

O SIGNIFICADO DA DOR NAS DESORDENS CRÂNIOMANDIBULARES

CLAUDIA MARIA DE FELICIO¹
MARCELO OLIVEIRA MAZZETTO²

FELICIO, C.M.; MAZZETTO, O.M. O significado da dor nas desordens crâniomandibulares. *Semina: Ci. Biol./Saúde*, Londrina, v. 15, n. 2, p. 193-195, junho 1994.

RESUMO: A dor nas Desordens Crâniomandibulares é o que freqüentemente conduz as pessoas ao tratamento. Os autores refletem sobre os significados dessa dor baseados em suas investigações clínicas e na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Dor; Desordens Crâniomandibulares.

INTRODUÇÃO

O sintoma dor nas Desordens Craniomandibulares (DCM), tem um significado importante na procura de especialistas, na compreensão da pessoa sobre o seu problema e, inclusive nos resultados do tratamento.

D.C.M. é um termo coletivo, sinônimo de "desordens temporomandibular", que abrange os problemas clínicos que envolvem a musculatura mastigatória, a articulação temporomandibular (ATM), ou ambos. Elas têm sido identificadas na maioria das vezes, como a dor na região orofacial e que não tenham origem dental, e podem ser subclassificadas como desordens musculoesqueléticas (BELL, 1991). O sintoma da dor é mais freqüentemente localizado nos músculos mastigatórios, área preauricular, e/ou articulação temporomandibular. A dor é usualmente agravada pela mastigação ou outras funções mandibulares.

No passado, os sinais e sintomas de D.C.M. eram relatados como irregularidades oclusais e contatos oclusais deflectivos, estes foram os fatores primordiais na etiologia dessas desordens, que resultaram em diagnósticos errôneos, pois mais tarde alguns pesquisadores começaram a considerar a musculatura, o mecanismo e a função articular como fatores desencadeantes das D.C.Ms.

Na D.C.M. a associação de fatores emocionais e oclusais é indicada como a principal causa, porém, seu enfrentamento, na maioria das vezes, é feito como se fossem dois problemas distintos, o da mente e do físico; ao invés de o enfrentarem como de uma pessoa que com o corpo e mente indissociáveis apresenta um conjunto de sinais e sintomas, caracterizados como D.C.M.

Essa compartimentalização nos tratamentos tem dificultado, muitas vezes, a resolução da DCM e de outros problemas de saúde.

Objetivando auxiliar na reflexão de profissionais que atuam na D.C.M., procurou-se reunir a interpretação de alguns autores da área e a nossa própria, baseada nos sentidos expressos pelos que sofrem a dor.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com MERRIT (1973) as dores crônicas atingem com mais freqüência a cabeça e a face, que a qualquer outra parte do corpo. As dores nesta região significam mais para a pessoa que a sente, por fazê-la temer a perda da razão ou a um tumor cerebral. As dores sem explicação são extremamente alarmantes (SCHWARTZ & CHAYES, 1973) e ela pode surgir em reação a algo que afete a integridade do sistema estomatognático. MOULTON (1973) lembra a importância da face e da boca na expressão de desejo, medo, amor, hostilidade, auto-defesa e nas funções fisiológicas de respiração, alimentação e deglutição. Assim, a imobilização ou invasão da boca tende a produzir um sentimento especial de desamparo e pânico. A resposta exagerada a dor de uma pessoa pode ocorrer, porque para ela o estímulo doloroso significa a morte ou alguma ameaça grave a seu equilíbrio emocional, seu controle ou sua integridade corporal. Enquanto uma outra pode suprimir a reação, porque acha muito perigoso admitir que tem dor.

WOLF (1973) explica que a percepção da dor depende da integridade de conexões nervosas. Porém, a reação a dor está vinculada a funções cognitivas e depende em parte da maneira como o indivíduo a significa, de acordo com a experiência vivida. Variando por isso, de indivíduo para indivíduo e no mesmo indivíduo em circunstâncias diferentes. Dentre as reações à dor cita: sensações desagradáveis, alterações na transpiração da pele, elevação da pressão sanguínea, taquicardia, golpear os pés e supõe, que estas possam ser interpretadas como

1 - Departamento de Odontologia Restauradora - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

2 - Departamento de Odontologia Restauradora - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

o desejo da pessoa de fugir.

Os determinantes do grau e resposta a dor, segundo BURTON (1969) são: fatores emocionais, desenvolvimento de personalidade, atitudes culturais e parentais, presença de culpa, compensação monetária, cancerfobia, intelecto, ocupação, religião e filosofia.

Apesar de se falar (LUPTON, 1969) em uma coleção de sintomas envolvendo a síndrome de ATM, o que mais impressiona ao paciente e ao terapeuta é a dor e (ALVES COSTA et al., 1981) o que mais simboliza a necessidade que o doente sente de procurar o médico.

GREENE et al. (1982) explicam que nos casos de dores crônicas que não respondem a terapia, esta dor é um mecanismo de defesa, de repressão e somatização para lidar com o estresse da vida diária.

DAMANTE (1990) escreveu que a dor se manifesta, quando a adaptação biológica do sistema estomatognático é ultrapassado. Interferência oclusal (ARAÚJO & ARAÚJO, 1983) associada a tensão psíquica ou emocional, dificulta o desenvolvimento do potencial de adaptação funcional.

Sobre a pessoa frente a sua dor, relatados nos estudos de FELICIO (1992), podemos dizer o seguinte:

A história da pessoa que se trata traz implícita a compressão do problema acrescida de medos e fantasias, resultantes de vários tratamentos tentados sem sucesso, que devem ser considerados, pois interferem na evolução deste e em seu tratamento.

Desde o aparecimento do problema as pessoas se põem num movimento ativo na tentativa de identificar o que são aqueles sinais e sintomas que as incomodam. Elas refletem, tendo como referencial tanto a sua experiência com problemas de saúde como as de outras pessoas com quem trocam informações, a fim de desvelar a origem do que sente. Nessa busca, toda a dor que conhecem forma o horizonte, para que figure a dor atual.

As possibilidades de evocar o anteriormente vivido e aprender com as experiências de outros, próprias do ser humano, auxiliam as pessoas na formulação de hipóteses sobre o problema e orientam-nas quanto ao caminho a seguir, isto é, quais as possíveis formas de resolvê-lo.

Todavia, nem toda pessoa tem a oportunidade de aprender com a outra que já sabe, como disse uma delas: "Nunca tinha ouvido falar que dava isso, com essa dor tão horrível".

Nesse caso, o que a orienta na procura de um especialista é a localização da dor, e muitas vezes, vários profissionais são consultados sem que a solução seja alcançada, tornando-se a pessoa cada dia mais descrente de que possa resolver o seu problema, chegando a pensar em "...algo muito grave".

Também, algumas vezes, o desconhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo, faz com que se acredite em relações confusas, como a pessoa que disse: "Se eu arrancasse todos os meus dentes, essa dor passaria". A dor é então, considerada como a principal causa de problemas em sua vida, seu ser é quase todo a dor.

Talvez, as relações mais difíceis para o homem

compreender sejam as do próprio corpo. Pois, como explicou MERLEAN-PONTY (1975), ele não está diante de seu corpo, está no seu corpo, ou melhor, é seu corpo.

A dor que pode ser recente ou antiga, o tratamento que pode ser o primeiro tentado ou o último de uma lista mal sucedida e o quanto a dor interfere na vida da pessoa, têm influência na expectativa em relação àquilo que, como profissionais, podemos oferecer. Aqueles para quem a dor surgiu há pouco tempo, demonstraram curiosidade pelo que está acontecendo e freqüentemente acreditam na melhora. A dor, nesse caso, parece ainda não fazer parte da vida. É algo que está ocorrendo naquele momento e para o qual existe possibilidade de solução. São momentos de dor e não a vida dolorida.

A ansiedade e a descrença acontecem mais com as pessoas que relatam anos de dor e tratamentos dos mais variados, trazendo muitas queixas: a dor que tira o sono, o acordar dolorido, a impossibilidade de mastigar, a ingestão excessiva de analgésicos, o cansaço ao falar, o tempo perdido em procedimentos ineficientes.

O tempo da dor ocupa o lugar da vida que se deseja ter, como disse uma das pessoas: "Quando a dor vem, eu fico sem lugar".

DISCUSSÃO

Trabalhamos nas D.C.Ms., com pessoas que nos falam de sua dor, mas a dor, não é ela também uma forma de expressão, na qual o corpo físico "fala" à consciência da própria pessoa? Pensamos então, o que ela expressa?

DUSSEL (1977) coloca que "A boca humana, que há milênios deixou de ser parte de um instinto agressivo (como a mordedura do orangotango) vai articulando a linguagem, a língua materna, a popular". Torna-se então pertinente perguntarmos-nos se na medida em que essa linguagem é calada, porque a repressão, a agressão se fazem presentes, o ranger dos dentes, a dor não seriam respostas do corpo da pessoa às restrições impostas, às condições em que vive a pessoa. A pessoa que se fecha sente dor, mas é melhor do que se expor, perder o controle. Um ou outro fator, pode ser, também, a presença do traço cultural que não permite o relaxar, o descansar. Ao corpo não é permitido prazer, o corpo está aí para lutar, trabalhar, carregar todas as cargas a ele impostas. Mas, não é ao eu racional que o físico responde e sim aos desejos, ansiedades, alegrias, tristezas, ao interior profundo onde corpo-consciência se tornam único: corpo.

Calada a linguagem verbal, fechado a corpo para não sentir e não se exprimir, este em dado momento solta seu "grito" em pedido de socorro, é a dor que aparece indignando seu portador, que já havia se esquecido de si enquanto corpo.

A dor do corpo faz chegar à consciência que algo vai mal, mas não é o suficiente, é preciso decifrá-la.

A dor da qual se fala não passa de uma tradução, onde os significados são sempre incompletos, mas essa passagem da sensação à fala, mesmo que fosse um único som inarticulado é o que permite a busca de ajuda. A to-

mada de consciência do significado da dor não se faz no isolamento. Comunicamos ao outro a nossa dor.

Ao falar de suas dores a pessoa toma distância para melhor compreendê-las, expondo-se ao outro organiza-se. A expressão marca a saída de si para o mundo, na busca da solução, marca o início da ação.

A pessoa que se trata não pode resolver o problema por si só. Procura o profissional porque espera dele ajuda para desvelar seus sintomas, encontrar a etiologia e que este indique-lhe terapêuticas. Mas, também, ela não é um objeto que se deixa tratar.

Durante o tratamento, a convivência, as mudanças observadas e as discussões sobre o problema fazem parte da tomada de consciência, que não significa apenas saber o que faz mal, o que não faz, mas como os fatores se associam, e desenvolvem-se como a própria pessoa significa a situação de dor a partir da sua vida cotidiana, percebendo aquilo que antes estava condicionada a não perceber, por exemplo, que viver com os dentes tranca-dos não é algo natural mas uma consequência de possí-veis causas como má-oclusão, alterações das funções

musculares e/ou estresse emocional.

Decifrando a dor, esta passa a existir não como uma incógnita, mas como algo possível de ser transfor-mado, através da sua participação ativa em conjunção ao trabalho do profissional e este, por sua vez passa a refle-tir sobre a maneira como cada pessoa significa a dor, o que freqüentemente não está habituado a fazer.

CONCLUSÃO

A dor não é apenas um sintoma físico, indepen-dente dentro da complexidade do ser humano, e assim tem origens e reflete, qualquer que seja a causa, na ma-neira como a pessoa percebe a si própria, ao mundo que a rodeia e como reage frente as situações da vida.

O esforço do profissional juntamente com a pessoa que sofre a dor para compreender as suas causas, assim como, os significados a ela atribuídos e os modos de en-frentá-las é o que situa o tratamento na verdadeira di-mensão humana.

FELICIO, C.M.; MAZZETTO, G.M. The pain signification in craniomandibular disorders. *Semina: Ci. Biol./Saúde*, Londrina, v. 15, n. 2, p. 193-195, June 1994.

ABSTRACT: Pain in craniomandibular disorders is the reason that frequently leads people to the treatment. The authors reflect up on the meanings of this pain based on their clinic investigations and in literature.

KEY-WORDS: Pain; Craniomandibular Disorders.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES COSTA, E.; PITANGUY, I.; LOPES DA CRUZ, R.; CERAVOLO, M.P. Síndrome articular temporomandibular - Conclusão e análise de 654 casos. *Revista Brasileira de Cirurgia*, v. 71, n. 3, p. 195-204, maio/junho, 1981.
- ARAÚJO, J.E.J.; ARAÚJO, M.A.M. Aspectos psicológicos aplicados a oclusão. *Odontólogo Moderno*, v. 7, p. 31-40, julho 1983.
- BELL, W.E. *Dores orofaciais: Classificação, Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Quintessence, 1991.
- BURTON, R.C. The problem of facial pain. *The journal of the american dental association*, Chicago, v. 79, n. 1, p. 93-101, July 1969.
- DAMANTE, J.H. *Curso de diagnóstico da dor facial: 2- Anamnese e exames*. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 316-8, jul/ago. 1990.
- DUSSEL, E. *Para uma ética da libertação latinoamericana: erótica e pedagógica*. São Paulo: Loyola, Piracicaba: UNIMEP, S.D. (original castellano de 1977). v. 3. Cap. VIII.
- FELICIO, C.M. *O ato de educar-se na relação fonoaudiológica e pessoa-que-se-trata no tratamento da síndrome dor-distúrbio miofascial*. São Carlos, 1992. (Tese) Mestrado - Universidade Federal de São Carlos, 130 p.
- GREENE, C.; OLSON, R.E.; LASKIN, D.M. Psychological factors in the etiology, progression and treatment of MPD syndrome. *The journal of the american dental association*, Chicago, v. 105, n. 3, p. 443-8, Sept. 1969.
- LUPTON, D.E. Psychological aspects of temporomandibular joint dys-function. *The journal of the american dental association*, Chicago, v. 79, n. 1, p. 131-6, July 1969.
- MERLEAN-PONTY, M. *Fenomenologia de la percepción*. Tradução de Jean Cabanes. Barcelona: ediciones península, 1975. 469 p.
- MERRIT, H.H. Palavras preliminares. In: SCHWARTZ, L.; CHAYES, C.H. *Dolor facial y disfunción mandibular*. Buenos Ayres: Mundi, 1973. Tradução de Marina Gonçalves de Grandi. p. 18-9.
- MOULTON, R.E. Factores emocionales en el dolor no orgánico de la articulación temporomandibular. In: *Dolor facial y disfunción mandibular*. Buenos Ayres: Mundi, 1973. Tradução de Marina Gonçalves de Grandi. p. 340-58.
- SCHWARTZ, L.; CHAYES, C.H. El problema clínico. In: *Dolor facial y disfunción mandibular*. Buenos Ayres: Mundi, 1973. Tradução de Marina Gonçalves de Grandi. p. 3-6.
- WOLF, S. Percepción del dolor y reaccion. In: SCHWARTZ, L.; CHAYES, C.H. *Dolor facial y disfunción mandibular*. Buenos Ayres: Mundi, 1973. Tradução de Marina Gonçalves de Grandi. p. 7-17.

Recebido para publicação em 6/10/93