempre que necessário.

À Profa. Dra. **Aline Alvarenga**, pelas pontuações importantes e valiosas.

À Fonoaudióloga Ms. **Helena Watanabe**, pela sua disponibilidade em me auxiliar na elaboração desse trabalho.

Aos colegas e professores da UNIME pela convivência saudável no ambiente de trabalho e por compartilharem das dificuldades durante o curso de mestrado, oferecendo o apoio necessário que contribuiu para diminuir a angústia em alguns momentos.

À equipe da diretoria da Associação Brasileira de Odontologia da Bahia na pessoa do Dr. **Delcick Santos Dutra**.

À equipe do Ambulatório de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da ABO-BA, representada nas pessoas do Dr. **Leonardo Trench** e da Dra. **Maria Rita Sancho Xavier**.

Ao Dr. **Paulo Rocha**, pela disponibilidade no empréstimo de seus livros.

À amiga **Renata Scarpel** por me transmitir tranquilidade nos momentos difíceis da elaboração desse trabalho.

À minha amiga **Maria Aparecida Romano**, pela sua dedicação e carinho.

A todos os colegas da turma do Mestrado pela parceria e cumplicidade durante a realização do curso.

RESUMO

A experiência clínica com pacientes que apresentam dor orofacial crônica associada a distúrbios musculares delimitou o problema dessa pesquisa ao provocar inquietações geradas pelas limitações que o fenômeno da dor promovem na evolução dos processos terapêuticos fonoaudiológicos. De acordo com o relato dos pacientes, há o envolvimento de conteúdos subjetivos, particularmente os psíquicos, provocando ansiedade e depressão. O objetivo desse estudo é analisar os efeitos da escuta terapêutica fonoaudiológica dos conteúdos psíquicos associados à dor orofacial crônica, pressupondo-se a indissociabilidade entre corpo, linguagem e psiquismo. Esta pesquisa é de natureza clínico-qualitativa, exploratória, desenvolvida por meio de estudo de caso clínico de duas pacientes do sexo feminino, uma com 23 anos e a outra com 32 anos de idade. Ambas referem o início da dor aos sete anos. O material clínico foi analisado a partir dos referenciais teóricos psicanalítico e fonoaudiológico na perspectiva da articulação entre corpo, psiquismo e linguagem para tentar compreender a correlação existente entre a estrutura corporal e suas vulnerabilidades aos fatores psíquicos. Foram considerados os conceitos sobre dor, sofrimento, conteúdo manifesto e latente, escuta e transferência. O resultado da análise dos casos revela que o processo terapêutico fonoaudiológico foi favorecido pela intervenção simultânea quanto a ambos os aspectos, resultando na redução da dor em ambos os casos. Considera-se que devido à complexidade de sintomas associados à dor crônica, é necessário o trabalho fonoaudiológico em equipe interdisciplinar. Observa-se que a escuta terapêutica fonoaudiológica, sustentada pelo referencial teórico da psicanálise, contribuiu para a efetividade do tratamento fonoaudiológico nos dois casos clínicos estudados.

Palavras Chave: Fonoaudiologia; Sistema estomatognático; Mastigação; Dor orofacial; Dor crônica.

ABSTRACT

Clinical experience with patients which present chronic orofacial pain associated to muscular disturbances delimited the problem of this research once it provokes uncertainties generated by limitations that phenomenon of pain promotes in the evolution of the therapeutic phonoaudiologic processes. The objective of this study is to analyze the effects of the phonoaudiologic therapeutic listening of the psychic contents associated to chronic orofacial pain, presupposing the indissociability among body, language and psychism. This research has a clinical-qualitative and exploratory nature. It was developed by study of clinical cases of two female patients, being one 23 years old and other 32 years old; both referring to the beginning of the pain around the age 7. Clinical material was analysed based on phonoaudiologic and psychoanalytical theoretical references on the perspective of the articulation among body, psychism and language in order to understand the existing correlation between corporal structure and its vulnerabilities face to psychic factors. Concepts of pain, suffering, latent and manifest contents, clinical listening and transference have been considered. Clinical experience with these two patients revealed that pain affects the functions of stomatognathic system, especially mastication, and mobilizes conscious and unconscious psychic contents. The therapeutic phonoaudiologic process was favoured by simultaneous intervention as to both aspects, reducing the pain in both cases. Due to the complexity of symptoms associated to the chronic pain, it is necessary phonoaudiologic assistance, including in an interdisciplinary team work. The phonoaudiologic therapeutic listening, supported by Psychoanalysis theoretical references, contributes to effectiveness of phonoaudiologic treatment in both cases.

Keywords: Phonoaudiology; Stomatognathic system; Mastication; Orofacial pain; Chronic pain.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 MÉTODO	17
1.2 SUJEITOS	17
1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	17
1.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	18
1.5 PROCEDIMENTOS	18
1.6 MATERIAIS	19
1.7 CRITÉRIOS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	20
1.8 ÉTICA	20
2 DOR UM ENIGMA A SER DESVENDADO	22
2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR	24
2.2 MODULAÇÃO DA DOR	24
2.2.1 Mecanismos da dor crônica	25
3 O TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	26
4 ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) E FISIOPATOLOGIA DAS DORES OROFACIAIS CRÔNICAS ASSOCIADAS A DESORDENS MUSCULARES	31
5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A PACIENTES QUE APRESENTAM DOR OROFACIAL CRÔNICA	37
6 ARTICULAÇÕES COM A PSICANÁLISE	44
6.1 SOFRIMENTO E DOR	45
6.2 A DUPLA ARTICULAÇÃO DOS SINTOMAS: CONTEÚDOS MANIFESTOS E CONTEÚDOS LATENTES	47
6.3 ESCUTA	47
6.4 TRANSFERÊNCIA	48
7 HISTÓRIAS E REFLEXÕES	50
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Ao atender pessoas que apresentam dor orofacial crônica associada a distúrbios musculares, no setor de Fonoaudiologia do Ambulatório de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Escola de Aperfeiçoamento Profissional - Associação Brasileira de Odontologia da Bahia (ABO-BA), senti-me desafiada a estudar para melhor compreender, o fenômeno da dor e seus possíveis efeitos. Minha inquietação surgiu a partir da constatação de que a dor limita a evolução dos processos terapêuticos fonoaudiológicos e, conseqüentemente, da necessidade de propor alternativas para lidar com essas limitações.

Além dessa experiência, a atuação como supervisora de estágio clínico na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME/Salvador) possibilitou-me o acompanhamento de uma paciente com dor orofacial crônica associada a dor miofascial, e este caso fez surgir reflexões especificamente sobre a relação terapeuta/paciente. Esta paciente, ao procurar o atendimento fonoaudiológico, apresentou a queixa inicial de alteração na fala, mas no decorrer da entrevista aberta, referiu dor orofacial desde os sete anos de idade. Isso reforça a importância do uso da entrevista aberta como técnica que possibilita a identificação da demanda do paciente, subjacente (e nem sempre coincidente) com a queixa enunciada (Ieto, 2005).

Dessa forma, o tema emerge da experiência clínica, especificamente quanto às limitações profissionais sentidas nas tentativas do manejo da dor orofacial. Observo no cotidiano da clínica fonoaudiológica que, apesar das tentativas

em minimizá-la pela adequação das funções estomatognáticas dos pacientes, através de técnicas de motricidade orofacial, a dor cronifica-se como sintoma.

Rotineiramente, os relatos desses pacientes também revelam que a interação social é prejudicada, uma vez que situações de lazer passam a representar experiências de constrangimento e desprazer. Alguns dizem do constrangimento em certas situações de alimentação (por exemplo, em churrascos), pela dificuldade em ingerir alimentos de forte consistência, sentindo-se frustrados por não poderem optar por alimentos que lhes conferem prazer, dada a mastigação muito lenta ou mesmo inviável. Conseqüentemente, modificam/limitam a rotina alimentar de forma a evitar o desencadeamento e/ou agravamento do quadro doloroso.

Ressalta-se que a alimentação pode ter diversas significações: para alguns é uma experiência de prazer, para outros é apenas uma atividade que proporciona a saciação do apetite, ou ainda uma atividade social típica da cultura. Mas, no caso dos sujeitos referidos nesse trabalho, é um momento de sentir dor que, portanto, tende a ser evitado ou vivido sob tensão.

O depoimento desses indivíduos, durante o processo de tratamento fonoaudiológico, revela as representações singulares da dor crônica em suas vidas. Alguns afirmam que a 'sua' dor precisa de distração, e exemplificam relatando experiências em que precisam "esquecer da dor" para realizar atividades cotidianas: "deixa ela lá, eu fico assistindo o *show* e ela (a dor) fica ali só perturbando, mas eu não ligo, até que eu esqueço dela". Penso que esse fragmento reflete uma representação da dor como companheira constante, embora perturbadora. Outro fragmento clínico sinaliza as marcas subjetivas geradas pela dor: "Desde a

adolescência quando ia ao dentista, só de ouvir o ruído do motor eu começava a sentir dor de dente” (sic paciente).

O depoimento de outra paciente encaminhada para realizar avaliação fonoaudiológica, expressa a importância da escuta desses conteúdos na clínica. Após o relato espontâneo da paciente sobre a sua queixa, solicitei uma descrição minuciosa da sua rotina e ao término da avaliação, assinalei que a sobrecarga de trabalho poderia estar gerando tensão nos músculos orofaciais devido à extrema exigência que a sua atividade profissional (cabeleireira) propiciava. Solicitei a realização de procedimentos que aliviassem a dor, mas também sugeri uma revisão de sua rotina, uma vez que, segundo sua informação, não tinha tempo nem de ir ao banheiro, comer ou para atividades outras que não as relacionadas ao trabalho.

Na sessão seguinte, a paciente traz como demanda a necessidade de falar mais sobre o trabalho. Analisei a correlação entre sua atividade profissional e a sobrecarga imposta aos músculos dos membros superiores, região cervical e orofacial. Discutimos ainda sobre a possibilidade de alteração da sua rotina de trabalho, de forma a permanecer atenta aos seus limites corporais. Seguida essa orientação, pouco tempo depois a paciente refere a diminuição significativa da dor. E foi mais além: havia modificado, também, sua participação na dinâmica familiar, compartilhando (e não centralizando) as responsabilidades e encargos domésticos com os demais membros da família. E, para finalizar sintetizou que “desde aquele dia em que conversamos, não sinto mais dor”.

Interpreto que a elaboração, pela linguagem, de conflitos psíquicos, que marcam o corpo (como parece ter ocorrido no exemplo anterior) favorece a diminuição/supressão das dores, dentre elas as de natureza orofacial. Souza (2004) argumenta que a linguagem constitui-se como efeito dos funcionamentos

intercorporais, o que implica formas de comunicação dos afetos. Sugere a escuta ao discurso do paciente como um dos suportes da clínica fonoaudiológica, na medida em que ela propicia a não dicotomização entre corpo, psiquismo e linguagem.

Contudo, tradicionalmente as propostas terapêuticas fonoaudiológicas indicadas à intervenção nos casos de pacientes com dor crônica associada a dor orofacial, consistem quase que essencialmente em procedimentos técnicos na área da motricidade orofacial, sem dúvida indispensáveis. Como, por exemplo, o uso de compressas de água morna, relaxamento da musculatura envolvida, massagens específicas para *trigger point*¹ (pontos gatilho) e exercícios miofuncionais que visam a adequação das funções do sistema estomatognático a pacientes com dor orofacial. No entanto, observa-se que a Fonoaudiologia vem ressignificando, gradativamente, seu método clínico-terapêutico, ao valorizar e contemplar a subjetividade individual dos pacientes.

Nessa perspectiva, Cunha (1997) observa o interesse dos fonoaudiólogos em adquirir conhecimentos teóricos advindos da psicanálise, que contribuem para a compreensão do psiquismo humano e para a revisão e aprimoramento da prática clínica. Adverte que a palavra contém um valor simbólico que ultrapassa a literalidade e, como conseqüência, o que é dito (ou não) pelos clientes requer interpretação. Enfatiza que os erros/falhas/faltas são indícios que favorecem o esclarecimento dos aspectos singulares dos desejos e conflitos.

Tendo em vista a necessidade de revisão de paradigmas, é necessário que o profissional amplie seus conhecimentos interdisciplinares quanto às bases

¹ *Trigger Point* ou ponto gatilho: termo utilizado para designar ponto hiper-irritável palpável na musculatura esquelética associado a um nódulo palpável hipersensível em uma banda tensa. O ponto é doloroso na compressão e pode originar as características de dor referida, sensibilidade referida, disfunção motora e fenômenos autonômicos. SIMONS, D.G.; TRAVELL, J.G; SIMONS, S. L., 2005, p. 24.

teóricas, que subsidiam sua prática para incorporar novos conceitos e propor novas intervenções.

As leituras desses trabalhos, aliadas à minha experiência na clínica fonoaudiológica remetem a algumas reflexões acerca das intervenções fonoaudiológicas: como conduzir o processo do tratamento fonoaudiológico de forma que o paciente possa expressar as representações subjetivas da sua dor? E, por extensão, como lidar com elas? Seria, então, a escuta do terapeuta uma maneira de identificar/elaborar, através do diálogo entre o par terapêutico, os conteúdos latentes ao sintoma manifesto fonoaudiológicos?

Tais considerações encontram respaldo no material clínico, na medida em que na dor, com vistas à evolução mais efetiva dos tratamentos que se constata que pacientes com histórico, etiologia e sintomas semelhantes em relação à dor orofacial, atribuem significados diferentes a esse estado clínico. Sendo assim, emerge a necessidade de que o fonoaudiólogo esteja disponível para escutar as particularidades relativas a cada paciente para auxiliá-lo no alívio da dor.

Em síntese, os argumentos expostos sugerem que a dor é um enigma a ser desvendado ou, em outras palavras, só aquele que sofre sabe da sua dor. Desse modo, esses significados articulam-se com a compreensão/elaboração de conteúdos subjetivos, particularmente aqueles relativos a conflitos psíquicos.

Essa perspectiva sugere a relevância da escuta terapêutica dos conteúdos manifestos (conscientes) através da queixa do paciente, e, também, daqueles latentes (inconscientes) relativos às demandas que vão surgindo na evolução do tratamento. Tal abordagem será aqui sustentada sob a inspiração da teoria psicanalítica.

Portanto, o objetivo desse estudo é analisar os efeitos da escuta terapêutica fonoaudiológica dos conteúdos psíquicos, associados à dor orofacial crônica, pressupondo-se a indissociabilidade entre corpo, linguagem e psiquismo.

1.1 MÉTODO

Pesquisa de natureza clínica-qualitativa, desenvolvida por estudo de dois casos clínicos.

1.2 SUJEITOS

PACIENTE 1: **Pérola**, sexo feminino, 23 anos.

Queixa inicial: “Troca de fonema /l/ e do grafema l” (*Sic* paciente).

Queixa após a entrevista aberta: Dor orofacial desde os sete anos de idade.

PACIENTE 2: **Sol**, sexo feminino, 32 anos.

Queixa: Dor orofacial desde os sete anos de idade.

1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Sujeitos adultos, com dor orofacial crônica associada a desordens musculares.

A opção por adultos justifica-se pelos dados epidemiológicos, encontrados na literatura, demonstrarem a prevalência do problema nessa faixa etária (TRAVELL e SIMONS, 2005 e YENG, L.T.; KAZIYAMA, H.H.S. e TEIXEIRA, M.J., 2003).

1.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes oncológicos ou com diagnóstico de neuropatia devido à complexidade dos fatores de co-morbidade.

1.5 PROCEDIMENTOS

PACIENTE 1 – Pérola

O atendimento de **Pérola** ocorreu na Clínica Escola de Fonoaudiologia da União Metropolitana de Educação e Cultura – UNIME, localizada na Av. Luiz Tarquínio, 600, Centro – Lauro de Freitas-BA.

Para a coleta de dados que subsidiaram a avaliação foi utilizada entrevista aberta, e para a análise do aspecto fonológico, um álbum de figuras contendo palavras que contemplam os fonemas vocálicos e consonantais da língua portuguesa. O recurso aplicado foi o da nomeação. Além disso, o diálogo também permitiu a avaliação desse aspecto.

Foram realizadas 25 sessões de atendimento com a duração de 50 minutos cada uma, no período entre os meses de abril a novembro de 2005.

No mês de fevereiro de 2006, a paciente foi chamada para a continuidade do trabalho e, de acordo com a sua percepção e a do terapeuta, a resposta ao tratamento da dor orofacial foi satisfatória, pois já não sentia dor. Sendo assim, a paciente recebeu alta.

PACIENTE 2 – Sol

O atendimento ocorreu no setor de Fonoaudiologia do Ambulatório de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Escola de Aperfeiçoamento Profissional – Associação Brasileira de Odontologia da Bahia (ABO-BA).

Na primeira fase do tratamento, foram realizadas 11 sessões de atendimento, no período de 19 de julho a 27 de setembro, com duração de 40 minutos cada, semanalmente.

Na segunda fase, em vista da melhora do quadro clínico, ocorreram quatro sessões quinzenais, com duração de 40 minutos cada, no período de 27 de setembro a 11 de novembro. A paciente teve alta assistida.

1.6 MATERIAIS

Foram utilizados para a avaliação fonoaudiológica e para a terapia das duas pacientes os seguintes instrumentos e materiais: paquímetro da marca *Mitutoyo*, modelo *Digmatic Caliper*, para a mensuração da abertura bucal e dos terços da face; espelho milimetrado de Altmann marca Pró-fono, para verificação da saída de ar pelo nariz; espátula descartável e lanterna para inspeção da cavidade oral; luvas descartáveis para o exame da palpação e para a inspeção da cavidade oral. Também foi usado o roteiro de exame fonoaudiológico – Articulação Temporomandibular, de Bianchini (2000) – anexo A – e a escala numérica de 0 a 10 para a identificação da intensidade da dor, na qual, 0 indica a ausência de dor e 10 para a pior dor que os pacientes podem imaginar². Ainda, anotações do prontuário

² Nem todos os dados dos exames realizados constam da elaboração escrita dessa pesquisa, para não torná-la demasiadamente longa.

elaboradas regularmente durante o processo terapêutico, e dados da avaliação odontológica.

Para a análise das funções de mastigação e deglutição foram utilizados maçã, yogurte e água para a paciente **Pérola**; a paciente **Sol** preferiu sanduíche com pão integral, suco e um alimento lácteo cremoso, por não desencadearem dor, quando ingeridos.

1.7 CRITÉRIOS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O material clínico foi analisado a partir dos referenciais teóricos, psicanalítico e fonoaudiológico, na perspectiva da articulação entre corpo, psiquismo e linguagem para compreender a correlação existente entre a estrutura corporal e suas vulnerabilidades aos fatores psíquicos. Foram considerados os conceitos sobre dor, sofrimento, conteúdo manifesto e latente, escuta e transferência.

No campo fonoaudiológico, o diagnóstico e a interpretação dos resultados, basearam-se nos estudos descritos na literatura, tanto no que se refere às estruturas do sistema estomatognático quanto em relação às suas funções: respiração, mastigação, deglutição e fala.

Como apoio à análise dos aspectos relacionados à Odontologia, foram considerados especialmente os estudos sobre anatomia e fisiologia da articulação temporomandibular, oclusão e fisiopatologia da dor orofacial crônica.

1.8 ÉTICA

Este trabalho obedeceu aos critérios éticos para a realização de pesquisa com seres humanos normatizados pela Resolução 196/96 da CNS – Conselho

Nacional de Saúde (Termo de Livre Consentimento – Anexo B), e foi submetido ao parecer do Comitê de Ética da PUC-SP, protocolo n. 041/2006, sendo aprovado.

Os nomes originais foram substituídos por **Pérola** e **Sol**, Caso 1 e Caso 2, respectivamente, com o objetivo de guardar sigilo sobre suas identificações.

2 DOR, UM ENIGMA A SER DESVENDADO

Teixeira (2003) indica que a consciência da dor como fator inerente à natureza humana, é relatada historicamente desde a Antigüidade. Sua afirmação apóia-se em registros gráficos e documentos escritos, comprovando que, desde a Pré-história, o homem buscou justificativas para a ocorrência da dor e para descobrir recursos para o seu controle.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1994), “conceitua a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a dano tecidual potencial ou real ou descrita em termos de tal dano”. Os depoimentos dos sujeitos que procuram o atendimento fonoaudiológico confirmam a relevância dos fatores emocionais e sócio-culturais na percepção e na interpretação da dor.

Teixeira *et al.* (2001) assinalam que a dor tem um valor biológico fundamental, pois exerce a função de alerta para o indivíduo de que pode estar ocorrendo alguma forma de lesão orgânica, adquirida ou em processo de se instalar. Acrescentam que a dor pode surgir mesmo na ausência de agressões teciduais, exemplificam a ocorrência em casos de neuropatia periférica ou central, e em certas afecções psicopatológicas.

A IASP (1994) define a dor crônica como aquela que se mantém além do período de cura e/ou que é proveniente de uma patologia, que não justifica a sua presença e/ou a sua continuidade.

Teixeira *et al.* (2001) ressaltam que os estudos sobre a epidemiologia da dor são complexos e imprecisos devido à heterogeneidade da apresentação, variações sazonais e regionais e ausência de padronização de classificação das

afecções álgicas. Citam estudos epidemiológicos que indicam o crescimento da dor crônica como queixa, e justificam esse aumento pelos novos hábitos de vida da sociedade como um dos fatores desencadeantes, e o aumento da sobrevida dos indivíduos, devido ao avanço nos recursos tecnológicos. Referem-se ainda a estudos que demonstram o índice de 10 a 50% de indivíduos que procuram clínicas gerais devido à dor, no Brasil e em outros países. Alertam que a dor está presente em mais de 70% dos doentes que buscam os consultórios brasileiros por diversas razões, e é motivo das consultas médicas em um terço dos doentes. Quanto ao aspecto social, advertem que a dor crônica representa um ônus, pois os seguros de saúde são utilizados, freqüentemente, pelos que sentem dor, havendo, inclusive, em inúmeros casos, a necessidade de afastamento do trabalho. Informam que mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e que mais de três quartos considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares. Revelam ainda que devido à dor, cerca de 50% a 60% dos doentes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, transitória ou permanentemente.

O controle da dor é referido por Lent (2001) ao sugerir que a percepção da dor depende do contexto psicológico e social em que ela é provocada, e que, em certo sentido, a sua intensidade pode ser auto-controlada. Exemplifica lembrando de que soldados feridos durante uma batalha sentem menos dor do que indivíduos com ferimentos semelhantes, ocorridos em situações domésticas.

Além dos fatores orgânicos e psíquicos, encontram-se estudos que indicam a influência sociocultural interferindo na percepção, na expressão e na significação da dor. Helman (2003) assinala que a vida das pessoas é influenciada pela cultura em diversos aspectos e cita, dentre eles, suas crenças,

comportamentos, percepções, emoções; língua e linguagem; religiões, estrutura familiar; alimentação, vestuário, imagem corporal, conceitos de espaço e tempo, além das atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio.

2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR

A dor é desencadeada por estímulos nociceptivos mecânicos, térmicos e químicos que afetam o corpo. Lent (2001) assevera que as células especializadas receptoras da dor encontram-se localizadas, praticamente, em todos os tecidos do corpo, exceto no tecido nervoso.

Quando um estímulo afeta as terminações livres nociceptivas, ocorrem inúmeros eventos simultaneamente, destacando-se dentre eles a ativação de receptores específicos de glutamato, aspartato, substância P, bradicinina, por exemplo, o que leva à abertura de canais iônicos excitatórios. As fibras especializadas na transmissão da dor são do tipo C, amielínicas e finas.

A transmissão da dor ao sistema nervoso central ocorre pelo potencial de ação desencadeado pelo estímulo nociceptivo até o corno posterior da coluna dorsal, pelas fibras **A**, **Δ** e **C**; daí, o estímulo é conduzido ao centro superior através do Trato espinotalâmico até o Tronco encefálico e, em seguida, é transmitido ao Tálamo e Hipotálamo, sendo depois levado ao córtex onde é decodificado e interpretado (LENT, 2001).

2.2 MODULAÇÃO DA DOR

Teixeira (2001) assinala que a nocicepção pode ser sensibilizada ou suprimida por mecanismos modulatórios, em todas as etapas onde ela é

processada. Neurotransmissores excitatórios são liberados na medula espinal pelos aferentes primários nociceptivos; além disso, há a influência de sistemas neuronais excitatórios e inibitórios em várias regiões do sistema nervoso. O autor inclui os aspectos da vida pregressa e presente e experiências pessoais como fatores que interferem na percepção da dor. Refere que em doentes com dor intensa ou prolongada, ocorrem modificações anatômicas, eletrofisiológicas e neuroquímicas significativas das vias nervosas periféricas e dos núcleos e tratos implicados no processamento sensitivo.

2.2.1 Mecanismos da dor crônica

Lent (2001) caracteriza o mecanismo da dor crônica pela ativação de Terminações livres do tipo C, finas, amielínicas que recebem o estímulo nociceptivo sensibilizando receptores do tipo C, polimodais que ao se despolarizarem provocam potenciais de ação causando a dor, o que caracteriza a hiperalgesia. Argumenta o autor que esse mecanismo desencadeia a abertura de canais iônicos, gerando potenciais de ação que são conduzidos lentamente ao SNC. Além disso, adverte que a dor lenta apresenta uma especificidade: o estímulo nocivo cessa, mas a dor continua e é difícil a sua localização corporal. Acrescenta que as reações de origem orgânica conduzem a repercussões emocionais que se pode denominar como sofrimento, por ser de maior duração.

De acordo com os estudos apresentados anteriormente, o fenômeno da dor é de uma complexidade tal que requer o tratamento em equipe. A relação interdisciplinar no atendimento a pacientes que apresentam queixa de dor orofacial crônica é a abordagem seguinte.

3 O TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Freqüentemente, emprega-se na literatura da área da saúde os termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade como se possuíssem o mesmo significado. Para a elaboração deste trabalho recorro à diferenciação dos conceitos estabelecendo a que relação entre profissionais refere-se.

Linhares (1990), ao abordar na psicopedagogia o conceito de interdisciplinaridade, faz uma diferenciação com multidisciplinaridade. Enfatiza que o conceito de multidisciplinaridade foi importado do taylorismo, como princípio de organização do trabalho em que a eficiência da produção era garantida a partir da justaposição de especialistas. Portanto, um conceito que se origina no capitalismo industrial. Nessa modalidade, cada elemento da equipe se compromete com um ângulo do fenômeno, para depois juntá-los e reconstruir sua suposta totalidade do fenômeno. Na área da saúde, pode-se exemplificar, então, que em uma reunião de especialistas sobre determinado paciente, cada membro da equipe expõe os seus argumentos, as suas propostas e, cada elemento continua a exercer as suas atividades sem o estabelecimento de uma interface entre as áreas, sem considerar a inter-relação das propostas dos demais profissionais.

Quanto a interdisciplinaridade, Linhares (1990) assinala que se opõe tanto à generalização abstrata quanto à soma dos elementos, pela afirmação de que cada pressuposto teórico e cada ação só podem ser compreendidos em um contexto no qual há um conjunto de relações com outras fundamentações, e pela ação que cada elemento opera sobre esse todo, e por outro lado, pela influência que o todo exerce em cada elemento particularmente.

De acordo com Castro (2003), a instauração do caráter interdisciplinar no tratamento da dor crônica, deve-se à experiência do médico italiano anesthesiologista, Dr. John J. Bonica, que publicou em 1950 o trabalho “Organização e funcionamento de uma clínica de dor”. Este estudo foi o resultado de seu trabalho no Mardgan Army Hospital, em Washington, onde atendia militares portadores de síndromes dolorosas causadas por ferimentos provenientes de vários tipos de lesões traumáticas, ocorridas durante parte da Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

Segundo Loeser (2000) o Dr. Bonica, ao atender pacientes que apresentavam dor crônica, indicava procedimentos convencionais utilizados na Medicina, como bloqueios nervosos para o tratamento da dor. No entanto, ao não obter sucesso, recorreu a outros profissionais: neurologistas, neurocirurgiões, ortopedistas, psiquiatras e profissionais de outras especialidades. Sendo assim, ao aprofundar o estudo e a observação cautelosa desses pacientes, foi possível a realização do diagnóstico consensual correto e a indicação de uma terapia adequada. Desde então, foi constatada a necessidade do trabalho multidisciplinar.

Teixeira (2001) considera que o tratamento da dor tem a finalidade de utilizar procedimentos que levem o indivíduo, que sente dor, a uma interação físico-psicossocial adequada. Atribui à equipe multidisciplinar, que atende esse paciente, a responsabilidade de, além de tentar promover o alívio da dor, dar atenção também aos aspectos psíquicos e operacionais dos diferentes sistemas e aparelhos, assim como, contribuir para a resolução de desajustamentos familiares e sociais associados, que se apresentam como mais um elemento que favorece o sofrimento.

Yeng *et al.* (2003) indicam para o tratamento da dor crônica, o modelo inter e multiprofissional para atender as demandas provenientes da natureza

multidimensional da dor. Incluem, como um dos motivos da atuação dos profissionais envolvidos no tratamento de pacientes com dor crônica, o controle dos sintomas; além disso, enumeram dentre outros objetivos a serem alcançados, a modificação do valor simbólico da dor, a normalização ou a recuperação dos componentes das dimensões física, psíquica e social, e consideram a importância da atenção dos profissionais aos desajustamentos familiares, sociais e profissionais que agravam o sofrimento e a incapacidade.

Bianchini (2004) enfatiza a importância do caráter interdisciplinar no tratamento dos distúrbios da ATM, por serem de origem multifatorial. Inclui no tratamento a atuação de profissionais de Odontologia, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia.

Amaral (2004) ao tratar dos aspectos psicológicos da dor orofacial crônica afirma que o empenho da equipe multidisciplinar e o emprego dos recursos indicados pelos seus componentes pretendem a integração do ser humano. No entanto, alerta-nos de que só o ser humano maneja a enfermidade crônica ou sua prevenção de maneira que ela possa contribuir para enriquecer sua vida. A autora vai além, apontando a importância da percepção das dificuldades entre os membros da equipe.

Graff-Radford (2003) recomenda o tratamento da dor orofacial crônica numa equipe multiprofissional. Enfatiza a importância da participação de diversos profissionais da área da saúde que forem necessários para a realização do tratamento.

Segundo Oliveira *et al.* (2003) fisioterapeutas e um cirurgião dentista, preocupados com o aspecto multifatorial da dor, e considerando que há um consenso de que a dor crônica produz efeitos não só biológicos, mas também

psicológicos e sociais, realizaram um estudo sobre o impacto da dor na vida de indivíduos portadores de DTM. Incluíram em sua pesquisa os aspectos subjetivos, na definição de dor, utilizando o questionário de McGill (MPQ) na versão brasileira. Os resultados, a partir de questões relacionadas ao prejuízo social, desenvolvimento das atividades de vida diária e percepção do paciente sobre a reação de terceiros a sua condição dolorosa, demonstraram que a dor tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente.

Loducca (1999) realizou um estudo sobre os padrões de convívio com a dor, por entender que a dor crônica não pode ser tratada como um fenômeno objetivo. Levou em consideração o conjunto de experiências individuais (sentimentos e história de vida do paciente) e de grupo (percepção do 'outro', conhecimento científico e cultural). Estabeleceu duas fases para a construção do seu estudo: construção de padrões e sua validação, e validação dos padrões identificados.

Na primeira fase da análise, utilizou dados dos prontuários de 100 pacientes e na segunda fase a validação ocorreu através da participação de 30 pacientes que não estiveram na primeira etapa. Os resultados de sua investigação, com a visão de que o fenômeno do adoecimento é um processo de construção, permitiram concluir que o significado da experiência de dor atribuído pelo paciente, as repercussões no seu cotidiano e os recursos de enfrentamento que ele (o paciente) utiliza para lidar com o seu sofrimento estão correlacionados com a sua história de vida e o contexto socioeconômico e cultural. Crê que a compreensão dos padrões facilita para a equipe de saúde a percepção de como o convívio com a dor interfere na auto-imagem, consciência corporal, cotidiano, pensamentos, afetividade e projeto de vida do paciente e, assim, permitirá o desenvolvimento ou escolha de estratégias mais eficazes de atendimento (LODDUCA, 1999).

A próxima etapa contempla o estudo dos aspectos anatômico, fisiológico e fisiopatológico relacionados às estruturas do sistema estomatognático.

4 ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) E FISIOPATOLOGIA DAS DORES OROFACIAIS CRÔNICAS ASSOCIADAS A DESORDENS MUSCULARES

Nesta etapa, pretendo apresentar os aspectos anátomo-fisiológicos e fisiopatológicos da ATM para que se possa caracterizar de que dor orofacial compete ao fonoaudiólogo tratar em equipe. No entanto, maior atenção será dispensada às possíveis causas de desordem muscular dos casos em estudo: a Síndrome Dolorosa Miofascial e dor miogênica associada à alteração articular, contudo, sem a pretensão de demonstrar o diagnóstico diferencial, mas a relação entre elas.

O sistema estomatognático é constituído pelos componentes ósseos, articulações, dentes, ligamentos e músculos (OKESON, 2000).

Segundo Madeira (2003) a ATM é uma articulação sinovial, o que possibilita amplos movimentos da mandíbula em torno de um osso fixo, o temporal. Tem uma peculiaridade por ser uma diartrose, isto é uma articulação bilateral, interligada pela mandíbula e interdependente, com movimentos próprios para cada lado, porém simultâneos, podendo ser considerada como uma articulação única. Relata que a ATM é constituída pelos componentes ósseos: côndilo, eminência articular, fossa mandibular do osso temporal; pelos componentes cartilagosos: disco articular, revestimento cartilaginoso, e pelos ligamentos: cápsula articular, ligamento temporomandibular, ligamentos acessórios: esfenomandibular e estilomandibular.

Okeson (2000) descreve a biomecânica da ATM e alerta sobre seu sistema articular extremamente complexo, uma vez que as duas ATMs são

conectadas pela mandíbula. Enfatiza que essa característica possibilita que cada uma das articulações possa executar movimentos simultâneos, de forma diferente e isolada, mas com alguma influência de uma sobre a outra.

A manutenção da estabilidade das estruturas das ATMs depende da sinergia dos seus movimentos, que são executados com a participação dos músculos a elas associados.

Os movimentos de abertura, elevação, lateralização, retração e protrusão da mandíbula ocorrem devido a ação dos músculos denominados mastigatórios.

Segundo Okeson (2000) os movimentos da ATM, rotação e translação, acontecem da seguinte forma: o movimento de rotação no sistema mastigatório é feito ao abrir e fechar a boca, devido ao giro realizado pelo côndilo dentro do seu próprio eixo; o movimento de translação é produzido quando a mandíbula é protruída. Ocorre dentro da cavidade articular superior, entre a superfície superior do disco articular e a superfície inferior da fossa articular. Explica que a rotação e translação ocorrem simultaneamente, o que torna os movimentos muito complexos e difíceis de serem visualizados.

Os músculos que possibilitam os movimentos da mandíbula e suas funções são descritos por Madeira (2003): músculos elevadores (masseter, temporal e músculo pterigóide medial); músculos abaixadores (digástrico, milo-hióideo, gênio-hióideo, pterigóide lateral e estilo-hióideo); músculos retrusores (digástrico e temporal – porção posterior – milo-hióideo, gênio-hióideo); músculos protrusores (pterigóide lateral e temporal); músculos que possibilitam a lateralidade (pterigóide lateral); músculos que promovem o deslocamento para frente (masseter, temporal – porção anterior – pterigóide lateral e pterigóide medial).

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) classifica como desordens dos músculos mastigatórios a dor miofascial, miosite, mioespaço, mialgia local não classificada, contratura miofibrótica e neoplasia.

Encontra-se na literatura uma infinidade de termos e conceitos a respeito das dores que acometem os pacientes com história de dor orofacial crônica. Este fato contribui para uma dificuldade, não só em identificar e classificar o diagnóstico clínico, como na produção de pesquisas. Para minimizar a implicação da divergência e termos encontrados durante a pesquisa, e o objetivo de nortear a condução deste trabalho, foi necessária a escolha de alguns termos.

Siqueira (2001) explica que o uso da denominação de “dor orofacial” designa condições dolorosas provenientes da boca e da face próprias da Odontologia. Justifica a utilização desse termo pela ampla divulgação na literatura nacional e internacional e inclui, nesse grupo, as dores historicamente denominadas de “disfunções da articulação temporomandibular”. Em 2004, o mesmo autor refere-se ao termo *Dores Orofaciais* (grifo do autor), como um termo genérico que contempla as dores que ocorrem na boca e na face.

Portanto, para este estudo escolhi o termo “dor orofacial” como referência, por ser um descritor que localiza a região do corpo afetada pela dor, e que compete ao fonoaudiólogo tratar de acordo com a especificidade inerente à área da motricidade orofacial.

Após essas considerações, abordarei, então, o estudo sobre dor miofascial e dor miogênica associada a deslocamento de disco para anterior sem redução para a esquerda (diagnóstico, sujeito 2, **Sol**), por serem estes diagnósticos realizados por um Odontólogo e conferidos aos participantes deste estudo.

Simons, Travell, Simons definem os termos: *Trigger Point* ou ponto gatilho miofascial, dor referida, mialgia e síndrome da dor miofascial como termos utilizados para designar, respectivamente:

[...] Ponto hiper-irritável palpável na musculatura esquelética associado a um nódulo palpável hipersensível em uma banda tensa. O ponto é doloroso na compressão e pode originar as características de dor referida, sensibilidade referida, disfunção motora e fenômenos autonômicos... (2005, p. 24).

[...] Dor referida (ponto gatilho): dor que se origina em um ponto gatilho, mas é sentida a distância, muitas vezes longe de sua origem. O padrão de dor referida é reproduzível com relação a seu ponto de origem. A distribuição da dor referida de pontos-gatilho raramente coincide de forma plena com a distribuição de um nervo periférico ou segmento dermatômico (2005, p. 22).

[...] Mialgia: dor em um ou mais músculos. O termo é usado de duas maneiras, significando: (1) músculos difusamente dolorosos por doença sistêmica, como uma infecção viral, e (2) a sensibilidade focal de um ou mais músculos como nos pontos-gatilho miofasciais (2005, p.23).

Síndrome da dor miofascial (síndrome miofascial): “[...] sintomas sensoriais, motores e autonômicos causados por pontos-gatilhos miofasciais. A causa específica do músculo ou do grupo muscular que origina os sintomas deve ser identificada” (SIMONS, TRAVELL, SIMONS, 2005, p. 25).

Travell e Simons (2005, p. 43) indicam como essenciais para o diagnóstico de pontos-gatilho latente ou ativo, os seguintes critérios:

- a) Banda tensa palpável (se o músculo for acessível).
- b) Sensibilidade local intensa de um nódulo em uma banda tensa.

c) Reconhecimento por parte do paciente de queixa atual de dor por pressão no nódulo sensível (identificação de um ponto-gatilho ativo).

d) Limite doloroso para a amplitude de movimento em alongamento pleno.

A respeito dos dados de observação para confirmar o diagnóstico, os citados autores assinalam:

a) Identificação visual ou tátil de resposta contrátil local, obtida por penetração de agulha no nódulo sensível.

b) Imagens da resposta contrátil local obtida por penetração de agulha no nódulo sensível.

c) Dor ou sensação alterada (na distribuição esperada de um ponto-gatilho naquele músculo) durante a compressão do nódulo sensível.

d) Demonstração eletromiográfica de atividade elétrica espontânea característica de locais ativos no nódulo sensível de uma banda tensa.

Quanto ao tratamento, explicam que não basta apenas a aplicação de procedimentos ao ponto-gatilho, mas também a importância da identificação da causa da presença do ponto-gatilho e o seu controle, e a identificação e controle dos fatores perpetuantes, para sua efetividade. Consideram que estas observações auxiliam o restabelecimento e a manutenção da função muscular normal.

Yeng *et al.* (2003) apontam como dificuldades em se obter a prevalência da síndrome dolorosa miofascial, a necessidade de identificação de pontos-gatilho e de bandas de tensão; enfatizam que para que isto seja possível, é necessário que os profissionais recebam treinamento específico. Há, também, a necessidade de

exclusão de afecções associadas ou de doenças de base da síndrome dolorosa miofascial.

Quanto a deslocamento de disco, diagnóstico conferido a um dos sujeitos dessa pesquisa, Okeson (2000) afirma que o disco desloca-se do côndilo e não volta à posição normal pelo movimento condilar. Assinala que a maior frequência é na direção anterior, e indica como fatores etiológicos o macrotrauma e o microtrauma. Apresenta como características clínicas a limitação da abertura mandibular, estimada entre 25 e 30 mm, acompanhada por movimento excêntrico normal para o lado ipsilateral, e restrição do movimento excêntrico para o lado contralateral. Indica para os casos na fase aguda, a tentativa de redução ou mesmo de recaptura do disco por um procedimento manual.

Para os pacientes que relatam episódios antigos, recomenda um trabalho educativo de orientação. Uma das indicações é que os pacientes não devem forçar a abertura bucal, para não agravar a condição dos tecidos intra-capsulares, o que produzirá mais dor. Devem ser informados de que, por volta de um ano, a abertura bucal poderá ser restabelecida. Outra recomendação diz respeito à consistência dos alimentos, devendo ser abolida a ingestão de alimentos duros e, especialmente, o uso da goma de mascar. Além disso, alerta para a necessidade de evitar qualquer ocorrência que possa agravar a sua condição dolorosa. Prescreve o uso de antiinflamatórios (para tratar a dor e a inflamação), alongamentos e iontoforese.

Em seguida, apresentarei abordagens terapêuticas fonoaudiológicas indicadas a pacientes que apresentam dor orofacial crônica associada a desordens musculares.

5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A PACIENTES QUE APRESENTAM DOR OROFACIAL CRÔNICA

A experiência clínica possibilita a observação do quanto é intrigante o mecanismo de manutenção da dor e, ao mesmo tempo, desafiador. Por vezes, provoca um sentimento de desconforto ao se tomar consciência de que pela complexidade do fenômeno, há uma lacuna entre o saber e a eficácia de sua aplicação. A partir desta constatação, de que há limitações no processo terapêutico, foi necessário rever as condutas fonoaudiológicas indicadas para o tratamento de pacientes com dor orofacial crônica.

As propostas fonoaudiológicas para o tratamento de sujeitos que apresentam dor orofacial crônica associada a distúrbios musculares, de um modo geral, indicam procedimentos técnicos, tais como a crioterapia, termoterapia, massagens e outros que já foram anteriormente citados. No entanto, observa-se um movimento por parte dos fonoaudiólogos em busca de novas concepções que possam subsidiar a prática fonoaudiológica como aponta Friedman (1994). A autora assinala que a partir da década de 80, uma parte considerável da produção científica em Fonoaudiologia no Brasil, discute a ideologia que norteia sua teoria e prática, e aponta novos caminhos. A autora considera esta uma tendência a mudanças no seu paradigma.

Apresento, a seguir, possibilidades de intervenção fonoaudiológica encontradas na pesquisa preliminar para este estudo. Ao final, vou conferir maior ênfase à sugestão de Bianchini (2004), por apresentar uma proposta recente, que alia o uso de procedimentos convencionais da Fonoaudiologia em um contexto, no qual a subjetividade e a escuta do paciente são elementos do trabalho.

Felício (1994 e 2002) considera a relação terapêutica, como um processo educativo, quando há uma relação intersubjetiva; acredita que a compreensão da problemática da dor vivida pelo paciente contribui para o enfrentamento dos sintomas da disfunção temporomandibular (DTM). Aponta, também, para a necessidade do conhecimento e elaboração dos significados que terapeuta e paciente atribuem ao corpo humano, ao mundo em que se relacionam e à própria desordem na situação terapêutica. Recomenda que a especificidade dos casos seja respeitada, considerando-se as possibilidades morfofuncionais; inclui como um dos elementos do tratamento, a discussão sobre o significado da situação da dor, o auxílio aos pacientes para compreenderem sua problemática. Descreve como alguns dos recursos terapêuticos, os procedimentos de termoterapia, massagens por pressão digital em movimentos circulares, relaxamento, mioterapia e terapia miofuncional.

Watanabe (2000) propõe uma relação terapeuta-paciente que possa privilegiar a intersubjetividade, pois em sua experiência, na medida em que o paciente desmistifica os temores e os fantasmas que o sensibilizam, observa uma melhora na sua condição. Recomenda a disponibilidade do terapeuta em ouvir atentamente o paciente em suas queixas. Afirma que o processo de mudança da percepção que o paciente tem de si e de suas reações, e do significado que confere à própria vivência, depende da maneira como é abordado. Atribui à influência terapêutica a função de ajudar a revelar a pessoa como sujeito de sua existência, não mais pelo prisma da doença ou pela dor.

Quinto (2003), ao tratar das diferentes propostas de intervenção fonoaudiológica nos casos de pacientes que sentem dor orofacial, indica a análise do discurso como proposta complementar às já existentes no tratamento da dor.

Argumenta que a escuta, incorporada à intervenção, auxilia na compreensão da dor pelo paciente e pelo terapeuta, inclusive observa que essa proposta ilumina as escolhas de procedimentos terapêuticos adequados a cada caso clínico particular.

Anelli-Bastos e Oliveira (2005) propõem que o aspecto psicoemocional seja inserido na terapia fonoaudiológica dos pacientes que apresentam dor orofacial, considerando que a dinâmica cotidiana inerente a cada indivíduo interfere nas tensões musculares que ele apresenta.

Destacam como etapas da intervenção fonoaudiológica a anamnese, a avaliação miofuncional orofacial, orientações preliminares e o tratamento com a finalidade de alcançar o equilíbrio miofuncional orofacial e cervical. Inclui como um dos fatores a serem considerados na orientação aos pacientes, a importância da dor como um indicador de desequilíbrio no sistema estomatognático. Sugere como recursos gerais, diversas técnicas, tais como: técnica cognitivista para o tratamento da dor, técnica de modificação de comportamentos, termoterapia, relaxamento, massagem e alongamento, exercícios mandibulares isométricos, com ou sem resistência, exercícios mandibulares que promovem a contração concêntrica e excêntrica, com ou sem resistência, técnicas de propriocepção dos movimentos mandibulares e exercícios miofuncionais das funções do sistema estomatognático.

Bianchini (2000) aponta o caráter subjetivo da dor como uma dificuldade na clínica fonoaudiológica. Refere que a expressão da dor por cada paciente depende do limiar e, por isso, recomenda uma atenção especial por parte do profissional tanto em relação aos dados da anamnese quanto ao exame clínico.

O protocolo de avaliação fonoaudiológica utilizado nesta pesquisa foi o de Bianchini (2000) destinado ao exame da ATM, por contemplar o exame das estruturas do sistema estomatognático, suas funções, a localização da dor e postura

corporal. A autora indica, para a obtenção da história clínica do paciente, um roteiro que abrange dados de identificação pessoal, o relato da queixa e sua evolução, a presença e caracterização da dor pela localização, duração, intensidade e ocorrência, a caracterização dos ruídos, sintomas auditivos e labirínticos, a identificação da limitação dos movimentos da mandíbula e a descrição das funções. Além disso, sugere a descrição de hábitos nocivos, da alimentação, tratamentos realizados anteriormente e dados a respeito do aspecto emocional.

Quanto ao tratamento, Bianchini (2004), ressalta que, após a discussão interdisciplinar sobre o paciente avaliado, a definição do diagnóstico e das interferências determinantes do quadro clínico, será estabelecida a prioridade dos atendimentos, ou mesmo o atendimento em equipe. Esclarece que o objetivo do tratamento fonoaudiológico é a busca do equilíbrio funcional e pode ser realizado em etapas, de acordo com a evolução do caso em outros atendimentos. Propõe uma abordagem para lidar com os fatores funcionais e proprioceptivos, privilegia a escuta ao paciente com a finalidade de conscientizá-lo do prejuízo que alguns dos seus hábitos podem promover ao seu quadro e, se necessário, aconselha um programa de exercícios de relaxamento associados a exercícios respiratórios para atingir a percepção e a reeducação.

A abordagem específica que Bianchini (2000 e 2004) sugere, implica no uso de procedimentos convencionais como a termoterapia, crioterapia, massagem, mioterapia e terapia miofuncional específica, respeitando-se a necessidade do caso e as contra-indicações relacionadas ao quadro clínico. Para o tratamento de pacientes que apresentam dor miofascial; indica a modificação comportamental a partir de orientações, termoterapia, massagens, relaxamentos globais e específicos das regiões cervical e oral, exercícios mandibulares isotônicos e terapia funcional.

Aos pacientes que apresentam deslocamento de disco sem redução, alerta para a necessidade de decisão do momento a ser atendido, dependendo da etapa do tratamento odontológico. Indica orientações no que se refere ao aspecto funcional, relaxamento da musculatura associada, calor e massagem, exercícios isotônicos restringindo a amplitude do movimento mandibular. Além disso, a depender da indicação, exercícios isocinéticos como os de abertura e fechamento da cavidade com a utilização de contra-resistência (simetria e coordenação muscular associado a recaptura do disco), manipulação passiva da mandíbula com o objetivo de obter a redução do disco associado aos procedimentos odontológicos (BIANCHINI, 2004).

Na bibliografia até aqui referida, que abrange o período de 1994 a 2005, observa-se a crescente tendência dos fonoaudiólogos pesquisadores em direção à busca de subsídios teórico-metodológicos, que possibilitem a lidar com os conteúdos subjetivos envolvidos no fenômeno da dor orofacial.

O movimento se faz, então, pela mudança de um olhar estritamente orgânico para aquele que considera que os conteúdos subjetivos, mobilizados pela relação dialógica entre fonoaudiólogo e paciente, podem produzir efeitos efetivamente terapêuticos.

A partir de 2005, parte significativa dos estudos fonoaudiológicos relacionados à dor orofacial dedicam-se à compreensão dos mecanismos das estruturas e funções do sistema estomatognático, e os resultados, em geral, apontam para a interferência da dor na execução dessas funções, dentre elas a mastigatória.

Destaca-se o trabalho de Souza *et al.* (2005) que consideram a dor como um fator que pode alterar a função de mastigação. Os autores analisaram as

características mastigatórias de 30 pacientes do sexo feminino, 15 com DTM e 15 sem DTM. De acordo com os resultados, sugerem que não há diferença estatisticamente significativa entre os padrões mastigatórios em ambas as categorias. No entanto, afirmam que a presença de dor é assinalada pelos pacientes com DTM durante a mastigação.

Outra pesquisa também relacionada à função mastigatória e DTM, foi realizada por Felício *et al.* (2005). O objetivo dos autores foi verificar a relação entre os limites de movimentos laterais da mandíbula e a função mastigatória. Consideraram nessa pesquisa variáveis oclusais e DTM. Incluíram dez sujeitos em um Grupo Controle (C) composto por quatro homens e seis mulheres, com idade média de 24,1, sem apresentarem sinais e sintomas de DTM; outro composto por dois homens e oito mulheres com DTM e sem prótese (D) com a média de idade de 31,6 anos; e, finalmente, um Grupo de sujeitos usuários de prótese composto por um homem e nove mulheres (P), média de idade 42,1 anos. Entre outros resultados, o estudo revela que não houve relação entre a preferência mastigatória unilateral e as medidas do movimento de excursão lateral da mandíbula. Entretanto, esse estudo identificou uma diferença significativa entre o Grupo Controle e os dois grupos de sujeitos com DTM, no que se refere ao tempo utilizado para ingerir o alimento, quanto às medidas de lateralidade e quanto ao julgamento de dor. Além disso, os autores concordam que é importante o esclarecimento de todos os fatores que interferem nas funções do sistema estomatognático para que seja possível estabelecer as metas e condutas terapêuticas.

Bonadio *et al.* (2006) realizaram uma pesquisa com o objetivo de investigar os fatores e adaptações funcionais do sistema estomatognático em pacientes portadores de fibromialgia, considerando a avaliação durante o período de

crise e sem crise. Elegeram 42 participantes do sexo feminino, numa faixa etária entre 14 e 77 anos. Os resultados basearam-se na avaliação realizada mediante a resposta dos pacientes a um questionário sobre a caracterização dos sinais, sintomas e eventuais mudanças de comportamento que ocorreram na presença e na ausência da crise.

No referido estudo, concluíram que os pacientes com fibromialgia, nos períodos de crise, apresentaram um aumento considerável dos sintomas dolorosos, e que a dor na região orofacial acarreta modificações alimentares específicas, além de alterações vocais.

Estes estudos evidenciam o caráter subjetivo da dor e a sua interferência no funcionamento do sistema estomatognático.

A abordagem seguinte será sobre os conceitos da Psicanálise para subsidiar as reflexões acerca do caráter subjetivo da dor, revelado pelo discurso das pacientes desse estudo. Vale ressaltar que a identificação dos aspectos subjetivos foi possível pelo recurso da escuta terapêutica fonoaudiológica.

6 ARTICULAÇÕES COM A PSICANÁLISE

A busca pela fundamentação psicanalítica, como suporte teórico para a realização deste estudo, justifica-se pela necessidade de compreensão dos processos fonoaudiológicos a partir da indissociabilidade entre corpo, linguagem e psiquismo. No que se refere à interação terapeuta-paciente, pretendo incluir a escuta como um elemento terapêutico a ser incorporado à prática clínica fonoaudiológica dos pacientes que apresentam dor orofacial crônica.

A respeito da relação entre a indissociabilidade de corpo e mente, Freud (1901/1905) aponta a necessidade de médicos de sua época atentarem para o aspecto da relação recíproca existente entre o corpo e a alma. Justifica esse movimento como resultado da prática médica. Refere-se que, ao observar a experiência de pessoas com um quadro patológico, diante de uma modificação de sua condição de vida, não mais apresentavam os sintomas que até então sofriam.

A propósito, Cromberg (2001) há muito destaca as contribuições da Psicanálise para outros campos de conhecimento; argumenta que é inegável a parceria deste método de tratamento em outros saberes.

Em concordância com a afirmativa acima, Cunha (1997) propõe uma relação de contigüidade entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise. Sugere a adoção de uma prática clínica, na qual a escuta e as interpretações sejam contempladas; propõe uma revisão do conceito de sintoma de linguagem e a análise do que denominou de “reação do terapeuta ao sintoma”. No entanto, destaca que recorrer a conceitos psicanalíticos não equivale a atuar como psicanalista, e esclarece que, enquanto as interpretações psicanalíticas visam a resolução de conflitos psíquicos

nas dimensões consciente e inconsciente, a interpretação fonoaudiológica visa a “cura da fala pela fala”.

Na perspectiva em valorizar a singularidade do paciente, Souza (2004) aborda a relação existente entre corpo, linguagem e psiquismo, especialmente no campo fonoaudiológico. Assinala a importância de ver e escutar o sujeito em suas maneiras de viver, de sofrer, de comunicar-se e de enfrentar seus problemas, dentre eles, os de saúde.

Passo, então, a abordar os conceitos psicanalíticos de sofrimento e dor, conteúdos manifestos e latentes dos sintomas, escuta e transferência.

6.1 SOFRIMENTO E DOR

Nasio (1999) considera que os preceitos de Freud expressam o desejo de identificar a origem do sofrimento do outro.

Assim, Freud (1895, p. 417) ao formular suas idéias sobre a dor afirma que:

Todos os dispositivos de natureza biológica têm um limite de eficiência e falham quando um limite é ultrapassado. Essa falha se manifesta em fenômenos quase patológicos – que poderiam ser descritos como protótipos normais do patológico.

E prossegue, detalhando o funcionamento do aparelho psíquico no processo de dor, assinalando as falhas nesse funcionamento; para concluir: [...] existe algum fenômeno que possa ser interpretado como o equivalente da falha desses dispositivos? A meu ver, existe, a dor” (FREUD, 1895 p. 417).

Freud (1929/1930) sugeriu que o sofrimento provém de três direções: do nosso próprio corpo, do mundo externo e das nossas relações com outras pessoas.

Considerou, no entanto, que o sofrimento que surge a partir do relacionamento com outros homens é mais penoso do que o que emerge de qualquer outra fonte.

A partir dos estudos da neurologia associados ao atendimento de pacientes histéricos, Freud (1916-1917) formulou as bases teórico-metodológicas da teoria psicanalítica, instaurando o conceito de inconsciente. Perseverou nos estudos sobre a formação dos sintomas, assinalando que eles têm um sentido, mesmo que este seja ignorado pelo próprio doente.

Freud (1920) afirma que para a teoria psicanalítica, a psique humana é regulada pelo prazer e pelo desprazer. Refere-se ao prazer e ao desprazer como a quantidade de excitação presente na mente; daí a inclusão de um fator econômico em que o prazer refere-se a uma tensão baixa ou constante, que tem a finalidade de evitar o desprazer, o qual, por sua vez, é caracterizado pelo aumento da quantidade de tensão.

De acordo com Garzia-Rosa (2004, p. 142),

[...] Apesar de dor e prazer ou desprazer não se situarem no mesmo registro, Freud não elimina a possibilidade de a dor vir a se constituir como parte de uma vivência prazerosa. É o caso da relação entre a dor e o prazer sexual no masoquismo. Foi a teoria da sexualidade que obrigou Freud não apenas a admitir que um aumento de excitação pode ser vivido como prazeroso, como também articular dor e prazer de uma forma não mutuamente excessiva.

Berlink (1999) reporta-se aos estudos de Freud para tecer algumas reflexões sobre a dor. Dentre os conceitos freudianos, destaca a indeterminação do tempo para o psiquismo, assinalando que, se por um lado o inconsciente desconhece o tempo, por outro o organismo envelhece e, portanto, é finito. E, nessa perspectiva, conclui que há uma discrepância entre organismo e psiquismo que tende a ser corrigida pela dor.

6.2 A DUPLA ARTICULAÇÃO DOS SINTOMAS: CONTEÚDOS MANIFESTOS E CONTEÚDOS LATENTES

Freud identificou, no funcionamento do aparelho psíquico, a existência do inconsciente e de sua influência nos afetos e na vida das pessoas.

O conceito psicanalítico de conteúdo manifesto e de conteúdo latente dos sintomas foi proposto por Freud em seu estudo sobre a interpretação dos sonhos, em 1900. O conteúdo manifesto refere-se ao que o indivíduo expressa, seja verbalmente ou não, a partir de suas lembranças desde a infância. Portanto, trata-se de conteúdos acessíveis à consciência. O conteúdo latente, ao contrário, refere-se ao que não é acessível à consciência; portanto, é inconsciente, está oculto, já que foi reprimido.

6.3 ESCUTA

A noção de escuta implica ouvir para além do sentido literal da palavra. Engloba a multiplicidade de sentidos que podem ser reveladas não só pelas palavras, mas também pela voz, pela entonação, pela postura corporal, dentre outras formas de expressão simbólica. Pressupõe o compromisso do terapeuta em perceber, via atenção flutuante, o conteúdo polissêmico das palavras ditas pelo paciente, com o objetivo de tratar do psiquismo pela fala – *talk-cure* – (FREUD, 1910).

Nessa perspectiva, Cunha (1997) sugere ao campo fonoaudiológico uma concepção de linguagem em que o discurso é tomado como unidade de análise, possibilitando a construção/reconstrução dos discursos com marcas patológicas através do diálogo terapêutico.

Quanto à escuta terapêutica fonoaudiológica, a mesma autora, ao enfatizar a relação entre linguagem e psiquismo, aponta para a necessidade do terapeuta em perceber o caráter simbólico dos sintomas que se manifestam na fala. Utiliza a metáfora das “duas orelhas do fonoaudiólogo” (uma para ouvir a palavra, outra para escutar o seu sentido) para explicitar a sua proposta de escuta no campo fonoaudiológico sob inspiração psicanalítica, o que possibilita a atenção do terapeuta para os aspectos simbólicos constitutivos do discurso do paciente (dentre eles, inclusive, o silêncio).

Assim, a escuta pressupõe o caráter simbólico da linguagem, tomado como via preferencial de acesso ao inconsciente.

6.4 TRANSFERÊNCIA

Ao reportar-se ao tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, Freud (1912) definiu a transferência como um fenômeno estranho e a caracterizou como a manifestação de sentimentos amistosos ou afetuosos (transferência positiva) muitas vezes mesclados de hostilidade (transferência negativa) e sem razões aparentes, nas relações reais dirigidas ao médico. Argumentou que tais sentimentos decorrem de fantasias inconscientes, relativas aos primeiros anos de vida do sujeito. E advertiu que a transferência surge, espontaneamente, em todas as relações humanas atribuindo-lhe a função de verdadeiro veículo da ação terapêutica.

O estabelecimento da relação de transferência associa-se à suposição, por parte do paciente, de que o terapeuta detém o saber suficiente para a solução dos seus problemas. Sendo assim, o primeiro confere ao segundo uma confiança, por vezes tão inabalável que possibilita a revelação de conflitos íntimos que não

seria capaz de expressar, mesmo às pessoas com as quais tem extrema intimidade. Nesse caso a transferência é positiva (FREUD, 1912).

O relato de dois casos desse estudo e a discussão de questões que denotam a indissociabilidade entre corpo, linguagem e psiquismo, além da função da escuta terapêutica fonoaudiológica no processo do tratamento das duas pacientes, ocupam a próxima etapa do trabalho.

7 HISTÓRIAS E REFLEXÕES

O relato de dois casos clínicos visa analisar as implicações da escuta terapêutica como um dos elementos constituintes do processo de tratamento fonoaudiológico, indicado a pacientes com dor orofacial crônica associada a distúrbios musculares.

PACIENTE 1: **Pérola**

A paciente **Pérola** solicitou atendimento na Clínica de Fonoaudiologia da UNIME, referindo-se à “troca do fonema // e do grafema l”. Disse que, há aproximadamente oito anos, pessoas de seu convívio perceberam esta alteração. Não havia queixa de dor, sua queixa era somente de alteração na fala.

No entanto, ao ser realizada a entrevista, a dor orofacial crônica foi relatada como um sintoma importante em sua vida.

Carrasco (1999) realizou um estudo sobre o uso da anamnese e da entrevista na clínica fonoaudiológica. De acordo com a autora, a anamnese teve sua origem na Medicina com a finalidade de obter dados sobre a doença do paciente. Interpretou que a anamnese, aliada ao exame físico, constitui o exame clínico e é composta por um ‘interrogatório’ que o paciente deve responder. Crê essa conduta como pressuposto de que o paciente, por conhecer sua vida, esteja apto a contribuir com o médico, fornecendo-lhe todas as informações necessárias para ele exercer a sua atividade profissional. Identifica duas dimensões nesse contexto: a primeira composta pela doença do paciente, sua vida, suas informações, e a segunda, o exame clínico.

Quanto à entrevista, a mesma autora informa que está associada à área da Psicologia, e que, ao ser incorporada na clínica fonoaudiológica, foi ressignificada possibilitando a emergência dos aspectos subjetivos da linguagem do paciente. Considera que essa atividade permeia todo o processo clínico-terapêutico sem rupturas.

A entrevista é uma das formas de se estabelecer a relação terapeuta-paciente. Diferencia-se da anamnese, que é constituída em forma de questionário e composta por uma série de perguntas formuladas a partir de pressupostos associados à área da Medicina. A entrevista advém dos estudos da Psicologia, de uma mudança de concepção que se tem do homem e de como nos relacionamos com ele.

Na entrevista, quem determina a seqüência do relato e os dados a serem fornecidos é o paciente, portanto os aspectos subjetivos subjacentes aos sintomas físicos podem ser facilmente, identificados. Isto ocorre, se o profissional estiver disponível para 'escutar' o indivíduo. Se for necessário para o esclarecimento de questões importantes, o profissional então intervém, solicitando o aprofundamento de tais questões ou ainda solicitando que fale sobre determinado tópico que não tenha sido abordado, espontaneamente, pelo paciente. Foi o que ocorreu no caso de **Pérola**: ao ser solicitada a falar sobre a função da mastigação, ela forneceu inúmeros dados sobre a dor orofacial até então não esclarecida.

A importância da modalidade da entrevista inicial, neste caso, foi determinante para a condução do tratamento da dor. Os dados sobre a demanda da paciente, apresentados na ficha de triagem, centravam-se na expectativa de tratar a fala (sintoma manifesto); no entanto, ao ser oferecida a possibilidade de falar sobre

ela mesma, surgiu a questão da dor orofacial e a correlação de fatores subjetivos em sua origem e manutenção (sintoma latente).

Além disso, a paciente pôde lembrar fatos extremamente significantes de sua vida na infância. Essas recordações colocaram à vista um panorama cronológico da origem da dor e dos conflitos psíquicos, que estavam ocorrendo simultaneamente. Observo que, até então, **Pérola** não fazia relação desses dados com a dor orofacial que a acompanhou durante tantos anos de sua vida.

Como citado anteriormente, Freud (1912) refere-se à transferência positiva como a manifestação de sentimentos amistosos ou afetuosos e negativa quando são mesclados de hostilidade.

Interpreto que a transferência com a terapeuta e a conseqüente adesão ao tratamento foram estabelecidas pela disponibilidade do profissional em ouvir **Pérola** e pela demonstração da intenção em auxiliá-la. Noto que outros fatores, também, contribuíram para o aprofundamento da relação de confiança no terapeuta e a adesão ao tratamento: falar livremente sobre as questões que a perturbavam e a constatação de que era possível emitir palavras com o fonema /l/ (no caso, ao realizar a emissão desse fonema, sentia dor na face pela elevação da língua). Assim, o objetivo em fazer um tratamento fonoaudiológico para 'corrigir' a fala foi substituído pelo objetivo de tratar da dor orofacial.

Penso que há dois motivos que justificam o fato de a paciente não ter valorizado a dor como sintoma a ser abordado com o fonoaudiólogo: o primeiro, por não saber que o fonoaudiólogo pode lidar com dor orofacial crônica relacionada à desordens musculares; o segundo, parece que depois da tentativa de obter esclarecimentos médicos a respeito da dor orofacial, como o resultado foi de que

não havia justificativa para a presença de dor, talvez ela tenha desistido de procurar outros profissionais para auxiliá-la e recorreu à auto-medicação.

Pérola atribuía a sua dificuldade em falar à “língua pegada”³. Acreditava que a troca de fonemas impossibilitava um melhor aprendizado escolar na disciplina de língua portuguesa.

Felício e Bortolin (2001) realizaram uma pesquisa a respeito da percepção da dificuldade de produzir fala e presença de DTM, dor e mudanças no ambiente oral. Utilizaram como instrumento de análise a psicofísica, e a solicitação foi de julgar a dor, através de escala de categoria, e a dificuldade em pronunciar trigramas no pré-tratamento: após a inserção da placa de oclusão; após o uso da placa por 14 dias: sem e com a placa. Os resultados indicam que todos os indivíduos que participaram desse estudo, perceberam as dificuldades em falar com e sem a placa de oclusão, e na presença ou na ausência de dor. A dor mais intensa ocorreu no pré-tratamento, e as mudanças súbitas no ambiente oral dificultaram a fala.

Pérola percebeu sua dificuldade de fala, como os pacientes do estudo mencionado anteriormente; no entanto, não correlacionou à presença da dor. Interpreto que a sua maior preocupação estava centrada em um valor cognitivo em detrimento do bem-estar físico e psíquico, esse e outros dados fornecidos por **Pérola** sugerem que a dor física poderia estar também correlacionada com fatores subjetivos e que serão assinalados em outros parágrafos. A associação da fala e dor também será discutida posteriormente.

Quanto à alimentação, a paciente comia pouco, preferencialmente iogurte e frutas.

³ Termo popular que indica frênulo de língua curto.

Alencar Júnior, *et al.* (2006), ao tratarem dos fatores contribuintes na etiologia das DTMs, advertem que o tipo de alimentação ingerida é importante, citam que a deficiência de magnésio favorece o aparecimento de dor miofascial e de fibromialgia, aumenta o processo inflamatório e a produção de radicais livres, assinalam, ainda, que a deficiência de cálcio favorece o surgimento de dores musculares.

Referiu também estar com o paladar alterado.

Interpreto esta sensação como indicativa de distúrbios gástricos. Teixeira (2003) alerta que o uso de analgésicos antiinflamatórios não-esteróides pode provocar efeitos adversos no aparelho digestivo.

Quanto à ingestão atual, quase que exclusiva de iogurte, se por um lado pode ser explicada pelo fato de ser um alimento líquido e, que por isso, não desencadeia dor, por outro, pode auxiliar; sugere que este é um alimento que as crianças gostam e que **Pérola** prefere.

Ao ser solicitada a detalhar os hábitos alimentares desde a infância, disse que foi amamentada, que sugava sem maiores dificuldades e que utilizou mamadeira, porém não sabia quando houve o desmame. Relatou que aos cinco anos foi morar na casa da bisavó que estava enferma e precisava de alguém para auxiliá-la, especialmente durante a noite.

Refere que nesse período seus hábitos alimentares sofreram algumas alterações por não gostar da comida que a tia fazia e, por isso, não se alimentava regularmente. Disse que, muitas vezes, distribuía suas refeições aos animais da casa, para que os familiares não percebessem sua recusa. Acrescentou que não se identificava com a tia. Lembrou-se de que, no entanto, quando morava com seus

pais, numa localidade no interior do estado, era seu pai quem fazia a comida, e ela que gostava muito e se alimentava bem.

Dolto (1998) aponta para o caráter imaginário das fobias alimentares nas crianças, e indica como um dos motivos de sua ocorrência a correlação de um alimento e a uma pessoa muito chata, ou mesmo pela associação de um incidente na família no dia em que ingeriram um alimento. Observa que o processo psicanalítico promove o desenrolar dessas fobias, esclarece a razão do seu aparecimento e desaparece ao ser identificada a lembrança do fato que a originou.

Palladino, Souza e Cunha (2004) ao abordarem a questão dos transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças, sugerem a fundamentação psicanalítica como uma das possibilidades para pensar clinicamente as relações entre corpo, mente e linguagem. Além disso, propõem, também, uma redefinição dos conceitos de linguagem e de corpo. Crêem que a linguagem concorre para a constituição do sujeito, possibilitando a existência do plano simbólico e do mundo psíquico.

Referindo-se à mastigação, **Pérola** disse que foi alterada aos sete anos de idade, quando passou a sentir dor ao mastigar e engolir. Estes dados, acrescidos dos anteriores sobre a sua ida para a casa da bisavó, sugerem que fatores subjetivos poderiam estar ocorrendo na época em que a dor orofacial foi desencadeada.

Recordações de sua infância corroboram para a identificação da correlação dos fatores psíquicos (sintomas latentes) aliados à ocorrência da dor orofacial (sintoma manifesto). Dentre elas destaco a referência de que, por volta dos sete anos, seus hábitos alimentares sofreram alterações por não gostar da comida

que a tia fazia (não se relacionavam bem); lembrava do prazer em alimentar-se com a comida que o seu pai fazia, antes de morar com a bisavó.

A memória de fatos ocorridos na época do tratamento fonoaudiológico também revelaram os conflitos gerados pela dor, pois **Pérola** evitava mastigar alimentos sólidos por ter medo de sentir dor, principalmente à noite, próximo da hora de dormir. Quanto ao aspecto social, quase não saía para passear.

Barbosa e Guinsburg (2003) salientam que a resposta da criança aos estímulos nociceptivos depende de inúmeros fatores. Destacam-se dentre eles os emocionais, os comportamentais e os situacionais; o significado da dor para a criança, o contexto no qual ela ocorre; a precocidade da experiência dolorosa, a presença de fadiga física ou emocional, o nível de ansiedade; alguns atores socioculturais da criança e de sua família, a idade e o nível cognitivo do doente etc. Todos esses fatores assinalam que as experiências prévias em relação à dor e a memória sobre ela também interferem na resposta da criança à dor.

Pelas palavras de **Pérola** interpreto que o afastamento dos pais interferiu, significativamente, em seus sentimentos e na sensação física (instância corporal). Antes ela gostava de alimentar-se da comida que o seu pai fazia; depois do afastamento da casa paterna, teve que se alimentar de uma refeição preparada pela tia com quem, de acordo com o dado relatado anteriormente, não mantinha uma relação harmônica.

Dolto (1999) argumenta que a experiência clínica leva a compreender que, conscientemente ou não, a comunicação intersíquica produz efeitos, ainda na vida fetal e, especialmente, após o nascimento, entre o bebê e seus familiares próximos, genitores e irmãos. Enfatiza a importância do papel do dizer e, principalmente, da

ação. Explica que, do ponto de vista da criança, tudo é linguagem significativa, pois a criança observa tudo o que acontece em sua volta e reflete sobre o que percebe.

Quanto à rotina alimentar atual, acrescentou que sentia sensação de vômito, evitava mastigar alimentos sólidos por temer a dor, principalmente à noite, próximo à hora de dormir.

Disse ter feito uma consulta com um médico clínico por causa da dor orofacial e o profissional solicitou a realização de nasofibrosopia, cujo resultado indicou normalidade. Portanto, não houve indicação medicamentosa nem pesquisa da causa da dor. Assim, **Pérola** recorreu à auto-medicação. Escolheu a Dipirona para minimizar a dor e cefaléias constantes, porém admitiu que a droga já não estava sendo eficaz.

Teixeira e Valle (2003) asseveram que o uso de medicamentos deve ser regular e não apenas quando necessário. Recomendam que o tratamento farmacológico para a remissão da dor deve ser prescrito, imediatamente após os primeiros sintomas, prevenir a sua cronificação, e garantem que este procedimento não interfere no resultado da semiologia clínica. Além disso, advertem que os efeitos dos remédios dependem da farmacêutica, da farmacocinética e da farmacodinâmica. Nesse momento, foi feita uma alerta a respeito da necessidade de uma consulta a um especialista para a adequação da prescrição do medicamento a ser utilizado.

Referiu-se, também, à ocorrência de engasgos e pigarros durante as refeições com alimentos sólidos. Portanto, em função das dificuldades expostas, ingeria alimentos pastosos e preferencialmente líquidos. Disse que acordava às 7:30h, mas a primeira refeição era somente às 10:00h, quando tomava um copo de iogurte. Inclusive, enfatizou que, muitas vezes, este era o único tipo de alimento que consumia por dia. Ao ser questionada a respeito dos alimentos de que gostava,

referiu-se a peixe, abóbora, quiabo e couve-flor. Enfatizou novamente que percebia que o seu paladar era alterado ao ingerir alguns alimentos, como a batata; além disso, evitava alimentos consistentes para não sentir dor.

A opção de **Pérola** em não deglutir alimentos duros está de acordo com dados encontrados na literatura. Felício (2002) recomenda que embora os pacientes que se referem à presença de dor intensa deixem de ingerir alimentos duros quando necessário, é uma atribuição do fonoaudiólogo indicar alimentos macios.

Observo no cotidiano da clínica fonoaudiológica que muitos pacientes que apresentam queixa de dor orofacial e estão em tratamento, têm o hábito de ingerir o primeiro lanche do dia horas após o despertar.

Inicialmente, houve a possibilidade de **Pérola** apresentar disfagia, refluxo gastroesofágico ou uma série de fatores agravantes associados à dor orofacial, como por exemplo, o uso inapropriado de medicamentos por auto-medicação, alimentação inadequada, tensão, entre outros. Porém, nas sessões subseqüentes, com a melhora das queixas apenas com orientações quanto a alimentação, **Pérola** informou que estava mudando seus hábitos alimentares e não mais apresentava esses sintomas.

Nota-se, pelo seu depoimento, a responsabilidade dos profissionais da área da saúde ao atenderem um paciente com queixa de dor sem uma causa aparente, já procurando esclarecer a origem da dor duradoura. A literatura na área de clínica de dor evidencia a magnitude dos transtornos provocados pela persistência desse incômodo, dentre eles o fator de perpetuação como um mecanismo funcional do corpo.

Um exemplo de quanto o profissional pode contribuir para a adesão ao tratamento é fornecido pela pesquisa realizada no Hospital das Clínicas em São

Paulo (SIQUEIRA, 2004), cujo propósito foi avaliar os aspectos emocionais e a 'aderência' dos pacientes aos tratamentos e à equipe de saúde. O resultado expôs que a queixa de metade dos pacientes, era de que a equipe ouvia muito sobre o tratamento e, no entanto, havia carência de informações sobre o que eles sentiam e qual era a sua doença.

A paciente **Pérola** queixou-se de dor pré-auricular e dificuldade de audição com o ouvido esquerdo, cefaléia na região frontal, alterações no paladar, incômodo gástrico com episódios alternados de diarreia e constipação intestinal, a cada três ou quatro dias.

Felício (2002) cita como uma das queixas mais freqüentes de pessoas com DTM a dor nos músculos mastigatórios, na região pré-auricular, dificuldade para mastigar e problemas auditivos.

Pérola prossegue dizendo que aos oito anos ingressou na escola e teve problemas no aprendizado da leitura e da escrita, persistentes, inicialmente, acentuando-se na adolescência e na fase adulta como dificuldades em língua portuguesa. Lembrou a origem da dor e os prejuízos causados no ato da mastigação, conscientemente, só fase adulta. Questiona-se se a dor orofacial interferiu também nas atividades escolares, pois este sintoma, de acordo com o seu depoimento, ocorreu desde os sete anos, portanto, já sentia dor na face quando ingressou no período escolar.

Teixeira (2004) assevera que a interpretação do fenômeno da dor é individual e a pessoa atribui significados idiossincrásicos, de acordo com fatores subjetivos.

Pérola morou dos cinco aos 13 anos com a bisavó, cujo falecimento ocasionou o seu retorno à casa dos pais. Nessa ocasião, sua mãe lhe disse que

deveria trabalhar e estudar, pois já estava na idade para ser independente. A jovem saiu do interior e veio morar na capital em casa das pessoas para quem trabalhava. Aos poucos foi reservando dinheiro, até que pôde comprar um terreno e construir sua própria casa, conquistando a possibilidade de não dormir na casa dos patrões.

Ao discutir sobre a relação dos avós com os seus netos, Dolto (1998) menciona que, pelo fato de serem velhos e de sentirem o envelhecimento, têm necessidade da segurança que recebiam de seus pais. Têm a sensação de aprisionados, pelo medo próprio da idade, da velhice, da doença, da morte, que passa a ser uma realidade próxima e, por extensão, sentimentos de inferioridade. Passam de esteios a fardos morais, mesmo que não tenham dependência material. Adverte que todos esses fatores contribuem para que se sintam amargurados e insatisfeitos e demandam um amor ciumento e exigente.

Reflito sobre a situação de uma menina de cinco anos com a responsabilidade de cuidar da bisavó, uma pessoa idosa, doente, necessitando de cuidados físicos e os sentimentos que podem ter sido provocados nela, **Pérola**, criança que ainda requeria cuidados de mãe ou de quem a substituísse. Essa não é a questão deste trabalho, mas vale ressaltá-la, pois a percepção da origem da dor orofacial se deu por volta dos oito anos, após a mudança para a casa de sua bisavó.

Quanto ao período da adolescência, pelos dados fornecidos pela paciente, mais uma vez, a família sugeriu que a jovem saísse de casa e se assumisse financeiramente.

Winnicott (1997) alerta que a própria puberdade proporciona mudanças com as quais os adolescentes têm de lidar. Refere que nessa etapa as experiências da infância contribuem para o desenvolvimento da pessoa. É de opinião que as más condições ambientais podem provocar dificuldades para os jovens, a ponto de gerar

a necessidade de uma intervenção profissional. Conclui que o ambiente e a família têm uma vital importância para que eles cheguem à maturidade adulta.

Compreendo que mais uma etapa importante da vida de **Pérola** foi marcada pelo afastamento dos pais, independentemente do seu desejo ou mesmo de iniciativa nessa direção.

Na época da entrevista estava cursando a 5ª série do ensino fundamental (havia retomado os estudos), mas tinha dificuldade em língua portuguesa.

Não encontrei estudos relacionados à dor crônica e dificuldades de aprendizagem. Os fatos que poderiam ter favorecido esse sintoma, no período da infância da paciente, por exemplo, seria o afastamento dos pais, a responsabilidade em cuidar da bisavó e a falta de entrosamento com a tia. Mais tarde, outro fator que pode ter contribuído para a manutenção dessa dificuldade foi o distúrbio do sono, dado fornecido por **Pérola** e descrito a seguir.

Lembrou que, desde os 18 anos, apresentava agitação noturna, falava durante o sono e acordava várias vezes “com a boca seca”, o que promovia a necessidade de ingerir água freqüentemente.

Yeng *et al.* (2003) assinalam que a dor crônica proporciona, entre outros prejuízos, o comprometimento do sono, do apetite e do lazer.

Avaliação do sistema estomatognático

Os dados da avaliação fonoaudiológica inicial através da palpação, revelaram que a paciente apresentava sensibilidade dolorosa nas regiões frontal, no músculo trapézio (direito) próximo à escápula, presença de pontos dolorosos no músculo esternocleidomastóideo, nos músculos masseter e temporal.

Okeson (2000) defende o uso da palpação muscular digital para determinar o tônus e a dor muscular, pois, a palpação não provoca dolorimento ou dor em um músculo saudável.

Pérola avaliou a intensidade da dor em 9 pela escala numérica de 0 a 10 que, segundo Pimenta (2001) essa escala é de fácil aplicação e bem compreendida pelo paciente.

Embora seja a avaliação da dor subjetiva que depende do sistema simbólico e de valores do paciente, observa-se que o 9 é um referencial próximo do referencial máximo a ela apresentado, o que demonstra ser um nível limítrofe a um nível insuportável.

Postura habitual de ombros assimétrica e de cabeça (direcionada para o lado esquerdo).

Travell e Simons (2005) sugerem incluir a avaliação da postura no exame de pacientes que apresentam pontos gatilho, em movimentos espontâneos tais como: andar, sentar, retirar a roupa, entre outros.

Os autores asseveram que uma postura adequada evita a contração mantida ou o encurtamento prolongado dos músculos.

No caso de **Pérola**, esses dados conferem com os sintomas apresentados e após o trabalho para a adequação da postura, a jovem referiu uma melhora considerável.

Pérola apresenta perfil facial convexo, ângulo naso-labial aberto, lábio superior protruído e lábio inferior em eversão; posição habitual dos lábios entreabertos com ressecamento e hipotonicidade. A língua flácida apresentava-se habitualmente 'espremida' entre as arcadas dentárias, com marcas dos dentes

bilateralmente. Ao ser solicitada a elevar e abaixar a língua, anteriorizou a cabeça simultaneamente.

Felício (2002) e Bianchini (2004) recomendam a avaliação das estruturas do sistema estomatognático quanto ao aspecto, mobilidade, tônus e função com o objetivo de compreender a problemática e as prioridades do tratamento quanto à intervenção fonoaudiológica. Concordam que deve estar incluído o aspecto subjetivo da dor.

O resultado das medidas antropométricas da face quanto à altura demonstraram terço superior 67mm, terço médio 67mm e terço inferior 55m, o que sugere um padrão braquifacial.

Cattoni e Fernandes (2004) enfatizam a importância do exame morfológico orofacial para a avaliação miofuncional orofacial e para o diagnóstico fonoaudiológico. Argumentam que há uma interrelação entre as alterações das estruturais faciais e as alterações funcionais do sistema estomatognático. As autoras indicam o estudo da antropometria para a realização de uma avaliação mais confiável da morfologia craniofacial.

Pérola apresentou abertura bucal de 35 mm.

Okeson (2000) considera como uma abertura bucal restrita a distância menor que 40 mm, ao ser feita a mensuração interincisal; acrescenta que é esperada uma abertura bucal de 53 a 58 mm. Refere-se que a estimativa da abertura bucal em crianças com seis anos de idade é estimada em 40mm ou mais.

De acordo com Travell e Simons (2005), quando há Pgs (pontos gatilho) na camada superficial do músculo masseter, pode ocorrer uma restrição grave da abertura da mandíbula.

O relatório odontológico de **Pérola** referia dor ao aumentar a abertura da boca.

A respeito da correlação entre a amplitude da abertura de mandíbula e fala, Tauci (2006) realizou uma pesquisa com pacientes que apresentam DTM sobre as queixas de fala que ocorrem com mais freqüência. O resultado apresenta oito queixas, dentre elas a limitação do movimento mandibular que, na presença de dor, situa-se como a terceira queixa mais mencionada.

Este dado foi observado inclusive, como já referido, durante a fala: não eleva a língua para pronunciar o fonema // por sentir dor.

Analisando os seus hábitos alimentares, observei que desde a infância **Pérola** não mastiga regularmente e, no entanto, apresenta desgaste nas cúspides de alguns dentes, o que sugere a execução de movimentos repetitivos, como por exemplo o bruxismo.

Pérola registra respiração caracterizada por modo e tipo misto. Alencar Júnior *et al.* (2006) correlacionam respiração inadequada e dores crônicas. Caracterizam como uma das alterações apresentadas pelos pacientes com dores crônicas, um padrão respiratório com predominância cervical e peitoral numa velocidade curta e rápida de 18 a 20 ciclos respiratórios por minuto. Advertem que a velocidade de eliminação de CO₂ é mais rápida do que a de geração. Acrescentam que a baixa concentração de CO₂ pode interferir na arquitetura do sono e pode alterar o limiar das fibras nervosas por estimular o sistema nervoso simpático, o que altera a fisiologia do paciente; além disso, pela fadiga nesses músculos, podem surgir *trigger points* e dor miofascial.

Os dados do estudo apresentado anteriormente, podem explicar as alterações de sono e a existência de *trigger points* apresentadas por **Pérola**.

No que se refere à mastigação, observei predominância do lado esquerdo com os lábios entreabertos, apresentando projeção anterior da língua ao deglutir, múltiplas deglutições, hiperfunção do músculo mental com queixa de dor durante a execução de movimentos. Esses dados sugerem uma correlação entre a dor e a execução da função mastigatória.

A esse respeito, Felício *et al.* (2005) sugerem que a dor pode contribuir para a alteração da função mastigatória e, talvez, para a restrição do movimento lateral da mandíbula.

Avaliação da linguagem oral

Pérola apresentou as seguintes substituições fonêmicas: // → /w/; // → /r/; /λ / → /η / ; omissão do fonema //; redução do encontro consonantal com o fonema /r/; sigmatismo interdental, interposição de língua anterior na emissão do fonema // e articulação exagerada.

Bianchini (2007) analisou os movimentos mandibulares da fala de 135 adultos, de 18 a 57 anos dos gêneros masculino e feminino.

Como critério para seleção dos sujeitos, enumerou os fatores: pessoas que não apresentam falha dentária de mais de um elemento por quadrante, nem mordida cruzada; sem deformidade dentofacial, nem prótese dentária removível; não terem realizado tratamento fonoaudiológico ou aprimoramento vocal; sem registrarem quaisquer déficits comunicativos, neurológicos e cognitivos.

O critério de inclusão do grupo de pesquisa (por demanda espontânea) composto por 90 pacientes foi de apresentarem, ao menos, três sinais de DTM tais como: dor na musculatura mastigatória, na região pré-auricular e na ATM, presença

de ruídos articulares como estalos e crepitação, limitações dos movimentos mandibulares dirigidos ou em função episódios de travamento articular. No entanto, a presença de dor foi considerada imprescindível como fator determinante do quadro de DTM.

Para o grupo de controle, constituído por 45 participantes, o critério foi não ser portador de DTM, não apresentar sintomatologia dolorosa e outros sinais de DTM.

Utilizou a avaliação de eletrognatografia computadorizada para analisar os movimentos mandibulares. Analisou os fatores: velocidade máxima de abertura e fechamento mandibular, amplitude máxima de abertura nos planos sagital e frontal, amplitude máxima de protrusão e de retrusão, desvios em lateralidade e o tipo de desvio, se é lateral ou bilateral.

Para a quantificação do índice de dor foi utilizada a escala numérica de 0 a 3.

[...] Pode-se sugerir que os diferentes graus de dor: leve, moderado e grave parecem não determinar maior redução da amplitude máxima de abertura e da velocidade de fechamento dos movimentos mandibulares na fala. A presença de dor, característica dos quadros de disfunções temporomandibulares, é que parece determinar redução da amplitude de abertura e de velocidade de fechamento dos movimentos mandibulares na fala, independente dos graus de dor. A presença do grau de dor grave acarreta maior redução da velocidade de abertura do movimento mandibular durante a fala; os diferentes graus de dor parecem não determinar diferenças na amplitude máxima dos movimentos mandibulares protrusivos, retrusivos e de desvios em lateralidade na fala, pois a análise dos dados mostra que os grupos comportam-se de maneiras semelhantes a essas variáveis (BIANCHINI, 2007, p. 7-18).

A autora de, acordo com os resultados, sugere como um dos itens encontrados, a redução de amplitude de abertura e de velocidade de fechamento

dos movimentos mandibulares na fala o que é determinada pela presença de dor, característica dos quadros de DTM, independente dos graus de intensidade.

Na segunda sessão para a avaliação foi solicitada a repetição do fonema // e a paciente conseguiu reproduzi-lo corretamente, mas referiu sentir dor na face, ao aumentar a amplitude de abertura da boca para elevar a língua na produção desse fonema. Nota-se que há uma correlação do sinal apresentado por **Pérola** e um dos resultados da pesquisa mencionada anteriormente.

Quanto às alterações de fala caracterizadas por sigmatismo interdental, interposição de língua anterior na emissão do fonema // e articulação exagerada, está em concordância com os dados apresentados na literatura.

Berretin *at al.* (2000) realizaram uma pesquisa para identificar as características fonoarticulatórias de sujeitos com Desordem Craniomandibular (DCM), de acordo com o tipo de alteração intra-articular envolvida. Concluíram que as alterações de fala de sujeitos com DCM se caracterizam por desvios anteriores ou laterais de mandíbula, prejuízos na inteligibilidade de fala e projeção anterior de língua. Sugere que essas alterações são decorrentes, também, da presença de dor e limitação dos movimentos durante a função.

Encaminhamentos clínicos interdisciplinares

Diante dos resultados iniciais da avaliação fonoaudiológica, foram feitos os seguintes encaminhamentos que poderiam levar ao diagnóstico do quadro que apresentava: avaliação odontológica para a obtenção de dados relativos à dor orofacial e verificação das indicações quanto aos desgastes nos dentes; gastroenterológica devido aos transtornos gastro-intestinais apresentados pela

paciente, e avaliação audiológica, pois a paciente queixava-se de não ouvir bem com o ouvido esquerdo, tendo percebido isto aos 15 anos.

A primeira tentativa de realização da avaliação da audição, antes do início do tratamento fonoaudiológico, não foi bem sucedida. As respostas de **Pérola** ao exame eram confusas, inconsistentes (ora dizia ouvir um som, ora não manifestava reação ao estímulo auditivo), o que não permitia um resultado seguro. Não estava fazendo uso de medicação para o alívio da dor, pois ainda realizava consultas médicas solicitadas. Aparentava estar sofrendo.

Teixeira (2001) considera a experiência dolorosa como resultado da interrelação entre a interpretação das qualidades sensoriais e os componentes afetivos, cognitivos, comportamentais e as reações fisiológicas, que se expressam frente à estimulação ou disfunção do sistema nociceptivo.

A correlação da indissociação mente/corpo/linguagem foi evidenciada por um dos prejuízos provocados pela dor física (instância corporal), como por exemplo, a dificuldade da paciente em realizar a avaliação audiológica, antes do início do tratamento fonoaudiológico e do uso de medicação para o tratamento da dor. A manifestação de sua dificuldade foi no aspecto cognitivo, pois parecia não compreender a solicitação verbal para responder se estava detectando a presença de sons.

Aguardei o efeito do tratamento fonoaudiológico e do uso regular da medicação indicada pelo odontólogo para o tratamento da dor, a fim de reencaimhá-la para esta avaliação. Cinco meses após a primeira tentativa, **Pérola** conseguiu realizar satisfatoriamente a avaliação audiológica. O resultado encontra-se em anexo (2) e é de normalidade.

Concluí que a dor tinha uma magnitude tal que impediu inicialmente a compreensão necessária dos procedimentos para a realização do exame, provocando inclusive confusão mental, dificuldade em compreender solicitações simples, como de ao ouvir um determinado som assinalar a sua presença fazendo um sinal.

A avaliação audiológica foi realizada na clínica de Fonoaudiologia da UNIME, e este caso surpreendeu os alunos, pois eles achavam que a paciente apresentava alterações cognitivas e que por isso não conseguia atender as orientações fornecidas para a execução do exame. Pensaram também na possibilidade de a paciente já possuir sinais de uma perda auditiva de origem central, inclusive, ao discutirem o caso sugeriram uma avaliação eletrofisiológica por não acreditarem que **Pérola** pudesse responder adequadamente aos exames.

Siqueira (2004) aponta a importância do profissional da saúde estudar a dor por ser um fenômeno complexo. Defende a inclusão de disciplinas sobre esse tema na graduação e na pós-graduação em Odontologia.

A experiência clínica dos alunos de Fonoaudiologia, ao atenderem **Pérola** com seus sintomas, evidenciou a importância, ainda na graduação, do estudo sobre dor crônica, seus mecanismos e conseqüências para a vida dos pacientes.

Dados odontológicos

O relatório odontológico refere que a paciente encontra-se em quadro de dor miofascial, com *trigger point* em ventre de masseter superficial, causando dor referida para as regiões temporais e frontais. As ATMs apresentam-se doloridas ao toque, tanto lateral, quanto retrodiscal, sugerindo inflamação.

Os dados acima estão de acordo com os estudos de Travell e Simons (2005) que assinalam, como resultado de pontos-gatilho no músculo masseter, a tensão muscular e, conseqüentemente, disfunção e dor. Citam que trauma e microtrauma em decorrência de bruxismo, sobrecarga aguda, má postura, desequilíbrio oclusal, são alguns dos fatores que ativam e perpetuam os Pgs.

O exame dentário revela boa condição geral, apesar dos “dentes 43 e 44 apresentarem facetas de desgaste brilhante, sugerindo bruxismo agudo; fratura no dente 23, sugerindo bruxismo”.

Okeson, 2000 associa o desgaste nas facetas dos dentes a atividades parafuncionais e não funcionais.

Devolutiva

Ao término da avaliação, foram feitos esclarecimentos a respeito da interpretação dos dados e realizadas orientações com o objetivo de controlar/diminuir a dor orofacial. Observei que, ainda nesta fase, a postura de **Pérola** era de ouvir e sorrir. Manifestava-se verbalmente só quando solicitada, apesar da disponibilidade da terapeuta em ouvi-la.

Bianchini (2004) afirma que um dos desafios enfrentados pelos profissionais que trabalham com dor e desconforto, é o envolvimento de aspectos subjetivos pela diversidade de reações dos pacientes a esses sintomas. Sugere uma visão holística no atendimento a esses indivíduos e alerta que devem ser respeitadas as condições e necessidades dos pacientes, de acordo com a fase de tratamento em que eles se encontram. Adverte que apenas a reeducação miofuncional não soluciona os problemas na articulação temporomandibular e que,

portanto, deve ser elaborado um planejamento específico com intervalo de tempo controlado para o acompanhamento e domínio do processo e dos resultados.

Processo terapêutico fonoaudiológico

Pérola é uma pessoa que falava pouco, como referido anteriormente, tímida, não só na cena terapêutica como também na sala de espera. Este fato, requereu, por parte da terapeuta, uma habilidade maior em obter dados sobre os aspectos subjetivos da dor através do seu discurso verbal. Porém, pelo aspecto seu físico, foi possível obtê-los pela leitura da expressão facial, pela maneira de sentar-se, de vestir-se, pelas atitudes, pelas mudanças sociais, pelas decisões tomadas durante e ao longo do tratamento fonoaudiológico, cujo objetivo era obter o controle da dor.

Felício (2002) indica que a dor espontânea e o prejuízo funcional são os principais efeitos da disfunção temporomandibular sobre o sistema estomatognático. Estabelece como objetivo do tratamento fonoaudiológico a recuperação desse sistema para que suas funções possam ser realizadas com uma limitação mínima, sem dor e sem o agravamento do problema.

O procedimento utilizado foi o alongamento corporal. **Pérola** referiu que estava 'enferrujada' e sentia incômodo, ao executar os exercícios.

Bandy (2001) relata que exercícios que alongam um músculo de uma determinada articulação, realizados por certo período, proporcionam o aumento da amplitude do movimento nessa articulação, o que contribui para maior flexibilidade. Acrescenta que alguns estudos indicam que poderá haver o impedimento de lesões

quando há a flexibilidade ideal e que, ocorrendo o fato, o trabalho que exercita a flexibilidade é um recurso auxiliar na reabilitação músculoesqueléticas.

Travell e Simons (2005) recomendam a realização de alongamento inclinando a cabeça bilateralmente, aproximando-se do ombro, com o objetivo de alongar o músculo esternocleidomastoídeo.

Observei que os exercícios de alongamento estabeleceram auto-conhecimento e aumento da propriocepção, contribuíram para a correção postural e diminuição da dor.

Trabalho quanto à postura, Travell e Simons (2005) esclarecem que a má postura é um dos fatores perpetuantes dos Pgs miofasciais.

Os exercícios de alongamento, associados à conscientização da postura adequada proporcionaram a **Pérola**, gradativamente, a melhora do quadro álgico.

Também foram aplicados exercícios respiratórios com o objetivo de instalar a respiração costodiafragmática.

Travell e Simons (2005) indicam o uso da respiração diafragmática no tratamento de pacientes que apresentam ponto gatilho e dor.

Clay; Pounds (2003); Travell e Simons (2005) referem-se a massagens nas regiões facial e cervical para a obtenção da liberação dos pontos gatilho.

No caso de **Pérola**, os pontos de tensão da região cervical e da face eram evidenciados ao ser realizada a massagem; no entanto, ela não expressava dor verbalmente, mas a mímica facial denunciava o seu incômodo.

Foi aplicada em casa, em dias alternados, termoterapia na região da face. A paciente referiu melhora, principalmente nos momentos em que sentia dor, inclusive achava que esse recurso contribuiu para a diminuição da quantidade de analgésicos nos momentos de crise, devido o significativo alívio que promovia.

Bianchini (2004); Felício (2002); Fricton e Schiffmann (2002) entre outros autores sugerem o uso da termoterapia com a finalidade de proporcionar relaxamento muscular.

Quanto à alimentação, Bianchini (2004) sugere a modificação da dieta alimentar de acordo com a redução da dor.

Para **Pérola**, não foi necessária orientação em relação à consistência dos alimentos, pois a própria paciente percebeu que, ao ingerir alimentos duros, a dor aumentava; apenas no aspecto nutricional, foi sugerida a inclusão de alimentos que já não escolhia.

A primeira indicação do tratamento fonoaudiológico, segundo Bianchini (2004), é uma abordagem genérica em que, ao ouvir o paciente, são estabelecidas associações com os mecanismos funcionais que ele utiliza. Refere-se ao fato de alguns pacientes demonstrarem estar conscientes de seus hábitos (cita, dentre eles, o apertamento dentário) e, no entanto, não conseguem evitá-los; relata, inclusive, que argumentam sentir conforto ao executarem esta atividade. Nesses casos a autora recomenda o esclarecimento detalhado sobre o problema de cada um, das estruturas envolvidas e do funcionamento da musculatura e da articulação e a associação com os movimentos da mandíbula.

Pérola foi orientada a não apertar os dentes. Nas últimas sessões já relatava melhora com relação à dor e à alimentação, além de seu tempo estar altamente ocupado com os preparativos para a chegada de seu primogênito.

Escuta terapêutica

Cunha (1997) discute a incorporação da escuta terapêutica fonoaudiológica, sob a perspectiva do estudo da Psicanálise como um recurso clínico. Extrai um fragmento da sua experiência clínica para demonstrar que, enquanto uma das suas “orelhas fonoaudiológicas” ouvia os sintomas específicos, relatados por um paciente que apresentava gagueira, a outra orelha escutava os conteúdos latentes; portanto, conferia atenção aos aspectos subjetivos aparentes em seu discurso.

Interpreto que a possibilidade de **Pérola** falar sobre a dor orofacial e de ser ouvida, mudou o seu objetivo em relação ao tratamento fonoaudiológico, que inicialmente era de “corrigir a fala”. Mesmo após a explanação da proposta terapêutica, em que a finalidade principal era o esclarecimento do seu quadro sintomatológico e a direção do manejo da dor, permaneceu no tratamento freqüentando, regularmente, as sessões, seguiu as orientações e investiu nos encaminhamentos solicitados.

Ao ser incentivada a falar sobre a sua dor (física) e sobre os seus hábitos alimentares, pôde correlacionar uma série de outros sintomas, tais como o vômito e a diarreia que, anteriormente, não tinha consciência de que eram fatores associados. Além disso, **Pérola** indicou o quanto esses sintomas influenciavam o seu estado psíquico, a ponto de nos finais de semana não ter o desejo de sair de casa para passear por causa do mal estar que sentia em decorrência da dor.

Portanto, a minha interpretação é de que **Pérola** ao rever a sua história de vida, a origem da dor orofacial ainda na infância, as situações constrangedoras em relação à alimentação (não gostar da comida que lhe era oferecida, não falar sobre

isso por ter dificuldade de relacionamento com a tia, e ter que dar a sua comida aos animais para que acreditassem que comeu), juntamente com sua relação com os demais familiares, começou a descobrir a sua real condição física atual, com o seu passado e as próprias implicações psíquicas por eles provocadas. Possivelmente, sentiu-se encorajada a mudar este quadro pelo acolhimento recebido dos profissionais durante o processo de tratamento.

Dor e psiquismo

As lembranças que **Pérola** expôs, certamente, foram importantes para a compreensão quanto à origem da dor e sua evolução. A possibilidade de rever a sua história de vida correlacionada à dor, favorecida pela escuta terapêutica fonoaudiológica, a partir do estabelecimento da transferência, pode ter contribuído para as mudanças que ocorreram, que foram observadas e pontuadas durante o processo do tratamento fonoaudiológico.

Cunha (1997) reporta-se ao estudo de Freud e Breuer sobre o caráter universal da transferência. Concorda que existe uma influência pessoal do médico, e crê que outros terapeutas, inclusive o fonoaudiólogo, possam exercer essa influência. Entende que “diálogo terapêutico” não se trata de uma “*conversa entre amigos*” (grifo da autora), e adverte que a fala do paciente está sob a interferência do seu inconsciente. Assim, é necessário que o profissional esteja disponível para atuar na transferência.

Como foi citado anteriormente, **Pérola** era uma pessoa que falava pouco; então, uma boa parte das conclusões, no que se refere à sua evolução, foi pela segurança que a avaliação clínica ofereceu, pela observação da sua postura física,

da sua aparência e das novas conquistas, tais como sair para passear nos finais de semana e variar a dieta alimentar. Observei também outras modificações significativas, ocorridas ao longo do tratamento fonoaudiológico, dentre elas, destaco: começou a cuidar-se fisicamente, mudou o penteado já no segundo mês de atendimento, mudou a maneira de vestir-se nos primeiros seis meses, e no semestre seguinte engravidou. Durante a gravidez a dor desapareceu totalmente, reaparecendo quando precisou interromper o uso da medicação. Desapareceu novamente, mesmo sem o uso da medicação, que foi suspensa para não prejudicar o bebê. Após aproximadamente um ano e meio, **Pérola** não se refere à dor orofacial e cefaléia.

Alimentação, dor e psiquismo

Dentre os depoimentos de **Pérola**, destaca-se de seu discurso a decisão de evitar mastigar alimentos sólido, por ter medo de sentir dor.

Souza *et al.* (2005) realizaram uma pesquisa sobre as características mastigatórias em portadores de DTM. Elegeram 30 participantes distribuídos em dois grupos. Um grupo foi composto por 15 sujeitos adultos do sexo feminino, entre 25 e 45 anos de idade com o diagnóstico de DTM, e um grupo controle constituído por 15 sujeitos do sexo feminino, sem apresentarem DTM. Para não haver fatores de modificação da mastigação, foram excluídos os sujeitos que apresentassem mordidas cruzadas, falhas dentárias, portadores de próteses móveis, totais ou parciais, sujeitos submetidos ao uso de placa mio-relaxante, com aparelho ortodôntico, submetidos a tratamento fonoaudiológico e sujeitos com déficit intelectual e/ou cognitivo. Observaram diferenças significativas entre os dois grupos

no resultado quanto à presença de dor durante a mastigação, pelos sujeitos com DTM e interpretaram que a DTM não é o único fator determinante do padrão mastigatório.

Pérola apresenta, então, a dor como um sintoma associado à mastigação, o que está em concordância com dados relatados em outros estudos. No entanto, a respeito das vantagens do exercício que a mastigação promove nos músculos da face, fica claro que, ao evitar sentir dor mantendo os músculos sem movimento, a paciente impedia a circulação sangüínea. Além disso, esta imobilidade era aparente, pois os sinais que apresentava de desgaste nos dentes, denunciavam apertamento dentário e, conseqüentemente, contração dos músculos orofaciais, especialmente do músculo masseter: esses tecidos se contraíam alimentando a sensação dolorosa.

A partir daí, foi dada uma orientação quanto à consistência dos alimentos, recomendando a introdução gradativa de sólidos, à medida que apresentasse melhora do quadro doloroso.

Pérola referiu não ter recebido ajuda na infância por parte dos familiares, no entanto o intuito dos terapeutas em auxiliá-la, possivelmente, proporcionou o acolhimento necessário para a sua adesão ao trabalho.

Uma das maneiras utilizadas para amenizar a dor, foi oferecer esclarecimentos, como por exemplo: explicar que o apertamento dentário provoca dor e conseqüente desgaste; portanto, era necessário resolver esta questão. Também, que o uso regular da medicação, aliada a outros recursos, iriam, certamente, auxiliá-la no controle desse sintoma.

O objetivo foi o de fornecer dados suficientes para que **Pérola** se sentisse encorajada a sair da condição em que se apresentava, um verdadeiro ciclo vicioso:

dor e espasmo muscular pela tensão concentrada na região orofacial e por falta de movimento da musculatura mastigatória.

Os primórdios da dor

Ao longo do tratamento, **Pérola** lembrou-se de que aos sete anos de idade, passou a sentir dor ao mastigar e ao engolir alimentos sólidos.

Barbosa e Guinsburg (2003) enfatizam que a postura dos pais e dos profissionais de saúde pode contribuir para modificar, para melhor ou para pior, a percepção da dor pela criança.

Pérola não era compreendida/ajudada pelos familiares quando se recusava a comer bem ou quanto às peculiaridades de seus hábitos alimentares. Uma das possibilidades que ora se pode inferir como causa da dor nessas condições, é o bruxismo. Além disso, os fatores psíquicos podem estar envolvidos, e há uma dificuldade que é lidar com a representação expressa verbalmente pelo próprio paciente, e a memória dos fatos que poderiam ser relevantes, seja na origem da dor ou na sua manutenção. Quanto a isto, não se pode manejar, a não ser deixar um canal aberto para que **Pérola** possa falar e tecer correlações entre os sintomas atuais e suas lembranças.

Dores físicas e psíquicas

Interpreto que o início da dor (física) aos sete anos coincide com o período em que começa a tomar consciência de suas relações afetivas e de seus dissabores: pela perda devido ao afastamento dos entes mais queridos,

especialmente seu pai, e pela dificuldade de relacionamento com a tia. Além disso, ter que cuidar da bisavó, uma senhora de 75 anos com necessidades físicas, não é apropriado para uma criança.

Nasio (1997, p. 34) aborda a questão do princípio do prazer recorrendo ao conceito de funcionamento do aparelho psíquico que é regulado pelo princípio do desprazer/prazer. Explica que há uma tensão constante no psiquismo e este procura descarregar esta tensão sem nunca obter êxito completo. Para o autor, o 'desprazer' é o estado permanente de tensão, e o 'prazer' é a descarga parcial e incompleta da tensão.

Refere-se ao aparecimento da dor como a “abolição do princípio de prazer/desprazer, regulador do funcionamento do nosso psiquismo. Assim poderíamos afirmar que quando há dor, estamos além do princípio do prazer” .

Corpo e psiquismo

Pérola atribuía sua dificuldade em falar à “língua pegada”. Acreditava que a troca de fonemas impossibilitava um melhor aprendizado escolar na disciplina língua portuguesa. Esse dado, já interpretado anteriormente, só confirma a indissociação entre corpo e psiquismo e a representação simbólica atribuída a ele pela paciente.

Durante o processo de tratamento fonoaudiológico, **Pérola** freqüentemente apresentava a musculatura da região cervical e da cintura escapular tensas, o que dificultava a obtenção do alongamento, fator que, possivelmente, mantinha a dor constante. Ao realizar os exercícios respiratórios, a paciente falava

que se sentia 'enferrujada' e, aos poucos, foi conseguindo o relaxamento necessário para o alívio da dor.

CUNHA (1997), ao citar uma experiência clínica, sugere que o diálogo terapêutico proporciona a superação da “*literalidade* (grifo da autora) do código oral”, o que possibilita a emergência da polissemia. Interpreto que a escuta terapêutica fonoaudiológica possibilitou a consciência de sua condição e, por extensão, a atribuição de significados aos seus sintomas. Quanto ao trabalho corporal, creio que favoreceu a compreensão das necessidades do seu corpo em situações de trabalho e em outras que lhe provocavam preocupação, como na escola.

PACIENTE 2: **Sol**

O relato a seguir refere-se a uma paciente do sexo feminino, 32 anos, que trabalha como diarista e foi encaminhada por uma odontóloga para atendimento no setor de Fonoaudiologia da Associação Brasileira de Odontologia da Bahia.

A paciente foi encaminhada no final do mês de julho de 2004 ao setor de Fonoaudiologia de um ambulatório no serviço público com a queixa de “dor na frente e nos lados da cabeça”. Na época, foi realizada a primeira avaliação. A dor orofacial foi caracterizada através da palpação na região do músculo masseter, região orbitária, submandibular, ATM lateral e posterior à cápsula. Iniciou o tratamento na mesma instituição e interrompeu após as duas primeiras sessões; permaneceu afastada durante um ano, devido à dificuldade em conciliar o tratamento com os horários de serviço. Vale ressaltar que, nesse período, não havia horário disponível para a realização do tratamento fonoaudiológico individual. Foi oferecido

o trabalho em grupo, mas a paciente colocou empecilhos quanto ao horário disponível. Sendo assim, foi necessário que aguardasse por mais um ano na fila de espera. Nesse período, fez acupuntura, utilizou placa mio-relaxante e recebeu acompanhamento médico clínico especializado para o manejo da dor.

Recomeçou o tratamento em 2005, sendo encaminhada para o setor de Fonoaudiologia da ABO-Ba. onde recebeu atendimento odontológico e fonoaudiológico; atualmente, está em fase de alta assistida do tratamento fonoaudiológico.

Na época, queixava-se de bastante dor na face, na região pré-auricular do lado direito, e cansaço próximo ao ângulo da mandíbula ao “comer do lado direito”; ao mastigar, sentia “coceira dentro dos ouvidos; dizia: “fico maluca, coceira interna é horrível, a lágrima pinga”.

Siqueira (2004) refere que os pacientes que apresentam dor crônica na face, freqüentemente se queixam de que desconhecem o que têm e que a melhora não ocorre, ou então é tão insignificante que se sentem desesperados. Esses indivíduos ao falarem sobre a sua dor, incluem dados sobre os transtornos vividos, diariamente, em sua decorrência. Os depoimentos de alguns revelam um sofrimento psíquico que acompanha a dor física, na medida em que não conseguem livrar-se dela nem mesmo em situações de lazer, nem ao trabalharem, nem ao se alimentarem, ao acordarem ou ao dormirem, entre outras. Demonstram angústia por não obterem a libertação do sofrimento que a dor provoca; e ao mesmo tempo em que apresentam dados sobre a dor física, falam das suas perdas afetivas e frustrações, anteriores ou não à origem da dor.

Sol estimou a sua dor em 10 pela escala numérica de 0 a 10.

Souza e Silva (2005) referem que a escala que possibilita a estimativa numérica é comumente a mais usada. Assinalam que a sua aplicação para a mensuração do nível de intensidade de dor ocorre na primeira consulta, sendo utilizada durante o tratamento e periodicamente de acordo com os objetivos clínicos estabelecidos.

A experiência clínica demonstra a validade do uso dessa escala, especialmente no início da intervenção fonoaudiológica; no entanto, observo que no decorrer do tratamento, o paciente passa a atribuir outras maneiras de expressar o seu nível de intensidade da dor. Considero que o discurso sobre a dor, ao falar dos entraves provocados por ela passou a ser de maior interesse das pacientes desse estudo, por exemplo.

Sol estava sendo medicada com Rivotril. Neste período só havia horário disponível para tratamento fonoaudiológico quinzenalmente em grupo. Ela permaneceu por três sessões e disse não ter disponibilidade de horário para dar continuidade. Percebi que **Sol** prefere o atendimento individual, pois no grupo não manifestou depoimentos, sua posição foi de quem observa e cumpre o que é indicado e pela segunda vez apresentou justificativas para interromper o seu tratamento fonoaudiológico; mais uma vez a razão apresentada foi a dificuldade em conciliar o horário da sessão com a sua disponibilidade. Quando lhe questionei a esse respeito, ela confirmou a preferência pelo atendimento individual e que aguardaria essa possibilidade.

O retorno de **Sol** ocorreu em 19 de julho de 2006, quando surgiu a disponibilidade de horário para atendimento individual. Seu depoimento nessa fase foi mais detalhado do que na fase anterior. Dizia que quando andava de ônibus sentia dor na região cervical posterior e perto do ouvido. Além disso, ao mastigar do

lado direito da face, próximo ao ângulo da mandíbula, sentia cansaço. Acrescentou que demorava muito tempo para completar uma refeição: “os alimentos precisam ser cortados em pequenos pedaços ou batidos”.

De acordo com Okeson (2000), a queixa comumente relatada pelos pacientes que apresentam mialgia é a sensação de fadiga e de tensão muscular, e adverte que essa sensação pode aumentar com o uso da musculatura.

A ingestão de alimentos requer um esforço da musculatura mastigatória, o que, no caso de **Sol**, parece interferir na sensação de cansaço.

Os serviços disponibilizados no ambulatório de dor, da Associação Brasileira de Odontologia da Bahia, referem-se a procedimentos que possam contribuir para o seu controle; no momento em que é possível manejá-la, o paciente é encaminhado a outro serviço para receber o atendimento de reabilitação, quando há condições estruturais do sistema estomatognático para isso. Portanto, o critério de alta está na dependência do manejo da dor orofacial. No entanto, os pacientes podem receber atendimento semanalmente em uma modalidade, e estar no período de alta assistida em outro, como é o caso dessa paciente.

Bianchini (2004) recomenda a identificação e distinção dos fatores etiológicos primários e secundários, para definir as prioridades do trabalho inicialmente, e para que sejam eleitas as etapas a serem seguidas. Adverte que a reabilitação miofuncional não soluciona todos os problemas da ATM, mesmo que o paciente mencione melhora com as massagens, alongamentos e outros recursos terapêuticos. Sugere que o objetivo da intervenção fonoaudiológica deve ser a resolução do problema em questão.

Sol foi atendida semanalmente durante dois meses; após esse período, passou a vir de 15 em 15 dias e, a sua vinda ao setor de Fonoaudiologia está sendo

marcada conforme a necessidade: ora quinzenal, ora a cada 20 ou 30 dias. Considero este caso, então, em atendimento fonoaudiológico na etapa da alta assistida, que é o desligamento gradativo.

A paciente informou que apresentou 3 tumores na face, o primeiro em 1994, o segundo em 1995 e o terceiro em 1996. Disse que “o rosto inchava, ficava na cama, tinha crises de dor de cabeça que não passavam. Os médicos diziam que era sinusite e que ao fazer um exame de tomografia, o resultado indicou cistos”.

Foi submetida à primeira cirurgia, diz que ficou boa, mas que após três meses começou a sentir dor novamente e até desmaiava. Ao recorrer ao serviço de Otorrinolaringologia, realizou um exame de nasofibrosopia; foi solicitada nova Tomografia, cujo resultado indicou outro tumor na mesma região. **Sol** disse que “seis meses após a primeira cirurgia já sabia que ia fazer uma outra porque havia novo tumor. Lembra-se de que a médica disse que “é uma coisa que evoluía”. “Só não foi câncer. Agora, a terceira foi pior. A terceira, a mesma coisa; a segunda não fiquei boa, e os médicos já estavam cansados, acabou de operar e não queriam mais me ajudar. Só essa médica acreditou em mim”.

Helman (2003) discute aspectos da relação médico-paciente. Assinala que os médicos devem considerar a percepção que o paciente e as pessoas com quem convivem têm a respeito da origem, do significado e do prognóstico de seus problemas de saúde. Inclui a necessidade de compreender como a saúde abalada interfere nos aspectos econômico e no relacionamento social desses indivíduos. Considera os sentimentos de culpa, medo, vergonha, raiva ou mesmo de incerteza tão importantes quanto os aspectos fisiológicos para o encontro clínico.

A multiplicidade dos sintomas apresentados por **Sol** e a necessidade do retorno freqüente aos serviços especializados que a atenderam fizeram com que ela

tivesse o sentimento de rejeição por parte dos profissionais, devido à dificuldade em desvendar o motivo da sua dor e do sofrimento a ela associado.

Os dados fornecidos pelo setor de Odontologia do Ambulatório de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da Escola de Aperfeiçoamento Profissional – Associação Brasileira de Odontologia da Bahia (ABO-BA) foram: Hipertrofia da hemi mandíbula direita, deslocamento de disco para anterior sem redução para a esquerda, dor retrodiscal, dor miogênica em masseter bilateral, provavelmente por contração secundária à dor articular.

Isberg (2005) relata que o deslocamento do disco pode ocorrer em qualquer direção, e ser parcial ou total e que geralmente é na direção ântero-lateral e anterior. Esclarece que os estudos atuais relacionam o deslocamento do disco da ATM com alteração do crescimento mandibular.

Sol iniciou tratamento psicológico em um centro de saúde do serviço público, após a minha sugestão, onde, no mesmo período, recebeu acompanhamento médico para o controle da cefaléia e aplicação de toxina botulínica.

Como será explicitado mais adiante, freqüentemente, **Sol** relata a sua angústia em ter que se encaminhar para vários locais, muitas vezes sem ter respostas definitivas para o esclarecimento e solução dos seus problemas de saúde.

Disse que não pode nem abrir muito a boca, nem falar muito (o que costuma fazer), “parece que tem uma bola dentro; se falar ou comer dói, fica batendo dentro, fica assim como se estivesse movimentando. Eu até fico sem escutar. Parece que tapa”.

Os sintomas caracterizados por dor ao abrir a boca e ao comer estão em concordância com o que se encontra na literatura (BIANCHINI, 2004; FELÍCIO, 2005, entre outros).

Sol ao tentar explicar o que sentia em seu corpo apresentava um discurso que me pareceu fragmentado, quase telegráfico. Por outro lado, observa-se que é rico de representações sobre a sua dor, o que difere da paciente **Pérola**. O que se extrai dessa correlação é que, a escuta terapêutica fonoaudiológica, se utilizada como técnica, respeitando os princípios teóricos da psicanálise possibilita a disponibilidade do paciente em manifestar suas representações a partir de um plano simbólico particular, o que ocorreu nos dois casos, embora de formas e conteúdos diferentes.

Em 2006, **Sol** procurou-me (pela terceira vez) para dar continuidade ao tratamento fonoaudiológico.

Disse que o diagnóstico da equipe clínica que a acompanhava, embora não conclusivo, era sugestivo de fibromialgia. Este dado foi confirmado pelo relatório médico realizado em julho de 2003, no qual havia o encaminhamento para uma avaliação neurológica. Estava usando medicamentos (Triptanol e Magnésio).

Embora **Sol** seja uma paciente que fornece inúmeros dados a respeito da sua história de dor, a ausência de relatórios dos profissionais que a acompanharam durante todos esses anos, aliada à multiplicidade de exames realizados em épocas distintas e a diversidade dos sintomas crônicos apresentados por ela, impedem o esclarecimento do processo da sua doença.

A queixa que enuncia é de “dor de cabeça, na frente e dos lados da face” (indicou a região do músculo masseter). E prossegue: “tudo é normal (os resultados

dos exames), mas me sinto mal e vou para o hospital sentindo fraqueza. Isto acontece várias vezes, o último episódio foi há um mês”.

Travell e Simons (2005) assinalam a dor localizada na cabeça, na frente e no músculo masseter, como sintomas relacionados à presença de *trigger points*. O diagnóstico conferido à paciente sugere que a dor miogênica que apresenta pode ser em decorrência de contração secundária à dor articular. Pelo exame da palpação observei, eventualmente, a presença de *trigger points* no músculo masseter.

A entrevista foi realizada de maneira aberta, e **Sol** foi, naturalmente, dando informações como: “... minha mãe tinha o mesmo problema: sinto frio, glândula, o meu corpo está reclamando. Sempre alguma coisa nasce em você. Minha mãe morreu”.

A respeito do papel dos pais no desenvolvimento das crianças, Dolto (1999) assevera que o ser humano é marcado pelos contatos verdadeiros que estabelece com o consciente ou inconsciente das pessoas com quem convive: a mãe, o pai, e as pessoas que desempenhem o papel deles.

Seu discurso aparentemente confuso, reflete a relação estabelecida com a sua mãe, a identificação dos seus problemas com os de ‘saúde’ que a mãe apresentava e que ela presenciara desde criança.

Assim, mais uma vez, **Sol** deixou transparecer pelas características do seu discurso, a representação simbólica dos seus sintomas e a associação corpo/mente pela inclusão de dados que refletem o seu sofrimento, a partir da experiência vivida com a sua mãe.

Observa-se pelo depoimento dos pacientes que apresentam dores crônicas, que não é uma tarefa fácil conceituar, descrever e enumerar as

implicações da dor em seus corpos e em suas vidas, tampouco é fácil compreender a inter-relação entre o corpo e os fatores subjetivos.

Sol, prossegue o seu relato, dizendo que quando urinava, “dá a fraqueza e sangra”. Já fez vários exames. “... É muito sofrimento, já não tenho minha mãe, não tenho meu pai... O meu psicológico é ótimo, queria ser até psicóloga”.

Freud (1912) considerou a transferência positiva em duas instâncias: pelos sentimentos afetuosos, que são acessíveis à consciência, e a transferência desses sentimentos ao inconsciente. Assevera que, se o paciente estabelece uma transferência positiva com o médico, esta poderá ser um instrumento técnico para o tratamento; por outro lado, pode também servir para o aparecimento de resistência por parte do paciente, ou até mesmo não exercer influência no tratamento analítico. Adverte que o médico deve dar atenção à independência do paciente para favorecer a sua melhora psíquica.

O depoimento de **Sol** demonstra a identificação com o profissional que a acompanha. Interpreto que, por esse motivo, aderiu ao tratamento psicológico e, e demonstrou maior clareza ao expressar os seus sentimentos relacionados à dor. Parece que a lida com o sofrimento contribuía para o manejo e controle da dor.

Observo que nesta fase **Sol** necessita falar dos pais, e inconscientemente relaciona o sofrimento físico com os aspectos psíquicos.

Disse que dormia bem quando estava com muita dor de cabeça, daí acordava cansada. Acrescentou que, quando era criança, sentia dor no ouvido direito dos cinco até os dez anos. Referiu que, diariamente, tinha sensação de escuro, como se fosse desmaiar: “... tem duas coisas que me acompanham na vida: tontura e mal-estar. Aquela coisa incomodando por dentro, como quando você

está para ficar gripada, é mais pela manhã ou no final da tarde, depois desaparece. Com qualquer movimentinho, sinto tontura”.

A multiplicidade de sintomas, como já foi referendado anteriormente, é o motivo de inúmeros estudos científicos. **Sol** apresenta essa multiplicidade, o que demanda uma busca incessante pela descoberta da causa. Demonstrou, inclusive, estar absolutamente empenhada em desvendar a razão do seu sofrimento, embora muitas vezes tenha se queixado de disponibilizar o seu tempo para consultas médicas e exames. Sua reclamação mais importante é a de ter que deixar de trabalhar.

Processo terapêutico - A escuta terapêutica

Sol é mais uma paciente que apresenta dor orofacial crônica associada a distúrbios musculares, o que confirma, pela experiência clínica, que não é possível deixar de estabelecer uma correlação entre o corpo, a linguagem e o psiquismo. Para tal, a noção de escuta, advinda do campo psicanalítico implica na articulação entre os conteúdos manifestos e latentes dos sintomas.

Durante a realização da avaliação das estruturas do sistema estomatognático, **Sol** associou suas dificuldades em atender as minhas solicitações a dificuldades em outras situações. Por exemplo, ao ser lhe ser pedido para vibrar a língua, disse que já tentara participar do coral da igreja e não conseguiu, porque não é capaz de fazer movimentos com a língua. O que não é inteiramente verdadeiro, pois o seu discurso: “não sou capaz de fazer movimentos com a língua”, não corresponde à realidade. Fiz esta interpretação para demonstrar a sua percepção sobre o próprio corpo.

Ao ser solicitada a juntar e alongar os lábios sentiu dificuldade, interpretou como se tivesse “alguma coisa endurecida, como se estivesse preso”. Afirmou: “não consigo beijar, o namorado é que beija”. Disse que “nem dava língua quando era criança por causa do freio preso”.

Nasio (1997, p. 74) define a dor da lesão assinalando três aspectos:

- Real: percepção somato-sensorial de uma excitação violenta que afeta os tecidos orgânicos.
- Simbólico: formação súbita de uma representação mental e consciente do local do corpo onde a lesão se produziu.
- Imaginário: como o corpo é vivido na periferia, toda lesão será vivida como periférica. A sensação dolorosa, referida imaginariamente à sede da lesão, parece emanar apenas do ferimento, e o ferimento parece instituir-se como um segundo corpo.

Sintetiza argumentando que “a sensação dolorosa, referida imaginariamente à sede da lesão, parece emanar apenas do ferimento, e o ferimento parece instituir-se como um segundo corpo” (NASIO, 1997, p. 74).

Ressalta-se que, em todas as sessões, **Sol** demonstrou uma necessidade imensa de falar sobre as sensações físicas desagradáveis, proporcionadas pela dor e suas implicações na vida pessoal (nos relacionamentos tanto com familiares como com amigos).

Observo que, a cada solicitação, **Sol** apresenta um argumento negativo em relação a si mesma, como explicitado anteriormente, nem sempre condizente com a observação clínica.

Quanto a avaliação fonoaudiológica, no exame das funções do sistema estomatognático, a paciente apresentou respiração costal superior mista. Apresenta anteriorização exagerada da língua ao levar o alimento à boca, morde e mastiga do

lado direito da face, pois ao mastigar do lado esquerdo sente dor. Diz que prefere cortar os alimentos antes de levá-los à boca, a fim de evitar a dor. Ao deglutir contrai exageradamente a musculatura do lado direito da face; há deslizamento da mandíbula para a esquerda ao falar, e interposição lingual na emissão de fonemas linguodentais e dentoalveolares.

Observa-se que há uma correlação entre as alterações da ATM, da oclusão e oromiofuncionais. **Sol** fala em “disfarce da dor”, em situações sociais e no trabalho, diz “fingir” não estar sentindo dor. Sintetiza o seu sentimento da seguinte forma: “aprendi uma coisa: com dor ou sem dor, eu tenho que viver”. Em seguida completa: “não é nem tanto essa dor física, é dor de cabeça”.

Helman (2003) aborda o adoecimento como um processo social em que há envolvimento do doente e de outras pessoas, pois a cooperação dos outros é necessária para o estabelecimento dos benefícios do papel de pessoa doente.

Acrescenta que os grupos sociais compostos pelos membros da família, amigos, colegas de trabalho ou mesmo membros de grupos religiosos sentem-se com a obrigação de cuidar das pessoas doentes.

Ficou evidente que a palavra ‘cabeça’ foi usada no lugar da palavra ‘mente’. Intervi, interpretando que ela parecia estar expressando a angústia provocada pela dor constante, e que naquele momento eu poderia ouvi-la e, talvez, isso lhe trouxesse algum alívio. **Sol** repete: “eu não deixo a minha dor atrapalhar a minha vida em nada, eu aprendi isso”.

Na seqüência, **Sol** me avisou que faria uma viagem. Optei por estabelecer orientações gerais para lidar com a dor, como por exemplo: evitar a ingestão de alimentos sólidos, alongar a musculatura corporal global e orofacial, executar exercícios respiratórios privilegiando a respiração costo-diafragmática, utilizar as

massagens na face para promover a circulação sangüínea, entre outras indicadas na literatura (FELÍCIO, 2002); BIANCHINNI, 2004); ANELLI-BASTOS e OLIVEIRA, 2004).

Sol retornou após dois meses, dizendo que fora convidada a morar em outra cidade no Estado de São Paulo, por uma ex-patroa. Disse que gostaria de aceitar, mas se preocupava com a sua saúde, questionou como ia tratar de sua dor. Dispus-me a indicar-lhe uma equipe especializada nesse atendimento, na cidade em questão e ela demonstrou contentamente.

Entrei em contato com um odontólogo da equipe de Salvador, ele telefonou para a outra cidade para solicitar informações com um colega, o qual entrou em contato com um terceiro. Por fim, foi feito o encaminhamento, inclusive com a garantia de atendimento imediato.

Retomando esse processo, constato o movimento no intuito de atender a um desejo seu (ir morar em São Paulo), mas **Sol** recuou.

Questiono se esse investimento em auxiliá-la contribuiu para o fortalecimento do nosso vínculo terapêutico. Argumentou que havia pensado melhor, revelou uma série de problemas relacionados à sua família, disse que tinha uma casa e que não queria abandonar o que havia conquistado, entre outras reflexões que expôs. Mas, concluiu: “as dores fazem muito medo de encarar a realidade da vida”.

Interpreto que tal afirmação revela conflitos, já que, como citado, **Sol** sempre insistiu (até então): “eu não deixo a dor atrapalhar a minha vida em nada, eu aprendi isso”.

Dor e psiquismo

Sol refere que está melhor, só que “não está com muita fome”. Quando come continua sentindo dor e interpreto que a dor pode inibir o apetite.

Na época do seu atendimento, interpretei exclusivamente a interferência da dor na sensação de apetite. Ao elaborar este estudo refleti sobre a correlação do sofrimento e a diminuição do apetite.

Dizia que, ultimamente, não saía de casa, pois no ônibus “sentia-se oprimida”. **Sol** falava de modo eloqüente, não fazia pausas e, embora falasse lentamente, algumas vezes eu precisava ter a atenção redobrada para não perder algum conteúdo do seu discurso.

Em certa sessão afirmava: “eu me perdi agora, eu comecei a ficar uma pessoa ingênua”. Achava que algo aconteceu na família, que queriam que ela trabalhasse muito e mantivesse todos os membros. Dizia que se sentia cansada, labutava o dia todo e, quando chegava em casa, só “encontrava desarrumação”. Então, tomou a decisão de construir uma nova moradia, “para não entrar em discordância com os familiares”.

Nasio (1997) reporta-se aos estudos de Freud a respeito da pulsão, para esclarecer o seu ponto de vista sobre a dor como uma satisfação sadomasoquista. Refere que Freud definiu quatro destinos da pulsão: recalçamento, sublimação, o retorno sobre a própria pessoa, e a intersversão dos alvos. Elege o retorno que se refere à fonte e a intersversão que se refere ao alvo, para explicar o conceito de pulsão sadomasoquista. O autor distingue a ação da pulsão em três tempos: “atormentar, ser atormentado e atormentar-se a si mesmo” e conclui asseverando que “a dor só aparece no fim do terceiro tempo”.

O relato de **Sol**, a cada sessão durante a execução de procedimentos terapêuticos fonoaudiológicos, mencionava problemas diversos, freqüentemente relacionados à sensação corporal; ora revelava a sua relação com o seu pai e sua mãe, e começaram a aparecer queixas relacionadas à sua família. Suas palavras parecem denunciar que sua ocupação mental com todos esses problemas era constante. Daí, questiono se há uma satisfação com o sofrimento.

Enfatizo que, nesse último retorno à fonoterapia, **Sol** falava muito de si mesma, não somente da dor física. E ela prosseguia: “penso tudo negativo, me sinto fracassada, rejeitada, tenho dormido pouco, tenho medo. Aí, durante o dia não consigo fazer as coisas porque estou cansada”.

Alimentação, dor e psiquismo

Em certa sessão, questionei quanto à sua rotina alimentar, que não estava favorecendo sua saúde. Ela prontamente reagiu: “o caso é que não sinto fome”. E esta afirmação foi com um tom de voz incisivo, diferente da sua maneira habitual de falar, parecendo estar aborrecida.

“Se não tivesse dor, não estaria aqui, recebo muita ajuda, mas... eu sei o que eu carrego comigo. Eu não sei que dia e que horas vou sentir dor. Ela não avisa quando vai aparecer... Até a respiração, me dói tudo” (sic paciente).

E prossegue: “eu não deixo a pessoa perceber, mas o negócio tá ali. Não é que eu não penso, a minha realidade é esta. Tá tudo bem, mas por dentro estou morrendo”.

Nasio (1997) refere-se ao estudo de Freud sobre as pulsões e os destinos das pulsões para discutir questões sobre a dor inconsciente como um prazer sexual. Lembra que Freud abordou essa questão como um gosto perverso por uma experiência dolorosa.

Observa-se o fluxo de conteúdos subjetivos que emergiram no discurso de **Sol**, quando abordei o tema da alimentação. Falava fluentemente sobre o seu sofrimento. Percebi que o meu questionamento a respeito do seu cuidado com a saúde, cuja intenção foi referir-me ao cansaço que dizia sentir, além de tentar compreender quais seriam os motivos da sua sensação de mal estar para indicar uma saída, uma maneira de resolver este problema, gerou uma certa irritação em **Sol**, uma posição de defesa. O meu intuito foi, mais uma vez, acolhê-la.

Alencar Júnior (2005) refere que a ingestão adequada de alimentos melhora o mecanismo de defesa da dor, aumenta a produção de antioxidantes, que auxilia a eliminação de radicais livres, fatores predisponentes ao desenvolvimento das desordens musculares e articulares.

Interpreto que **Sol** não correlacionou o cansaço com a pouca ingestão de alimentos e sim com a dor, mas o aspecto nutritivo é apontado na literatura como um dos fatores que podem contribuir para a manutenção da dor. Suponho que **Sol** tenha uma interpretação pessoal sobre o seu processo de dor, e que a minha interferência está sob a sua autorização. Demonstrou assim, que não concorda com a minha observação, afirmando que a maneira como se alimenta para preservar a saúde física não interfere no aparecimento e na intensidade da dor, que nem ela sabe quando vai surgir e por que surge. Aqui há uma brecha, uma conversão para o ponto crucial dos pacientes com dor crônica: os aspectos subjetivos.

Entendi que ela me deu um limite ao dizer que não sentia fome e se não sentisse dor não estaria ali. Interpreto seu discurso da seguinte forma: não me alimento porque não sinto fome, e estou aqui porque sinto dor e não para receber instruções de como devo me alimentar (aspecto físico). Então, de que ordem é esta dor a qual ela se refere, se os cuidados com o corpo físico não servem para tratar ou ao menos para minimizar a sua dor?

Freud (1920/1922) argumentou que a resistência tem a finalidade de evitar o desprazer proporcionado pela liberação de conteúdos reprimidos.

Reconheço como um indício de resistência a irritação aparente em seu discurso. Concluo que talvez eu tenha esbarrado em alguma questão inconsciente importante.

Em seguida, passou a falar do ex-namorado: "... o meu namorado às vezes eu saía e não estava nem enxergando nada... Às vezes, acordo ótima, daqui a pouco começo a passar mal".

Sol prosseguiu: desde que era criança a mãe não acreditava que ela sentia dor. O pai dava comida na boca: "até banho tinham que me dar".

Nasio (1997) explica que quando a satisfação ou a insatisfação são demasiadas, o desejo fica desequilibrado e então a dor aparece.

Observo que o discurso de **Sol**, até esse momento, era repetitivo, Cheio de queixas relacionadas ao aspecto enfermo do seu corpo, à relacionadas à sua família e à necessidade de ser cuidada. Demonstrava sentimentos de ambigüidade em relação à busca da resolução do seu problema de ordem física, pois como foi relatado anteriormente, ela parecia não se empenhar quanto aos cuidados com a alimentação. Questiono se o seu desejo era de receber a atenção dos profissionais

e de conquistar atenção dos familiares e amigos ou manter-se assim em sua trajetória de vida.

Os primórdios da dor

“Desde os 10 anos comecei a trabalhar... Sempre fui a coitadinha quando criança, chorava o dia todo, desmaiava. Sinto dor desde os sete anos, que eu me lembro. Minha mãe dizia que eu era assim desde bebê. Para ela não era doença, achava que era dengo, batia em mim e eu ficava inchada... só que eu não tinha culpa de sentir dor. Os médicos diziam que era reumatismo. Só que eles não entendem, acham que não tenho nada...” (sic paciente).

Sol diz que “o pai era o seu remédio”, e sente muita falta dele, pois morreu há três anos. Ele fazia mingau e peneirava para ela comer.

Nasio (1997, p. 25) distingue duas possibilidades de dor: a dor corporal, em decorrência de uma agressão que atinge os tecidos, e a dor psíquica, imaterial, correlacionada ao laço de amor; é a “dor de amar: o afeto que resulta da ruptura brutal do laço que nos liga ao ser ou à coisa amados”.

Sol prosseguiu dizendo: “... eu nunca mais fui a mesma pessoa...se eu pudesse já tinha passado daqui para a melhor...ele é que me dava força para viver” (sic paciente).

Não é a ausência do outro que dói, são os efeitos em mim dessa ausência. Não sofro com a falta do outro. Sofro porque a força do meu desejo fica privada do excitante que a sensibilidade do meu corpo vivo significava para mim; porque o ritmo simbólico dessa força fica quebrado com o desaparecimento do compasso que as suas excitações escandiam; e depois porque o espelho psíquico que refletia as minhas imagens desmoronou, por falta do apoio vivo em que o seu corpo se transformara. A lesão que provoca a dor psíquica não é pois o desaparecimento físico do ser amado, mas o

transtorno interno gerado pela desarticulação da fantasia do amado (NASIO, 1997, p. 50).

Escutei atentamente tudo o que a **Sol** falou. Ela disse que, possivelmente, o conteúdo dos seus relatos interagiam com os sintomas físicos e, portanto, era importante uma atenção a eles e a busca de um atendimento especializado aos seus afetos. Uma vez feita a interpretação pela própria paciente quanto ao aspecto subjetivo associado à sua dor, e a consciência de que há um profissional especialista que pode auxiliá-la a lidar com isso, pude seguir propondo executar os procedimentos técnicos que lidariam com a dor orofacial de ordem física.

Dores físicas e psíquicas

Sua respiração é superficial e a minha orientação para que privilegiasse o movimento do diafragma ao inspirar, causou-lhe dificuldade. Desde que operou, afirma: “sinto que algo fecha, prende na região do pescoço”.

Cunha (2004) argumenta que, a adoção da teoria psicanalítica como um dos suportes à clínica fonoaudiológica implica em “o corpo para além do funcionamento orgânico, a linguagem para além da(s) língua(s) e o psiquismo para além da consciência”.

Percebi que **Sol** começou a elaborar e expressar representações mentais para as suas limitações físicas. Só ela poderia interpretar; a mim só restava oferecer a minha atenção, a escuta terapêutica.

Parece incomodada por não conseguir fazer o exercício e recomeça a falar sobre “a fraqueza que sente”. **Sol** emendou: “O que quero, onde quero chegar? Nem eu mesma sei. A moça onde eu trabalho briga comigo para que eu comer, eu só

tenho fome quando estou em casa, trabalhando dá ansiedade. Quando eu era pequena, que saía minha mãe levava lanche”.

Freud (1916) definiu a resistência explicitando que o paciente que sofre com os seus sintomas e que faz sofrer aqueles que estão ao seu redor, é alguém que investe tempo, dinheiro, auto-disciplina com a finalidade de se libertar de seus sintomas. Crê que o paciente luta em manter a sua doença e luta contra a pessoa que o ajuda.

Argumenta que, por vezes, o paciente passa a dispor sua atenção em convencer o médico de sua impotência, para assim triunfar em detrimento da atenção à obtenção da saúde.

Constato que a minha sugestão em relação à alimentação, em uma sessão passada, provocou efeitos durante vários encontros. Parece que esse tema causou uma resistência da paciente. Questiono se a minha atuação, ao sugerir a inter-relação da dor e uma alimentação inadequada, implicou evidência de um sintoma: a dificuldade da própria paciente em se ajudar, a partir da orientação dos profissionais a quem ela mesma solicita ajuda. Habitualmente, sua atitude era de quem quer receber a ajuda para melhorar.

Em relação ao exercício respiratório mencionado anteriormente e a emergência do discurso, observo o quanto ela tenta elaborar seus sentimentos, tomar consciência dos conteúdos subjacentes aos hábitos alimentares. Por que ela faz essa associação eu não sei; só a ela cabe interpretar.

Tentei lhe tranquilizar, dizendo que as pessoas em geral apresentam dificuldade em realizar este exercício apropriadamente nas primeiras tentativas e **Sol** apenas sorriu.

Na sessão seguinte **Sol** disse que sentia “um nervoso interno”, que ultimamente estava assim e não sabia o porquê. Para minha surpresa, disse que havia saído no final de semana (o que não ocorria há algum tempo), foi para “uma porção de lugares”. Ficou cansada, com muita dor, mas que foi. Afirma que “foi ótimo, saiu, distraiu”. Mas, finalizou dizendo que precisou usar o ‘disfarce’ da dor.

Interpreto que esse passeio foi um possível efeito da sessão anterior, a partir da elaboração de conteúdos subjetivos e da escuta que lhe ofereci, aguardando o momento de aliá-la com os procedimentos fonoaudiológicos de manejo da dor orofacial. Percebi, mais uma vez, a presença de um elemento para mim, curioso: o ‘disfarce’ da dor. Anteriormente, **Sol** já havia mencionado a necessidade de fingir que não sentia dor. Parece que ela continuou ressignificando sua relação com a dor, com as pessoas e a sua repercussão nas atividades sociais.

Ao realizar este estudo, percebo uma outra dimensão em seu discurso. Associei a atitude de negação que a sua mãe tinha em relação a suas queixas de dor, desde a infância, com a sua necessidade de usar o disfarce da dor pelo medo de ser reprimida pela mãe; daí optou pelo disfarce da dor.

Na tentativa de compreender o mecanismo de **Sol** com esse disfarce, recorri aos trabalhos de Freud (1916) e encontrei no seu estudo, a defesa que ora respondia a minhas questões. O autor definiu a repressão como um mecanismo consciente, que tem a finalidade de abolir da consciência os conteúdos indesejáveis.

Na última sessão falei da impossibilidade de atendê-la na semana seguinte e marcamos então para a próxima, quinze dias após. Ao retornar, disse que havia piorado da dor, que se sentia mais agressiva, que estava “acordando se tremendo”. “Esses dias eu tô mesmo nervosa. Fica o dia toda aquela coisa interna, que eu não consigo controlar, estou agressiva. “

Cunha (1997) assinala que a pulsão é um conceito freudiano a respeito da sexualidade humana que se refere à fronteira entre o mental e o somático. Explica a pulsão como uma força que atinge o organismo de “dentro para fora” (grifo da autora), na medida em que os fenômenos orgânicos geram no indivíduo *tensões interna*, das quais ele não pode escapar. Essa é a dimensão somática da pulsão, uma exigência metabólica que o corpo faz à mente. Acrescenta que, contudo, para livrar-se dessas tensões, é preciso *representá-las* no psíquico, e é essa a outra dimensão pulsional. São exatamente essas representações que constituem os conteúdos inconscientes e que impulsionam o psiquismo.

Interpreto que as palavras de **Sol** denotam os movimentos da pulsão como já explicitado. “Esses dias prá cá eu não tô almoçando, a ansiedade tirou a fome, não tenho liberdade para nada. Eu acho que sou a culpada de tudo, cobro muito mais das pessoas, me viro no trabalho e quero uma melhora de vida. É muito tempo perdido, a doença pega, eu já fiz tratamento. Não é por que eu quero ficar sem comer, eu sinto fome. Por que eu não sinto o desejo de comer?” (sic paciente).

Nota-se o conflito e a ambigüidade de sensações corporais e dos sentimentos articulados: sentia fome, mas não sentia o desejo de comer. Em suas palavras, parece-me que sentir fome era resultado de um processo fisiológico e o desejo de comer relacionava-se ao sentimento de prazer que o alimento poderia proporcionar.

Diz que está com nódulos na tireóide e que “sente o corpo queimando”. Refere o acirramento dos conflitos familiares, queixa-se dos irmãos.

Os depoimentos descritos anteriormente parecem expressar um emaranhado de problemas psíquicos associados à dor, portanto intervi dizendo que

percebia o quanto ela estava sobrecarregada tratando dos seus conflitos, enquanto os familiares não, e sugeri um atendimento psicológico familiar.

Na sessão seguinte, **Sol** traz o dado de que está usando toxina botulínica para tratamento da enxaqueca: “com o tratamento da toxina botulínica não estou sentindo mais cefaléia. Faço muitos planos para melhorar na vida. Agora eu já me achei”. Parece que diante do contato com o sofrimento psíquico ela resolveu, mais uma vez, focar-se (neuroticamente) nas dores físicas.

Corpo e psiquismo

Os exercícios respiratórios e os movimentos com os lábios e a língua continuam, mas **Sol** não conseguia realizar o movimento adequado para a respiração costo-diafragmática: sua respiração continuava superior e invertia a movimentação da musculatura (ao inspirar relaxava o diafragma e contraía a musculatura peitoral). Demonstrava constrangimento por não conseguir realizar os movimentos corretamente. Nessa fase, iniciou o atendimento psicológico individual. E insistia: “as dores dão muito medo de encarar a realidade da vida. É um mistério”.

Começou a evoluir na realização dos exercícios respiratórios e dizia: “necessito concentração para executá-los”. Nessa fase ela começou a vestir-se demonstrando vaidade, as roupas eram mais coloridas, mudou a maneira de pentear o cabelo, dizia que a sua casa já estava quase pronta; na verdade, ela estava construindo um quarto em cima da casa onde a família mora mas que pertence a ela. Preferiu mudar-se para o cômodo de cima com o objetivo de conquistar um espaço só para si. Pretendia, inclusive, trancar a porta e não permitir tivessem o acesso dos parentes às suas coisas, porque freqüentemente pegavam

o que lhe pertencia sem pedir e, às vezes, não devolviam; ela não concordava com essa atitude, até porque eles não trabalhavam, esperando que ela levasse a comida, e arrumasse a casa, entre outras tarefas.

Percebo que **Sol**, na medida em que elaborou os conflitos com a sua família, ficou mais disponível para cuidar-se. Prosseguiu afirmando: “... tem dor que eu consigo mas, tem dor que tem acordo, mas, tem dor que não tem acordo meu próprio mundo é da dor, já nasci assim, a dor eu sei que sai, mas volta”.

De acordo com Helman (2003), inúmeras vezes há uma correlação entre a dor crônica e problemas sociais e psicológicos. Refere que independentemente da causa, a explicitação da dor, em muitas famílias e grupos culturais, pode ser a única maneira de denunciar sofrimento pessoal.

Perguntei-lhe sobre os efeitos dos exercícios fonoaudiológicos, e ela respondeu que “agradece todos os dias ter ido para a clínica da dor”. O meu intuito com este questionamento foi colocar em questão o seu depoimento. Tentei, assim, despertar a sua consciência quanto a sua melhora e aos aspectos positivos do seu investimento ao tratar a dor.

A partir dessa etapa, comecei a auxiliá-la no esclarecimento da dor como um sintoma orgânico, uma vez que estava em tratamento psicológico, e a sua maior expectativa era em esclarecer as razões físicas da dor. Contribuí solicitando reuniões com os demais profissionais da equipe para a discussão do caso. Demonstrou um certo aquietamento, após a solicitação de inúmeros exames requisitados pela médica que a acompanhava para o esclarecimento das possíveis causas orgânicas da dor.

Na sessão marcada para a retomada do atendimento fonoaudiológico, **Sol** trouxe uma série de resultados de exames médicos e desabafou: “eu ando de

médico em médico, eu vivo em médico... Quando você faz um exame e quando eles não comprovam o que o médico quer, fico arrasada, porque não é que eu queira que tenha alguma coisa, porque a minha vida toda tem sido atrapalhada por esses problemas, e eu quero ficar sem esses problemas. Aí eu fico pensando que é da minha mente. E eu já fiz tratamento psicológico antes do atual e a orientação da psicóloga na época era de que as dores que sinto não se justificam” (sic paciente).

Helman (2003) refere que há divergências entre médicos e pacientes na maneira de abordar os problemas de saúde mesmo quando são da mesma origem sócio-cultural. Crê que a comunicação entre o médico e o paciente deve ser garantida para que ocorra o encontro clínico.

Parece que a possibilidade de buscar o conhecimento dos mecanismos orgânicos da dor, sem censura por parte da terapeuta, foi o movimento que favoreceu a tomada de consciência dos aspectos subjetivos que podem perpetua-la. Observo que **Sol** começa a distinguir sua própria maneira de esclarecer os seus problemas de saúde; interpreto que passou a admitir a interferência dos seus conflitos psíquicos no seu processo de dor, apesar de anteriormente ter recebido uma informação profissional que, na sua compreensão, indicava uma idéia contrária.

Quanto à dor orofacial seu depoimento confirmou que conseguiu identificar o que a provocava, era a tensão (a pressão dentária) e que, quando isso ocorria, fazia os exercícios respiratórios, as massagens e alongamentos que praticava em terapia, e a dor sanava. Interpreto que, gradativamente, **Sol** começou a se inserir no processo terapêutico.

Noto que a **Sol** principiou a aprofundar um auto-conhecimento, e estava incorporando em sua rotina alguns dos procedimentos técnicos que eu tinha

indicado e que, até então, não demonstrara interesse em executar fora do ambiente clínico.

A dor orofacial crônica e o sofrimento que a acompanham, motivam inúmeros estudos pela dificuldade em compreender sua manutenção na ausência de fatores orgânicos que a justifiquem ou mesmo pela sua remissão sem que um procedimento tenha sido, cientificamente, comprovado como o responsável por este resultado. Os profissionais que mais se dedicam à pesquisa para elucidar os mecanismos da dor orofacial são, sem dúvida, os odontólogos; incluem em seus estudos, a interferência da singularidade dos pacientes e as implicações da relação do profissional com eles. Agregam à sua prática clínica uma atenção especial a este fator.

Siqueira (2004) ao abordar o componente afetivo da dor, relata experiências realizadas por importantes estudiosos sobre seus mecanismos e como tratá-la. Assinala que ocorreram pesquisas cujos resultados demonstraram que, um determinado recurso para o tratamento, como por exemplo, o uso da música, era capaz de promover analgesia quando outros fatores, como a expectativa de dor e forte sugestão profissional eram associadas. O mesmo autor define o efeito placebo como uma medicação que produz uma ação positiva, sem possuir o princípio ativo terapêutico.

Acrescenta que, quase todos os procedimentos terapêuticos, inclusive a medicação analgésica, têm algum efeito placebo em cerca de 35% dos pacientes e conclui que esse resultado parece estar fortemente relacionado com a atitude do profissional.

Questiono se o conceito psicanalítico de transferência poderia ser aplicado para definir a conclusão do autor.

Os relatos do discurso de **Sol** demonstram que o estabelecimento da transferência foi instaurado, basicamente, pelo uso da escuta terapêutica fonoaudiológica. Embora a paciente ainda não tenha concluído o tratamento de forma definitiva, nota-se o quanto ela elaborou o aspecto subjetivo associado à sua doença, o que favoreceu a adesão do tratamento e a consciência da importância da sua participação ativa no processo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado suscitou várias reflexões, dentre elas, destaco a necessidade da definição do papel do fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar, ao atender pessoas que apresentam dor orofacial crônica; a inclusão do estudo da fundamentação psicanalítica como suporte à compreensão dos aspectos subjetivos, que permeiam todo o processo do tratamento fonoaudiológico; e em especial, a escuta terapêutica.

Quanto ao tratamento fonoaudiológico em ambulatório, encontrei uma dificuldade crucial em relação ao processo terapêutico da paciente **Sol** e de tantos outros. Frequentemente, não conseguimos alcançar a reabilitação das funções do sistema estomatognático dos pacientes atendidos, pois existem diversos problemas, desde ausência de dentes, alterações na oclusão a limitações orgânicas, ou porque não têm condições econômicas para dispor e realizar os tratamentos necessários. Tradicionalmente, o objetivo principal do tratamento fonoaudiológico em motricidade orofacial é a reabilitação das funções do sistema estomatognático, mas no caso de pessoas que apresentam dor orofacial crônica, compreendendo que ao descobrir a razão da dor, o objetivo principal é o seu manejo, este é o primeiro ponto. O segundo, que é a reabilitação das funções do sistema estomatognático, depende da integridade dessas estruturas, da oclusão, por exemplo, da presença de todos os dentes, da simetria facial, entre outros aspectos estruturais.

A experiência clínica com as duas pacientes desse estudo ilustra o quanto a dor afeta as funções do sistema estomatognático, especialmente a função da mastigação. As duas modificaram seu cardápio, elegeram alimentos pastosos ou

sólidos com a finalidade de minimizar a dor que era desencadeada pelo exercício dos movimentos mastigatórios, sem mesmo terem recebido instruções de profissionais a esse respeito.

As alterações estruturais do sistema estomatognático geram distúrbios oromiofuncionais, o que estabelece a necessidade do tratamento fonoaudiológico como um atendimento que possa diminuir o número de fatores contribuintes e/ou perpetuantes da dor.

Considero que a escuta terapêutica fonoaudiológica foi um recurso que favoreceu a tomada de consciência dos fatores subjetivos envolvidos no processo de dor das duas pacientes.

Este procedimento demonstrou ser um elemento que contribuiu para a diminuição da dor orofacial das pacientes e para a **efetividade** do tratamento fonoaudiológico.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, F.G.P.; RIBEIRO, J.G.R.; REIS, J.M.S.N.; SANTOS, J.G. Fatores contribuintes na etiologia da DTM. In: ALENCAR JÚNIOR, F.G.P. (Org.) In: *Oclusão, dores orofaciais e cefaléia*. São Paulo: Santos, 2005.

AMARAL, L.M.T.B. A equipe multidisciplinar de dor: visão da psicologia. In: SIQUEIRA, J.T.R. *Dor: dor orofacial e disfunção temporomandibular – bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 2004.

AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN (AAOP). *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management*. Illinois: Quintessence Books, 1996.

ANELLI-BASTOS, W. e OLIVEIRA, M.F.R. Atuação fonoaudiológica na disfunção temporomandibular. In: LOPES FILHO, O. (Org.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Tecmd, 2005.

BANDY, W.D.; SANDERS, B. *Exercício terapêutico: técnicas para intervenção*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

BARBOSA, S.M.M.; GUINSBURG, R. Dor de acordo com a faixa etária. In: TEIXEIRA, M. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

BERLINK, M.T. (Org.). A dor. In: _____. *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999.

BERRETIN, G.; GENARO, K. F; TEIXEIRA, M.L. *Influência da desordem craniomandibular sobre a fala*. **Revista CEFAC** (SP), v.2, n. 1, p. 23-31, jan.-jun. 2000.

BIANCHINI, E.M.G. Articulação temporomandibular e fonoaudiologia. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. (Orgs.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.

_____. *Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas*. Carapicuíba: Pró-Fono Dep. Editorial, 2000.

BIANCHINI, E.M.G. (Org.). Avaliação fonoaudiológica da motricidade oral: anamnese, exame clínico, o quê e por que avaliar. In: _____. *Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas*. Carapicuíba: Pró-Fono Dep. Editorial, 2000.

BIANCHINI, E.M.G.; PAIVA, G.; ANDRADE, C.R.F. *Movimentos mandibulares na fala: interferência das disfunções temporomandibulares segundo índices de dor*. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica** (Barueri-SP), v. 19, n. 1, p. 7-18, jan.-abr. 2007.

BONADIO, P.; GIALLUISI, P.M.F. e REHEDER, M.I.B.C. *Investigação fonoaudiológica em portadores de fibromialgia*. **Revista CEFAC** (SP), v. 8, n. 2, p. 178-185, abr.-jun. 2006.

CARRASCO, M.C.O. *Anamnese ou entrevista: desfazendo equívocos na clínica fonoaudiológica*. São Paulo: PUC, 1999. Dissertação de Mestrado em Distúrbios da Comunicação.

CASTRO, A.B.A. *Clínica de dor: organização, funcionamento e bases científicas*. Curitiba: Maio, 2003.

CATTONI, D.M. e FERNANDES, F.D.M. *Medidas e proporções faciais em crianças: contribuições para a avaliação miofuncional orofacial*. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica** (Barueri-SP), v. 16, n. 1, p. 7-18, jan.-abr. 2004.

CLAY, J.H. e POUNDS, D.M. Abordagem da massoterapia. In: _____. *Massoterapia clínica: integrando anatomia e tratamento*. São Paulo: Manole, 2003.

CROMBERG, R.U. *Psicanálise: contribuições à prática em educação*. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação**, p. 166, ago. 2001. Entrevista realizada pelas professoras Lília Schraiber (Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo) e Maria Lúcia Toralles Pereira (Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista), com a colaboração de Márcia Couto Falcão (Universidade Federal de Pernambuco) e Adriana Ribeiro (Fundação Uni Botucatu). Disponível em: www.interface.org.br/revista9/entrevista1.pdf. Acesso em: 09.02.2007.

CUNHA, M.C. As duas orelhas do fonoaudiólogo: sintoma na fala e sintoma como linguagem. In: _____. *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus, 1997.

_____. *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus, 1997.

_____. Linguagem e psiquismo: considerações fonoaudiológicas escritas. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. (Orgs.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.

_____. Migrações versus profanações dos conceitos psicanalíticos: delimitação da proposta. In: _____. *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus, 1997.

DOLTO, F. Os avós. In: _____. *Os caminhos da educação*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. *Os caminhos da educação*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. Comunicação intersíquica. In: _____. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DOLTO, F. Os problemas psicossomáticos da infância. In: _____. *Os caminhos da educação*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. (Orgs.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.

FONOAUDIOLOGIA aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiologia. São Paulo: Pancast, 1999.

FELÍCIO, C.M. Desordem temporomandibular: avaliação e casos clínicos. In: JUNQUEIRA, P. e DAUDEN, A.T.B.C. *Aspectos atuais em terapia fonoaudiológica*. São Paulo: Pancast, 2002.

_____. *Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares: uma ação educativa terapêutica*. São Paulo: Pancast, 1994.

FELÍCIO, C.M. e BORTOLIN, J.B. *Fala e dor em condições orais variadas: aplicação da psicofísica*. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica** (Barueri-SP), v. 13, n. 1, p. 78-82, mar. 2001.

FELÍCIO, C.M. e FERNANDES, R.S.M. *Investigação da relação entre o tipo mastigatório e o limite de movimento lateral da mandíbula*. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia** (SP), v. 10, n. 2, p. 71-76, abr.-jun. 2005.

FREUD, S. *Além do princípio de prazer: psicologia de grupo e outros trabalhos – v. 18, 1920*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *Um caso de histeria: três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos – v. 7, 1901-1905*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *O caso de Schreber: artigos sobre técnica e outros trabalhos – v. 12, 1913*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *Cinco lições de psicanálise: Leonardo da Vinci e outros trabalhos – v. 11, 1910*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *Conferências introdutórias sobre psicanálise – v. 16, 1916-1917*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *O futuro de uma ilusão: o mal estar na civilização e outros trabalhos – v. 21, 1929-1930*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *A interpretação dos sonhos – vs. 4 e 5, 1900*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica – v. 1, 1895*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FRICTON, J.R. e SCHIFFMAN, E. Controle da artralgia e mialgia mastigatória. In: LUND, J.P.; DUBNER, R.; LAVIGNE, G.L. e SESSLE, B.J. (Orgs.). *Dor orofacial: da ciência básica à conduta clínica*. São Paulo: Quintessence, 2002.

FRIEDMAN, S.A. *A construção do personagem bom falante*. São Paulo: Summus, 1994.

GARZIA-ROZA, L.A. *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

GRAFF-RADFORD, S. B. Dor orofacial: um panorama do diagnóstico e tratamento. In: FRICTON, J.R. e DUBNER, R. (Orgs.). *Dor orofacial e desordens temporomandibulares*. São Paulo: Santos, 2003.

H. MERSKEY; N. BOGDUK (Editores). *Classification of Chronic Pain*, 2. ed. Seattle: IASP Task Force on Taxonomy, 1994.

HELMAN, C.G. Abrangência da antropologia médica. In: _____. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

_____. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

_____. Dor e cultura. In: _____. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

_____. Interações médico-paciente. In: _____. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

IETO, V. *Demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: era uma vez uma queixa*. São Paulo: PUC, 2005. Dissertação de Mestrado.

INTERNATIONAL ASSOCIATION for THE STUDY of PAIN (IASP). [s.l., s.n.] 1994, p. 209-214. Disponível em: www.iasp-pain.org/terms-p.html. Acesso em: 20:05.07.

ISBERG, A. *Disfunção da articulação temporomandibular: um guia para o clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

LENT, R. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu, 2001.

_____. Os sentidos do corpo: estrutura e função do sistema somestésico – mecanismos periféricos da dor. In: _____. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu, 2001.

LINHARES, C.F.S. A interdisciplinaridade na psicopedagogia. In: SCOZ, B.L.J.; RUBSTEIN, E.; ROSSA, E.M.M.R. e BARONE, L.M.C. (Orgs.). *Psicopedagogia: o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

LODUCCA, A. *Um estudo sobre padrões de convívio com a dor crônica*. **Revista Dor da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, v. 1, n.1, p. 15-16, 1999.

LOESER, D.J.; BUTTLER, S.; CHAPMAN, C.R.; TURK, D.C. (Editores). *Bonica's management of pain*. 3. ed. Philadelphia, Liouuncitt & Wilkins, 2001.

MADEIRA, M.C. *Anatomia da face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

_____. Articulação temporomandibular. In: _____. *Anatomia da face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

_____. Músculos da face. In: _____. *Anatomia da face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

MOLINA, O.F. *Fisiologia craniomandibular: oclusão e ATM*. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1995.

_____. Tratamento multidisciplinar dos distúrbios craniomandibulares. In: _____. *Fisiologia craniomandibular: oclusão e ATM*. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1995.

NASIO, J.D. A dor corporal: uma concepção psicanalítica. In: _____. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. A dor psíquica: dor de amar. In: _____. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. Esquema da lógica do funcionamento psíquico. In: _____. *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. Lições sobre a dor: a dor, objeto de pulsão sadomasoquista. In: _____. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

OKESON, J.P. Anatomia funcional e a biomecânica do sistema mastigatório. In: _____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

_____. História e análise das desordens temporomandibulares. In: _____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

_____. Mecânica do movimento mandibular. In: _____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

OKESON, J.P. Sinais e sintomas das desordens temporomandibulares. In: _____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

_____. Tratamento das desordens temporomandibulares. In: _____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA; DIAS; CASTRO e BÉRZIN. *Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular*. **J. App. Oral Sci.** (Bauru), v. 11, n. 2, p. 3-10, Apr.-Jun., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em dez. 2006.

PALADINO, R.R.R. ; SOUZA, L.A.P. e CUNHA, M.C. *Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças*. **Revista Psicanálise e Universidade (SP)**, n. 21, p. 95-108, set. 2004. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise. PEPG em Psicologia Clínica da PUC-SP.

PIMENTA, C.A.M. Avaliação da dor crônica no adulto. In: SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M.J. (Orgs.). *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Maio, 2001.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Avaliação do doente com dor. In: TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B.F. (Orgs.). *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Jr., 2001.

QUINTO, C. *A dor nas disfunções temporomandibulares: um sintoma para a clínica fonoaudiológica*. São Paulo: PUC, 2003. Dissertação de Mestrado.

SIQUEIRA, J.T.T. O componente físico da dor. In: _____. *Dores mudas. "As conseqüências das dores orofaciais na saúde"*. Curitiba: Maio, 2004.

SIQUEIRA, J.T.T. Dor na boca: expressão de sofrimento e incerteza – o que tenho, afinal? In: _____. *Dores mudas. "As conseqüências das dores orofaciais na saúde"*. Curitiba: Maio, 2004.

_____. Dor em odontologia: breve histórico e perspectivas. In: SIQUEIRA, J.T.T. e TEIXEIRA, M.J. (Orgs.). *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Maio, 2001.

_____. Dor orofacial e DTM: ensino e treinamento. In: _____. *Dor orofacial e disfunção temporomandibular: bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 2004.

_____. *Dor orofacial e disfunção temporomandibular: bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 2004.

_____. As dores da boca e da face. In: _____. *Dores mudas. "As conseqüências das dores orofaciais na saúde"*. Curitiba: Maio, 2004.

SIQUEIRA, J.T.T. Estranhas dores da boca. In: _____. *Dores mudas. "As conseqüências das dores orofaciais na saúde"*. Curitiba: Maio, 2004.

SOUZA, L.A.P. Linguagem e corpo. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M. e LIMONGI, S.C.O. (Orgs.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.

SOUZA, F.F. e SILVA, J.A. *A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos*. **Revista Dor**, v. 6, n.1, p. 469-513, jan./mar. 2005.

SOUZA; SALVAT; BIANCHINI; ASSÊNCIO-FERREIRA. *Características mastigatórias em portadores de disfunção temporomandibular: estudo comparativo*. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia** (SP), v. 10, n. 3, p. 155-159, jul./set. 2005.

TAUCCI, R.A. *Verificação da interferência das DTMs na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares*. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida, 2006. Dissertação de Mestrado.

TEIXEIRA, M.J. Analgésicos, anti-inflamatórios, não-esteróides. In: _____. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

_____. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

_____. *Dor: evolução histórica dos conhecimentos*. In: _____. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

_____. *Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor*. In: SIQUEIRA, J.T.T. *Dor orofacial e disfunção temporomandibular: bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 2004.

_____. *Princípios gerais de tratamento da dor*. In: SIQUEIRA, J.T.T. *Dor orofacial e disfunção temporomandibular: bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 2004.

TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B.F.; MARCON, R.M. e ROCHA, R.O. Anatomia e fisiologia das vias nociceptivas e supressoras da dor. In: TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B.F. (Orgs.). *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Júnior, 2001.

_____. *Epidemiologia da dor*. In: TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B.F. (Orgs.). *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Júnior, 2001.

_____. *Princípios de tratamento da dor*. In: TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B.F. (Orgs.). *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Júnior, 2001.

TEIXEIRA, M.J. e VALLE, L.B.C. *Princípios do tratamento farmacológico da dor*. In: TEIXEIRA, M.J. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

TRAVEL, J.; SIMONS, D.G. e SIMONS L.S. A propósito de todos os músculos. In: _____. *Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. v. 1.

_____. Dor na cabeça e no pescoço: visão geral da região da cabeça e do pescoço. In: _____. *Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. v. 1.

TRAVEL, J.; SIMONS, D.G. e SIMONS L.S. Músculo esternocleidomastóideo. In: _____. *Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. v. 1.

_____. Músculo masseter. In: _____. *Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. v. 1.

_____. Panorama geral. In: _____. *Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. v. 1.

_____. Visão geral da região da cabeça e do pescoço. In: _____. *Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. v. 1.

WATANABE, H. *Dor e sofrimento: a relação do fonoaudiólogo com a disfunção craniomandibular*. São Paulo: PUC, 2004. Dissertação de Mestrado.

WINNICOTT, D.W. Adolescência: transpondo a zona das calmarias. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

YENG, L.T.; KAZIYAMA, H.H.S. e TEIXEIRA, M. J. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. In: TEIXEIRA, M. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

_____. Síndrome dolorosa miofascial. In: TEIXEIRA, M. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

YENG, L.T.; TEIXEIRA, M.J.; PICARELLI, H.; YUAN, C.C. e GREVE, J.M.D. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. In: TEIXEIRA, M. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.

ANEXO A

ROTEIRO DE EXAME FONOAUDIOLÓGICO ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

1. Identificação:

Data do Exame:

Nome:

Idade:

2. Dados de observação:

- . análise postural:
- . análise facial (simetria, tensão facial):
- . características respiratórias:
- . deglutição de saliva:
- . articulação da fala (omissões, trocas, distorções, amplitude articulatória, desvio mandibular, coordenação respiração/fala, velocidade):
- . análise da voz (timbre, intensidade, qualidade, ressonância):

3. Descrição da situação dentária e oclusão (fornecidas pelo dentista responsável):

- . falhas dentárias:
- . saúde dentária:
- . oclusão: CL 1, CI II, CI III:
- . mordida: cruzada unilateral/bilateral, profunda, aberta anterior/posterior:
- . linha média: dentária esquelética
- . interferências oclusais:

4. Características craniofaciais (checar os dados cefalométricos):

- . face curta, média ou longa:
- . perfil reto, côncavo, convexo, biprotruso:

- . lateralização:
- . elevação do superior:
- . abaixamento do inferior:
- . elevação e abaixamento:
- . lateralização:
- . estalo/acoplamento:

8. Movimentos mandibulares (medidas, desvios, limitações, ruídos, dor):

- . abertura máxima:
- . lateralidade direita:
- . lateralidade esquerda:
- . protrusão:
- . desvios em abertura e fechamento:
- . movimento condilar:

9. Verificação da hipermobilidade articular geral:

- . polegar:
- . dedo médio:
- . cotovelo:
- . joelho:
- . pé:
- . mãos ao chão:

10. Funções estomatognáticas:

- . respiração:
- . mordida:
- . mastigação:
- . deglutição:
- . fala:
- . parafunções:

11. Exames complementares realizados:

12. Conclusão e conduta:

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Afirmo ter conhecimento a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *EFEITOS DA ESCUTA TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES QUE APRESENTAM DOR OROFACIAL CRÔNICA*.

A fonoaudióloga Carmen das Graças Fernandes esclareceu-me sobre a minha participação. Ficaram claros para mim quais os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de orientações permanentes.

Ficou claro que o meu endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto. Também que a minha colaboração é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos resultados, esclarecimento de dúvidas a qualquer tempo.

Concordo, voluntariamente, participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento antes ou durante os trabalhos, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do participante

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

_____ Data ____/____/____
Assinatura da pesquisadora

ANEXO A

ROTEIRO DE EXAME FONOAUDIOLÓGICO ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

1. Identificação:

Data do Exame:

Nome:

Idade:

2. Dados de observação:

- . análise postural:
- . análise facial (simetria, tensão facial):
- . características respiratórias:
- . deglutição de saliva:
- . articulação da fala (omissões, trocas, distorções, amplitude articulatória, desvio mandibular, coordenação respiração/fala, velocidade):
- . análise da voz (timbre, intensidade, qualidade, ressonância):

3. Descrição da situação dentária e oclusão (fornecidas pelo dentista responsável):

- . falhas dentárias:
- . saúde dentária:
- . oclusão: CL 1, CI II, CI III:
- . mordida: cruzada unilateral/bilateral, profunda, aberta anterior/posterior:
- . linha média: dentária esquelética
- . interferências oclusais:

4. Características craniofaciais (checar os dados cefalométricos):

7.1 Lábios:

- . protrusão e retração:
- . lateralização:
- . elevação do superior:
- . abaixamento do inferior:

7.2 Língua:

- . anteriorização e retração:
- . elevação e abaixamento:
- . lateralização:
- . estalo/acoplamento:

8. Movimentos mandibulares (medidas, desvios, limitações, ruídos, dor):

- . abertura máxima:
- . lateralidade direita:
- . lateralidade esquerda:
- . protrusão:
- . desvios em abertura e fechamento:
- . movimento condilar:

9. Verificação da hiper mobilidade articular geral:

- . polegar:
- . dedo médio:
- . cotovelo:
- . joelho:
- . pé:
- . mãos ao chão:

10. Funções estomatognáticas:

- . respiração:
- . mordida:
- . mastigação:
- . deglutição:
- . fala:
- . parafunções:

11. Exames complementares realizados:

12. Conclusão e conduta:

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)