



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE MESTRADO EM CIÊNCIA DA LINGUAGEM**

**LUCIANA MORAES STUDART**

**A LINGUAGEM DA DOR: UM ESTUDO DOS ENUNCIADOS DE SUJEITOS  
PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

**Recife**  
**2008**

**LUCIANA MORAES STUDART**

**A LINGUAGEM DA DOR: UM ESTUDO DOS ENUNCIADOS DE SUJEITOS  
PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

**Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de  
Pesquisa e Pós-Graduação da  
Universidade Católica de Pernambuco,  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Ciências da Linguagem**

**Prof. Dr. MOAB DUARTE ACIOLI – Orientador**

**Recife  
2008**

S9331

Studart, Luciana Moraes

A Linguagem de dor: um estudo dos enunciados de sujeitos portadores de disfunção temporomandibular / Luciana Moraes Studart ; orientador Moab Duarte Acioli..

137 f. ; il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Linguagem, 2008.

1. Comunicação. 2. Dor orofacial. 3. Médico e paciente.  
4. Metáfora. I. Título

CDU 800.855

**LUCIANA MORAES STUDART**

**A LINGUAGEM DA DOR: UM ESTUDO DOS ENUNCIADOS DE SUJEITOS  
PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre no Curso de Mestrado em Ciência da Linguagem pela Universidade Católica de Pernambuco.

Recife, 05 de março de 2008.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Dr. MOAB DUARTE ACIOLI**  
Universidade Católica de Pernambuco  
Orientador

---

**Prof. Dr. MAURÍCIO KOSMINSKY**  
Universidade de Pernambuco  
Examinador Externo

---

**Prof. Dra. VIRGÍNIA COLARES SOARES  
FIGUEIRÊDO ALVES**  
Universidade Católica de Pernambuco  
Examinador Interno

**RECIFE  
2008**

## **DEDICATÓRIA**

Aos sujeitos desta pesquisa com a esperança de que estas páginas possam, de alguma forma, contribuir para o entendimento de seu sofrimento.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação, professores e funcionários do programa de Mestrado em Ciências da Linguagem – PROPESP/UNICAP.

Ao Professor Dr. Moab Acioli, orientador de todas as horas e que, com seu ecletismo do saber, pôde me auxiliar na compilação de tantas idéias e a transformá-las nesta dissertação que muito me orgulha.

Ao Professor Dr. Maurício Kosyminsky, a quem tanto admiro e que, além de inspirar os objetivos desta pesquisa com a sua prática profissional, contribuiu de forma decisiva para a execução da pesquisa e, ainda, esteve sempre ao meu lado a qualquer sinalização de fraqueza.

À Professora Dra. Virgínia Colares, madrinha deste trabalho, por apoiá-lo enquanto ainda nem existia, e por suas leituras, releituras e contribuições.

Aos colegas do Mestrado em Ciências da Linguagem, em especial Julia Marinho e Karla Costa.

Aos que fazem o Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO), pelo carinho com que sempre me receberam e pelo incentivo à pesquisa. Agradeço especialmente a Patrícia Pontes e Cleide Feitosa que colaboraram na triagem dos sujeitos participantes desta pesquisa.

A Lucienne Claudete Espíndola, a quem tive o prazer de conhecer no percurso da execução deste trabalho, que colaborou para despertar o meu interesse no estudo das metáforas.

À fonoaudióloga e amiga Luciana Cidrim, pelo incentivo no ingresso a esse curso e por estar sempre por perto.

Ao jornalista, economista, assistente social e carinhoso revisor gráfico, Claudio Viana.

A Élylys Regina de Barros pelo profissionalismo na revisão deste trabalho, do ponto de vista técnico.

Aos guerreiros, na luta pela educação em nosso país, Fernanda Moraes e Oscar Ferreira, exemplos para minha vida. Agradeço a vocês por tudo.

Aos meus amados Juliana e Leonardo pela compreensão e tolerância nos momentos de ausência. Que um dia possam compreender o meu esforço para a conclusão deste trabalho como exemplo de determinação e responsabilidade.

Ao meu querido Saulo que, através de seu companheirismo incondicional, ajudou-me a realizar mais essa conquista.

*... não é ocasional que o modelo explicativo do adoecer tenda, na medicina moderna, cada vez mais para a metáfora da invasão, num contexto de batalhas sucessivas, na guerra entre as enfermidades e o organismo humano, que tem por limite, sempre recuado, a história individual e coletiva dos seres humanos, no espaço e no tempo.*

*Luz, 1988.*

## RESUMO

A presente dissertação teve o objetivo de estudar os enunciados dos sujeitos portadores de Disfunção Temporomandibular (DTM) acerca da experiência da dor na suas vidas. Isso foi possível analisando a percepção dos sujeitos em relação às abordagens profissionais anteriores, investigando a existência de metáforas conceituais que descreviam a manifestação da dor, e em seguida, categorizando-as e compreendendo os impactos particulares de ser portador de DTM. Tratou-se de um estudo qualitativo e exploratório, realizado no período de junho a agosto de 2007. Participaram 18 sujeitos de ambos os sexos, com faixa etária variando entre 14 e 64 anos, com dor músculo-esquelética temporomandibular, atendidos no Centro de Controle da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco – Brasil, selecionados a partir do Questionário Anamnésico Simplificado – DMF. Para a constituição do *corpus* foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e posteriormente transcritas. A discussão dos resultados foi baseada na análise de conteúdo e dividida em três partes. A primeira referiu-se à representação que os sujeitos fazem dos tratamentos anteriores e apontou uma atitude dos profissionais de saúde como sendo predominantemente de encaminhar os pacientes a outros serviços sem explicações. Na segunda parte foram discutidos os dados referentes à descrição da experiência da dor e constatou-se a existência de metáforas conceituais, sendo possível categorizá-las em orientacionais, ontológicas e personificadas. Por fim, na terceira parte da análise/discussão dos resultados, foram investigados os impactos gerais e específicos causados pela dor nas vidas dos sujeitos. Verificou-se que a DTM causa impactos gerais sobressaindo no lazer e no trabalho e, entre os impactos específicos, causa transtornos relevantes para mastigar, bocejar, fazer higiene oral, sorrir ou gargalhar e falar. Concluiu-se que existe uma lacuna no processo de interação entre os profissionais de saúde e os sujeitos portadores de DTM, e que a Ciência da Linguagem, através do estudo das metáforas, pode tornar-se um importante recurso para a compreensão da experiência dolorosa, auxiliando na atenuação dos impactos causados pela dor na vida dos sujeitos.

**Palavras-chaves:** comunicação; metáforas; dor orofacial; interação profissional de saúde/paciente.



## **ABSTRACT**

This thesis was to study the particulars of the subjects carrying Temporomandibular Disorder (TMD) on the experience of pain in their lives. This was possible by examining the perception of the subjects in relation to previous professional approaches, investigating the existence of conceptual metaphors that describes the expression of pain and then categorizing them and understanding the individual impacts to be bearer of TMD. It was a qualitative and exploratory study, carried out from June to August, 2007. Have participated 18 subjects of both sexes with age ranging from 14 to 64 years with muscle skeletal temporomandibular pain, assisted in the Center for Orofacial Pain Control of the School of Dentistry at the University of Pernambuco – Brazil, selected from the Simplified Anamnestic Questionnaire – DMF. For the constitution of the corpus were held semi-structured interviews that were recorded and later transcribed. The discussion of the results was based on analysis of the content and it was divided into three parts. The first referred to the representation that the subjects have of previous treatments and pointed to an attitude of health professionals as predominantly routing the patients to other services without explanation. In the second part were discussed data describing of the experience of pain and it was showed the existence of conceptual metaphors, which can be categorized into orientacional, ontological and personified. Finally, in the third part of the analysis/discussion of the results, were investigated the general and specific impacts caused by the pain in the lives of the subjects. It was found that the TMD causes general impacts predominantly in the leisure and work activities. And among specific impacts, causes relevant inconvenience to chew, to yawn, to make oral hygiene, smiling or laughing, and talking. It was concluded that there is a gap in the process of interaction between health professionals and the subjects carrying TMD, and that the Science of Language, through the study of metaphors, may become an important resource for understanding the experience of pain, assisting in the mitigation of impacts caused by pain in the lives of subjects.

**Keywords:** communication; metaphors; orofacial pain; interaction healthcare professional/patient.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro I</b>	Versão reduzida do Questionário de Dor McGill	<b>36</b>
<b>Quadro II</b>	Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa	<b>43</b>
<b>Quadro III</b>	Unidades temáticas da percepção dos sujeitos em relação às abordagens anteriores com profissionais de saúde	<b>48</b>
<b>Quadro IV</b>	Variação das unidades temáticas e frequência de ocorrência	<b>60</b>
<b>Quadro V</b>	Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de movimento	<b>61</b>
<b>Quadro VI</b>	Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de tempo	<b>64</b>
<b>Quadro VII</b>	Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de espessura	<b>65</b>
<b>Quadro VIII</b>	Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de profundidade	<b>66</b>
<b>Quadro IX</b>	Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de tamanho	<b>66</b>
<b>Quadro X</b>	Frequência de ocorrência de metáforas ontológicas de pressão	<b>67</b>
<b>Quadro XI</b>	Frequência de ocorrência de metáforas ontológicas de intensidade	<b>69</b>
<b>Quadro XII</b>	Frequência de ocorrência de metáforas ontológicas de beleza	<b>70</b>
<b>Quadro XIII</b>	Frequência de ocorrência de metáforas personificadas de incômodo	<b>71</b>
<b>Quadro XIV</b>	Impactos gerais em ser portador de DTM	<b>74</b>
<b>Quadro XV</b>	Eixo temático Lazer	<b>74</b>
<b>Quadro XVI</b>	Eixo temático Trabalho / estudo	<b>77</b>
<b>Quadro XVII</b>	Eixo temático Atividades domésticas	<b>80</b>
<b>Quadro XVIII</b>	Impactos específicos em ser portador de DTM	<b>81</b>
<b>Quadro XIX</b>	Eixo temático Mastigação	<b>82</b>
<b>Quadro XX</b>	Eixo temático Falar	<b>87</b>
<b>Quadro XXI</b>	Eixo temático Fazer higiene oral e da face	<b>89</b>
<b>Quadro XXII</b>	Eixo temático Bocejar	<b>91</b>
<b>Quadro XXIII</b>	Eixo temático Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou de triste.	<b>93</b>
<b>Quadro XXIV</b>	Eixo temático Sorrir e gargalhar	<b>95</b>
<b>Quadro XXV</b>	Eixo temático atividade sexual	<b>97</b>
<b>Quadro XXVI</b>	Eixo temático Fazer exercícios físicos	<b>98</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ATM** – Articulação temporomandibular

**AV** – Às vezes

**CCDO** - Centro de Controle da Dor Orofacial

**FOP** - Faculdade de Odontologia de Pernambuco

**E** – Entrevistado

**DTM** – Disfunção temporomandibular

**DMF** - Índice anamnésico

**FO** – Frequência de ocorrência

**IASP** - *International Association for Study on Pain* (Associação Internacional para Estudo da Dor)

**MPQ** - Questionário McGill

**N** - Não

**NURC** – Norma Lingüística Urbana Culta

**OIDP** - *Oral Impacts on Daily Performance* ( Impactos orais na performance diária)

**RDC/TMD** - *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (Critérios de diagnóstico de pesquisa em disfunção temporomandibular)

**S** - Sim

**SBED** - Sociedade Brasileira para Estudos da Dor

**UPE** - Universidade de Pernambuco

**UT** – Unidade temática

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>18</b>
1.1	DOR E LINGUAGEM	18
1.1.1	<b>Dor e disfunção temporomandibular</b>	<b>18</b>
1.1.2	<b>Impactos da dor na qualidade de vida</b>	<b>21</b>
1.1.3	<b>Narrativas no campo da saúde</b>	<b>22</b>
1.1.4	<b>Interação médico/paciente</b>	<b>28</b>
1.1.5	<b>Metáforas e aspectos sobre a descrição da dor</b>	<b>33</b>
<b>2</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>40</b>
2.1	A PESQUISA	40
2.2	CAMPO	40
2.3	SUJEITOS	41
2.3.1	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>41</b>
2.3.2	<b>Critérios de exclusão</b>	<b>42</b>
2.3.3	<b>Perfil dos sujeitos da pesquisa</b>	<b>42</b>
2.4	INSTRUMENTOS	43
2.4.1	<b>Triagem</b>	<b>43</b>
2.4.2	<b>Roteiro de entrevista semi-estruturada</b>	<b>44</b>
2.5	A CONSTITUIÇÃO DO <i>CORPUS</i>	44
2.6	A ANÁLISE DOS RESULTADOS	44
<b>3</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>47</b>
3.1	PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS EM RELAÇÃO ÀS ABORDAGENS PROFISSIONAIS ANTERIORES	47
3.2	DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA DOR	59
3.3	IMPACTOS DA DOR	72
3.3.1	<b>Impactos gerais em ser portador de DTM</b>	<b>74</b>
3.3.2	<b>Impactos específicos em ser portador de DTM</b>	<b>80</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>100</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>105</b>
	<b>ANEXO(S)</b>	<b>113</b>

<b>ANEXO A</b>	<b>TRIAGEM INICIAL</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>NOTAÇÕES PARA TRANSCRIÇÃO</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO D</b>	<b>RECORTE DAS TRANSCRIÇÕES</b>	<b>120</b>

## INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) caracteriza-se por uma heterogeneidade de sintomas clínicos envolvendo alterações relacionadas com a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) ou ambas as estruturas (KOSMINSKY *et al.*, 2004). Entre os sintomas destacam-se cefaléia, dor na região articular e na musculatura mastigatória e cervical. E, entre os sinais observa-se limitação dos movimentos mandibulares (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Estudar a dor na DTM, numa interface entre a Ciência da Saúde e a Ciência da Linguagem, implica uma ampliação do conceito teórico da dor, articulando o saber científico-formal com aquele subjetivo-leigo. Num sentido de intervenção clínica, pode propiciar um novo modo de comunicação entre o profissional e o paciente<sup>1</sup>, destacando a importância desta, tanto quanto das ações instrumentais.

A DTM pode promover um importante impacto para o sujeito<sup>2</sup>, comprometendo a capacidade funcional das funções orais (ZARB *et al.*, 2000). Mas, além do caráter orgânico, é também acompanhada de fatores psicossociais próprios dos distúrbios dolorosos. Nesse sentido, uma interação terapêutica pode ser fundamental para o sucesso do tratamento (GARCIA *et al.*, 2000), independente da instituição e do tratamento específico.

O substrato físico, psicológico e sociocultural da dor faz despertar para outra leitura da doença, aquela que provoca o maior desafio: tentar entender como o sujeito vive a experiência da dor. E, dessa forma, direcionar o diagnóstico e a terapêutica.

Por mais de duas décadas têm sido publicados estudos empíricos relacionados à comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, descrevendo ou analisando as condutas durante a consulta (HAKA; CAMPIONB, 1999). Tais esforços, entretanto, foram limitados, provavelmente, devido à complexidade da relação entre profissional de saúde e paciente (ONG *et al.*, 1995).

---

<sup>1</sup> O termo “paciente” será utilizado neste trabalho quando se referir às relações clínicas com médicos ou outros profissionais de saúde, ou em respeito à terminologia utilizada pelos autores aqui citados.

<sup>2</sup> “Sujeito” será utilizado em todo o trabalho referindo-se aos participantes desta pesquisa e de uma forma geral para denominar paciente, doente, enfermo, pessoa que procura ou necessita de assistência à saúde.

Apesar dessas publicações, pouco se sabe a respeito das preferências do paciente durante a consulta. Há um consenso de que as informações referentes ao diagnóstico e ao tratamento podem ser compartilhadas. Entretanto, não está estabelecida a forma mais adequada para a sua realização (KOSMINSKY, 2005).

É possível que o estudo dos enunciados dos sujeitos com dor crônica propicie uma melhor comunicação dos aspectos orgânicos e psicossociais da dor mas, sobretudo, sirva para implementação de programas de incentivo à interação profissional de saúde/paciente.

Essa interação, por sua vez, necessita, entre outros fatores, de um processo comunicativo eficiente. É necessário que o conteúdo seja compartilhado e atinja seu objetivo de constituição do produto de interação entre interlocutores.

Tratando de comunicação numa perspectiva da saúde, Silva (1996) ressalta que o conteúdo dela está intimamente vinculado ao referencial de cultura dos falantes, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo. Por isso é importante perceber que, quanto mais informação se possui sobre determinada pessoa, e quanto maior a habilidade em correlacionar esse saber sobre o outro sujeito com o de quem está entrevistando, melhor será o desempenho do processo que se deseja estabelecer.

Ao tratar a dor como um fenômeno que pode ser traduzido na perspectiva da linguagem, o estudo dos enunciados sobre essa dor passa a ser uma prioridade que deve estar presente na relação paciente/profissional de saúde.

Foram trazidos recursos dos estudos na análise de conteúdo envolvendo significados, sentidos, temas e, principalmente, metáforas, relacionados com o fenômeno focado, ressaltando, dessa maneira, a intersubjetividade do processo e destacando a linguagem humana como recurso fundamental de entendimento do outro.

Nesse sentido, o objetivo geral da presente dissertação foi estudar os enunciados dos sujeitos portadores de DTM sobre a experiência dessa dor na suas vidas.

Para tanto, foi necessário desdobrar esse objetivo geral nos seguintes específicos:

- Analisar a percepção dos sujeitos em relação às abordagens profissionais anteriores;

- Investigar a existência de metáforas conceituais que descrevam a manifestação dessa dor;
- Categorizar os tipos de metáforas característicos sobre a experiência da DTM;
- Apreender o impacto da experiência de ser portador de DTM nas atividades sociais, de lazer e familiares dos sujeitos.

Foram estudados 18 sujeitos portadores de DTM que procuraram assistência odontológica no Centro de Controle da Dor Orofacial de Pernambuco, que é um centro de referência para o tratamento e controle da DTM dentre outras dores orofaciais, no período de junho a agosto de 2007.

Para obtenção dos dados, foi constituído um *corpus* da pesquisa com fragmentos das transcrições das entrevistas realizadas com os sujeitos, quando foram questionados sobre a “comunicação entre eles e os profissionais de saúde, em tratamentos anteriores”, “descrição da dor” e sobre o “impacto que a dor causa em suas vidas”.

Dos enunciados obtidos através da entrevista semi-estruturada, foram selecionadas categorias no território lógico-semântico, baseadas na análise de conteúdo (BARDIN, 1995; FRANCO, 2003). Após a classificação dos temas, foram realizadas análise e interpretações desses mesmos conteúdos.

Durante o percurso do estudo dos enunciados, o uso de metáforas chamou a atenção pela sua ocorrência e foi destacado de maneira mais categórica. Vistas como a possibilidade de outra relação entre o mundo e a linguagem, as metáforas, presentes principalmente na descrição da doença, revelam uma importante ferramenta na possibilidade de perceber, raciocinar e agir sobre os eventos a partir de novas perspectivas (OLIVEIRA, 1997). Para fundamentar essa discussão/classificação foram utilizadas as categorias sobre metáforas conceituais de Lakoff e Johnson (2002).

Com o intuito de embasar teoricamente os apontamentos, este estudo aborda diferentes tópicos relacionados à linguagem e à dor.

O primeiro capítulo destina-se à fundamentação teórica. Inicialmente, aborda alguns conceitos de dor; definição e caracterização da disfunção temporomandibular. Em seguida, destaca o impacto da DTM nas vidas dos sujeitos, onde são citadas algumas pesquisas que tratam do tema.



Num terceiro momento, faz-se uma abordagem sobre as narrativas no campo da saúde. Neste, são trazidos vários autores da área. Entre eles, destaca-se a discussão de Silva e Trentini (2002) sobre a análise das narrativas e a busca dos usos da linguagem visando não apenas a informação, mas a realização de vários tipos de ação, entre elas o diálogo e a argumentação.

Ainda na terceira parte do primeiro capítulo, é feito um esclarecimento quanto aos pressupostos teóricos da lingüística em relação à definição de “narrativa”, que difere da terminologia utilizada pelos autores do campo da saúde.

A quarta parte da fundamentação teórica destina-se à “interação médico/paciente”. Nessa sessão é destacada a importância para o estabelecimento do processo comunicativo e ainda algumas possíveis causas de quebra desse processo. São trazidas as contribuições dos trabalhos de Marcuschi (1986) e Koch (1997), no que se refere aos aspectos da análise da conversação e a de Souza (2006), no que concerne a aspectos referentes à incompatibilidade em níveis lexicais, recorte utilizado na presente dissertação.

A quinta e última parte da fundamentação teórica aborda as “metáforas e aspectos sobre a descrição da dor”. Nesse item o objetivo foi fazer um rápido percurso sobre a transformação paradigmática da metáfora e valorizar o seu caráter cognitivo. Um destaque especial é dado à teoria de Lakoff e Johnson que, além de representar um marco da concepção cognitiva, foi a teoria escolhida para embasar essa pesquisa no que se refere à categorização de metáforas, como já foi dito.

Visando ressaltar a importância do estudo dos enunciados, como alternativa para o entendimento da experiência subjetiva da dor, foram feitas, nessa quinta parte, considerações sobre os problemas encontrados quanto à mensuração e caracterização do tipo da dor e as dificuldades referentes a esse processo. Procurando avançar nesse aspecto, foi trazido o questionário reduzido de McGill (1996 *apud* PIMENTA, 1996), reconhecido como um estudo na área da saúde, que tenta relacionar as experiências com determinadas imagens e sensações.

Por fim, faz-se, nessa última parte, a constatação de que, os descritores ressaltados por McGill e presentes nos relatos dos sujeitos com dor, nada mais são que metáforas da dor, ou seja, características conceituais que favorecem o compartilhamento da informação que permitem “compreender e experienciar uma

coisa em termos de outra”<sup>3</sup> e, dessa maneira, poder “ter acesso” à experiência do outro.

Considerando que a categorização dos descritores e/ou metáforas facilita o estabelecimento do diagnóstico, pois a definição das sensações auxilia o entendimento do profissional de saúde, o compartilhamento de informações torna-se, sem dúvida, um relevante instrumento na construção do diagnóstico mas, principalmente, para o entendimento da experiência do sujeito e de sua dor.

O segundo capítulo refere-se aos aspectos metodológicos utilizados na pesquisa, tais como campo, perfil dos sujeitos com critérios de inclusão e exclusão, descrição dos instrumentos utilizados, constituição do *corpus* e estruturação da análise e discussão dos resultados.

Essa análise dos dados e a respectiva discussão dos resultados compõem o terceiro capítulo. Ele foi dividido em “percepção dos sujeitos em relação às abordagens com profissionais anteriores” – análise da qualidade da comunicação; “descrição da dor” – análise e classificação das metáforas; e “impactos da dor” - impactos gerais e específicos causados pela dor na qualidade de vida dos sujeitos.

Em se tratando das considerações finais é feito um breve percurso sobre a construção deste trabalho e um resumo dos resultados obtidos. Ainda na conclusão são discutidos possíveis desdobramentos desta dissertação e contribuição que se espera atingir.

Por fim seguem as referências bibliográficas e anexos. O anexo A é composto pelo instrumento de triagem inicial (Questionário Anamnético Simplificado – DMF), que foi aplicado com o objetivo de selecionar os sujeitos para a pesquisa. O anexo B caracteriza-se pelo roteiro de entrevista semi-estruturada utilizado para obtenção dos enunciados. O anexo C representa o modelo de transcrição do projeto NURC (PRETI, 2000), que foi escolhido para este estudo. E, finalmente, o anexo D que corresponde aos recortes das entrevistas gravadas e transcritas.

---

<sup>3</sup> Conceito básico da teoria de Lakoff e Johnson (2002).

# 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 1.1 DOR E LINGUAGEM

### 1.1.1 Dor e disfunção temporomandibular

*É uma dor constante, estressante. Ela dói muito, incomoda muito, assim como se osso estivesse se partindo, estralando, estralando, mexo com a boca aí estrala. Tem um momento até quando vou me alimentar e estrala, é horrível, é horrível, mesmo. É uma dor fina, incomodando, mexendo no ouvido.*  
(E15)

Segundo a *International Association for The Study of Pain – IASP* (CLASSIFICATION...,1994), a dor é uma experiência sensitiva e emocional, associada à lesão real ou potencial dos tecidos. Siqueira (2004) afirma que cada indivíduo<sup>4</sup> aprende a utilizar o termo dor através das suas experiências anteriores, que são, portanto, singulares. Embasando essa idéia, o autor afirma que o modo de expressar a dor varia, não somente com a diversidade das culturas, mas, também, dentro e uma mesma cultura, de um indivíduo para o outro.

Enquanto a dor aguda é um fenômeno transitório associado à lesão tecidual, presente ou potencial, a dor crônica, que serão as dores abordadas neste estudo, por outro lado, é uma condição persistente, mesmo após a cura da lesão (BRANDÃO, 1993). Isso se deve a impulsos anormais de pequena magnitude no cérebro, que produzem uma atividade auto-sustentada (CAMARGO, 2001).

Dor crônica é uma experiência mediada por elementos físicos, emocionais e cognitivos. O impulso doloroso, advindo de qualquer local do corpo, ascende para estruturas do tronco cerebral, sistema límbico, tálamo e diversas regiões do córtex (frontal, sensitiva, motora e inespecífica). Por sua característica prolongada torna-se o foco primário de atenção do doente. É um problema de saúde pública, pela alta ocorrência na população, alto custo e impacto negativo (GÓES; PIMENTA, 2005).

---

<sup>4</sup> Termo utilizado pelo autor.

Sua presença constante e duração prolongada são muito perturbadoras. Acarreta alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual, modificação do humor, baixa a auto-estima, pensamentos negativos, desesperança da vida, altera as relações familiares, de trabalho e de lazer (PIMENTA, 1999).

Nesse sentido, a dor aguda pode ser considerada um sintoma, enquanto a dor crônica é uma doença pois, embora possa se manifestar como sintoma de longa duração associado a outras doenças, pode também ocorrer isoladamente (MERSKEY; BOGDUK, 1994, *apud* KOSMINSKY, 2005).

Segundo dados da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor – SBED (DOR..., 2006), a incidência da dor crônica no mundo oscila entre 7% e 40% da população e como consequência da mesma, cerca de 50% a 60% dos que sofrem dela ficam parcial ou totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida.

Para Siqueira e Teixeira (2001, p. 16):

A ocorrência de dor, especialmente crônica, é crescente talvez em decorrência dos novos hábitos de vida, da maior longevidade do indivíduo, do prolongamento da sobrevivência dos indivíduos com afecções clínicas naturalmente fatais, das modificações dos meios ambientes e, provavelmente, do reconhecimento de novas condições álgicas e da aplicação de novos conceitos que traduzam seu significado.

A disfunção temporomandibular (DTM) constitui um termo genérico para designar alterações que afetam a articulação temporomandibular (ATM) e os músculos da mastigação (GAVISH *et al.*, 2002; WASSELL; ADAMS; KELLY, 2004), podendo ou não estar combinada com o comprometimento das estruturas anexas (EKBERG; VALLON; NILNER, 2002). Considera-se que essa disfunção é o principal fator etiológico de dor de origem não dental na região orofacial (HUTTA *et al.*, 1987; MOHL, 1993).

A etiologia das DTMs é complexa e multifatorial. Numerosos fatores podem contribuir para o desenvolvimento da DTM. Fatores que aumentam o risco para DTM são chamados de “fatores predisponentes”. Fatores que provocam o aparecimento da DTM são chamados de “fatores iniciadores” enquanto fatores que interferem na saúde ou na progressão da DTM, são chamados de “fatores perpetuadores” (OKESON, 2008).

Segundo Okeson (2008, p. 140), a literatura revela cinco principais fatores relacionados à DTM: condição oclusal, trauma, estresse emocional, dor profunda e atividades parafuncionais. Os fatores não são citados ou discutidos em ordem de importância, pois isso varia de paciente para paciente. Idéia que corrobora a necessidade de se estudar cada caso, cada sujeito individualmente para um melhor entendimento de sua dor.

Os principais sinais e sintomas que estão relacionados à DTM são: ruídos articulares, redução da amplitude e/ou alterações dos movimentos mandibulares, limitações funcionais, dores na musculatura mastigatória, na região pré-auricular e ou na própria articulação (GARCIA, 2000; TAUCCI; BIANCHINI, 2007).

Quanto ao sexo, Siqueira e Teixeira (2001) ressaltam que a procura assistencial à saúde por DTM é muito mais comum pelo sexo feminino. Segundo ele, essa situação assemelha-se a outras condições de dores crônicas como cefaléias primárias, lombalgias e fibromialgias. Em relação à idade, ocorre em todas as faixas etárias, subdivididas em grupos. A dor muscular parece ser mais freqüente na meia-idade, enquanto as anormalidades funcionais da própria articulação temporomandibular, como os deslocamentos do disco articular sem redução, são mais freqüentes em adultos jovens. Geralmente ocorre redução da dor por DTM com o avanço da idade (SIQUEIRA, 2001 In SIQUEIRA; TEXEIRA, 2001).

Estudos epidemiológicos como os de Solberg *et al.* (1979), que estudou 739 jovens de 19 a 25 anos, destacado por Okeson (2008, p. 132), demonstra que apenas dez por cento dos pacientes que possuem algum sinal clínico de DTM referem sintomas da doença. Esse dado parece importante, se for pensado que os sujeitos que procuram assistência estão inseridos nesse contexto reduzido, acometidos por sintomas de DTM, provavelmente, há muito tempo, antes da procura desse cuidado.

Conhecer a linguagem da dor do sujeito, ou seja, o modo de comunicar essa experiência, é conhecer o próprio sujeito, seus aspectos físicos, mentais, afetivos e culturais. E, de forma inversa, investigando esse sujeito, espera-se chegar mais perto da essência da dor, não a partir da perspectiva teórica oficial da ciência moderna, mas da experiência subjetiva do próprio homem. Essa dor, cheia de indefinições e vazia de conceitos seguros, faz-nos constatar quão pouco se sabe dela.

### 1.1.2 Impactos da dor na qualidade de vida

*“A gente não sente vontade de passear, de fazer lazer. Dá vontade só da pessoa ficar assim num canto, parada, quietinha. Eu saía, passeava, mas agora que eu mudei.”*

*“Eu não mastigo chiclete, não chupo pirulito, eu não rôo osso eu não gosto de nada duro. Incomoda bastante. Pra bocejar dói muito, uma dor fina. É horrível. É muito ruim mesmo. Agora mesmo tá doendo. Quando eu acordo pra escovar os dentes, dói. Quando eu vou falar dói.” (E 6)*

O impacto negativo da Disfunção Têmporomandibular na vida dos seus portadores está associado ao grau de severidade de muitos fatores psicossociais e psicológicos (LUCENA, 2004). Assim, devido à importância da cavidade bucal, em termos de ser básica para a alimentação, de expressar as emoções e de se comunicar, as manifestações da DTM e outras condições de dor orofacial fundamentam a hipótese de que essa doença tem um impacto significativo na qualidade de vida (MURRAY *et al.*, 1996).

Trata-se de uma dor a impedir os sujeitos de executarem muitas ações do dia-a-dia e de participarem de algumas interações sociais, podendo resultar em afastamento integral de muitas atividades, comprometendo a auto-estima e tendo a vida controlada por essa experiência (GRZESIAK, 1991).

Oliveira *et al.* (2003) também destacam que, além dos componentes físicos e químicos envolvidos no evento doloroso da DTM, devem ser considerados os aspectos subjetivos e psicológicos, pois são cruciais na compreensão da queixa dolorosa.

Instrumentos como o *Oral Impacts on Daily Performance* (OIDP), também estudados por Lucena (2004), destacam o impacto da dor orofacial em nove atividades da vida diária como o desempenho ao comer, falar, limpar a boca ou a face e dormir, aparência, estado emocional, realização de tarefas usuais e prática de atividades de lazer e de esporte. Essas atividades foram estudadas numa perspectiva clínico-quantitativa. Sendo a mesma fundamentada em instrumentos com categorias *a priori*, é relevante desenvolver um estudo que possa registrar

aspectos semânticos e lógicos *a posteriori* presentes na produção dos enunciados desses sujeitos.

Embora seja pequeno o número de estudos que documenta o impacto da DTM na qualidade de vida, utilizando questionários específicos ou ferramentas multidimensionais, outro trabalho que se destaca é o de Oliveira *et al* (2003) . Esse estudo teve o objetivo de descrever os relatos subjetivos de portadores de DTM sobre o impacto da dor em suas vidas. Entretanto, assim como o de Lucena (2004), que também pesquisou sobre os impactos da DTM na qualidade de vida, foi aplicado um instrumento objetivo. Será que se caracteriza um “relato” responder a perguntas objetivas, onde o entrevistador se mantém à distância, devendo ser solicitado apenas na presença de intercorrências ou dúvidas?

A relação entre dor e qualidade de vida deve ser avaliada predominantemente pelo sujeito que vive a experiência, distintamente de certas tendências de pesquisa que priorizam o papel de um observador, usualmente um profissional de saúde. Assim, há interesse em desenvolver métodos de estudo e de avaliação, através de instrumentos que considerem a perspectiva leiga, e não apenas a dos cientistas e profissionais de saúde (SLEVIN *et al.*, 1988).

### 1.1.3 Narrativas no campo da saúde

“Dizia que tinha que fazer a cirurgia, marcava e desmarcava, pois ele não tinha como resolver o meu problema. Não fiquei satisfeito. Porque o maxilar estralar, pode acontecer uma vez, mas estralou de novo, e ele continuou pensando o mesmo. E a dor lá.

“No seu caso é a raiz de um dente que incomoda” dizia ele, e não era. Porque eu continuava com dor. E tomava medicamento. E parcialmente melhorava a dor, mas voltava. Ele não conseguia explicar.”

(E17)

O campo da saúde utiliza como narrativa o relato dos sujeitos sobre a história de suas doenças, em especial no momento da anamnese<sup>5</sup>.

Nesse sentido, as narrativas podem ser definidas como tipo de discurso<sup>6</sup> onde são contados acontecimentos numa estrutura seqüencial, cuja forma mais elementar apresenta uma introdução, um desenvolvimento e uma conclusão. Costuma-se caracterizá-la como a descrição de um passado recente ou remoto, seja ele mítico ou histórico, ficcional ou realista, pessoal ou coletivo, entre outros (LANGDON,1994).

Autores como Silva e Trentini (2002) discutem que na análise das narrativas são buscados os usos da linguagem não visando apenas à informação, mas a realização de vários tipos de ação, entre eles o diálogo e a argumentação.

Os autores, a partir dos levantamentos da literatura e da sua experiência com o uso desse recurso no campo da enfermagem, classificam as narrativas em três grupos:

a) Narrativas breves – são narrativas sintéticas, contendo estrutura mínima de uma narrativa (começo, meio e fim), em que é facilmente identificada a seqüência do enredo e onde é focalizado um determinado episódio, como a descoberta da doença, um súbito mal-estar;

b) Narrativas de vivência: são mais amplas, incluindo a história da vivência de uma pessoa com a doença e vários episódios que, geralmente são colocados numa seqüência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como processo;

c) Narrativas populares: são as histórias contadas e recontadas entre pessoas de uma comunidade, podendo tornar-se lendas.

Para os estudos da lingüística a narrativa constitui-se de um texto escrito ou falado que conta uma história com uma série conexa de eventos, reais ou fictícios, de maneira mais ou menos ordenada (TRASK, 2004).

Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 342) alertam:

Para que haja narrativa, inicialmente é preciso a representação de uma sucessão temporal de ações; em seguida, que uma transformação mais ou menos importante de certas propriedades

---

<sup>5</sup> Histórico que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente. (DICIONÁRIO Houaiss da Língua Portuguesa, 2008).

<sup>6</sup> Qualquer fragmento conexo de escrita ou fala. (TRASK, 2004).



iniciais dos actantes seja bem sucedida ou fracassada; enfim, é preciso que uma elaboração da intriga estruture e dê sentido a essa sucessão de ações e eventos no tempo. A realização dessa última condição permite não confundir uma narrativa propriamente dita e uma simples descrição ou relato de ações ou retrato de uma personagem por seus atos.

Seguindo a mesma linha, Vieira (2001, p. 602) em seu artigo sobre o conceito da estrutura narrativa de Labov e Waletzky (1967) que define que um texto narrativo

inicia a partir de uma *Orientação* na qual são definidas as situações de espaço, tempo e características das personagens. Em seguida, ocorre uma *Complicação* através de uma ação que visa modificar o estado inicial e que dá início à narrativa propriamente dita. A narrativa, então, culmina no momento em que uma *Ação* transforma a nova situação provocada pela complicação ou em que uma *Avaliação* de nova situação indica as reações do sujeito do enunciado. A narrativa, então, chega a um *Resultado* em que é estabelecido um novo estado, diferente do estado inicial da estória. O final da narrativa se dá no momento em que é elaborada uma moral, a partir das conseqüências da história.

Nesse sentido, verifica-se que, em grande parte do que os autores da área de saúde chamam de narrativa, corresponde, na verdade, a uma descrição ou relato de fatos e situações.

Esclarecidos os pressupostos conceituais, vale ressaltar a importância dos relatos da descrição da dor e do impacto na qualidade de vida de seus portadores. Acredita-se que apenas através do entendimento da experiência<sup>7</sup> é possível acessar o caráter singular do sofrimento e direcionar o diagnóstico e a terapêutica levando em conta as peculiaridades de cada sujeito.

Abordando experiência, dois conceitos devem ser pontuados. Em primeiro lugar, apontar para uma definição da fenomenologia, mesmo considerando não ser esta a principal linha paradigmática neste trabalho, mas que contribui com a importante categoria de experiência. Segundo Schutz (1970, p. 318) trata-se do ponto de partida de toda consideração fenomenológica:

[...] é o essencial atual, ou imediatamente vivido, experiência que é o subjetivo, a fluência espontânea nas margens da experiência na qual os indivíduos vivem e através da qual, como margens da consciência, são trazidas todas essas experiências através de ligações espontâneas, traços de memória e outras experiências *a priori* [...]. No curso de sua vida, a pessoa compila um estoque de experiências com a qual está habilitado a definir as situações nas

<sup>7</sup> Considera-se aqui como experiência a forma de conhecimento abrangente, não organizado, ou de sabedoria, adquirido de maneira espontânea durante a vida.

quais ele se encontra e o guia para se conduzir através dessas experiências.

O outro conceito indica que esse “estoque de conhecimento”, inclusive no caso da experiência do sujeito ser portador de DTM, poderá se apresentar lingüisticamente através de uma determinada rede semântica que expressará certas unidades temáticas relacionadas ao fenômeno de ser portador de DTM. Importante destacar que o conceito de tema, que será mais profundamente abordado nos aspectos metodológicos, além de ser extremamente relevante em análises de conteúdo, é indispensável em estudos sobre propaganda, representações sociais, opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças (FRANCO, 2003).

Em se tratando da análise de conteúdo, Minayo (2006) aponta que a análise das narrativas pode apresentar as seguintes perspectivas: estar vinculada ao léxico, à expressão, às relações, à enunciação, às representações e aos temas pertinentes a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser graficamente representado por uma palavra, uma frase ou um resumo.

Tomar as entrevistas como técnicas de coleta de dados, objetivando o acesso à experiência da doença, não significa estabelecer uma equivalência ou uma redução da experiência ao discurso narrativo (ALVES; RABELO, 1999), mas constatar que existe uma vinculação estreita entre a experiência do sujeito e o que é dito por ele.

Para Lira, Catrib e Nations (2003), a narrativa pode ser usada no âmbito de uma estratégia de métodos combinados, onde ela provê, a partir de uma abordagem a um pequeno grupo de sujeitos, um atendimento em maior profundidade da realidade estudada, permitindo uma avaliação abrangente dos mesmos, tais como vivenciados no contexto da vida real.

Através da narrativa, destacam Jovchelovitch e Bauer (2000, p. 90-113), as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal.

Sendo, pois, esse processo de falar sobre a experiência uma atividade reflexiva que nos ajuda a conhecer os significados de determinados eventos localizados no

tempo pretérito, essa possibilidade evidentemente também nos ajuda a compreender as situações atuais (TURNER,1984). Nesse aspecto, junto a essa possibilidade de compreensão trans-temporal, tanto no passado quanto no presente, é somada uma outra trans-cultural, pois elas são “meta-códigos” que permitem uma tradução de outras realidades culturais e pessoais, facilitando um entendimento daquilo que se caracteriza como diferença (WHITE,1981).

Silva e Trentini (2002, p. 431) também escrevem que contar

histórias sobre a doença, portanto, é uma forma de tornar a experiência passada disponível para outros, que as recontarão, criando, então, uma rede de informações que permitirá sempre um novo contar sobre sua própria experiência a partir de outras experiências. [...] Ao serem registradas, essas histórias tornam-se disponíveis a ‘leitores’ múltiplos, abrindo, portanto, novas possibilidades de interpretações.

Geertz (1989), numa abordagem cognitiva da antropologia, considera que a própria totalidade do que se chama cultura é formada por uma rede de significados que o homem tece e que através dela fica constituído como sujeito. Torna-se, portanto, muito complexa a compreensão da totalidade dessa rede, vindo as narrativas a ser importantes instrumentos para entender realidades específicas, entre elas, o processo de adoecimento dos sujeitos.

Autores como Baumann (1977) abordam que, nesse contexto, existe uma interação entre o narrador e uma determinada audiência. Através disso, os sujeitos são capazes de ter uma melhor compreensão da experiência humana.

Essa compreensão é subjetiva, por conseqüência de sua dor, requer uma abordagem mais ampla que aquela que só se preocupa com dados da patologia. Entretanto, e infelizmente, para o modelo biomédico predominante da sociedade moderna, saúde e doença constituem fenômenos de ordem biológica, que devem ser tratados através de uma ação de natureza prioritariamente técnica.

As premissas básicas da perspectiva biomédica incluem a racionalidade científica; a ênfase na mensuração objetiva e numérica de dados bioquímicos; o mecanicismo; o dualismo corpo-mente; a visão da enfermidade como entidade ontológica (atribuindo-lhe uma identidade mórbida que é independente do sujeito e do contexto sociocultural em que está inserido) e a ênfase do diagnóstico e tratamento sobre o indivíduo doente em detrimento da família ou da comunidade (HELMAN, 2003).

Essas premissas, de acordo com Iriart (2003, p. 5),

refletem-se de várias formas na prática médica, por exemplo, no momento em que a desordem orgânica é percebida como verdadeiro objeto da medicina; quando a racionalidade científica despreza as dimensões emocionais e morais da aflição; quando o médico se coloca na posição de conhecedor ativo, deixando o paciente na condição de conhecedor passivo; e na despersonalização dos pacientes. Em especial a dificuldade dos médicos na escuta das queixas dos pacientes repercute de forma negativa na qualidade da relação terapêutica.

Na tentativa de compreender as dimensões objetivas e subjetivas da doença e valorizar a importância da experiência dos sujeitos, observam-se os conceitos da antropologia médica – *disease e illness*.

*Disease*, que pode ser relacionado à patologia, refere-se à doença tal como concebida pela biomedicina<sup>8</sup>, designando anormalidades na estrutura ou função dos órgãos ou sistemas orgânicos, e a estados patológicos independentemente de serem ou não culturalmente reconhecidos (KLEINMAN, 1980)

O conceito *illness* está relacionado à percepção e à experiência do paciente da patologia, independentemente de serem reconhecidos pela biomedicina como doença. Esse conceito é especialmente importante para este estudo, pois remete aos significados que o sujeito atribui aos sinais e sintomas corporais, que podem ou não ser interpretados por ele e por seu meio cultural como doença.

Segundo Good (1994) as narrativas *illness* são histórias sobre a vida dos pacientes e sobre o modo como essa doença é vivida, a forma de representação, de expressão e de construção dessa experiência, sendo isso pautado através das interações sociais, nas trocas de comunicação e de outras experiências intersubjetivas e nas reelaborações dos conceitos e das práticas.

Trata-se, então, do modo como a doença é trazida à experiência individual e se torna significativa para o sujeito pois, para que a pessoa se reconheça como doente, é necessário que ela interprete os sintomas experienciados como sinais de uma doença. Essa maneira de interpretar, assim como a forma de expressar, é fortemente influenciada pelo contexto cultural em que o sujeito está inserido.

Segundo Kleinman (1980), a cultura

---

<sup>8</sup> Medicina clínica baseada nos princípios das ciências naturais (biologia, bioquímica, biofísica etc). (DICIONÁRIO Houaiss da Língua Portuguesa, 2008.)

fornece as lentes através das quais será realizada a leitura dos sinais corporais. Influenciando a apreensão cognitiva dos sintomas, a cultura contribui para determinar se eles serão avaliados como irrelevantes, naturais e não indicadores de doença ou se, ao contrário, serão percebidos como algo que necessite ajuda terapêutica imediata.

Grande parte da dificuldade encontrada nas relações terapêuticas deve-se ao fato de que o objeto terapêutico do modelo biomédico é a intervenção no processo da doença, visando a cura da patologia (*disease*), sem considerar a sua dimensão subjetiva (*illness*).

Nesse sentido, acredita-se que a análise do conteúdo de entrevistas de sujeitos, ao descreverem sua dor, permite uma adequada integração e compreensão da experiência subjetiva do adoecer, expressa através do modelo *illness* com determinados contextos de vida, familiares, sociais, históricos, entre outros. E mais, esses relatos parece que, além de possibilitar um melhor entendimento do que acontece na vida dos sujeitos, como afirma Boehs (2000), também permitem uma reordenação dessa vida na realidade da doença.

#### 1.1.4 A interação médico/paciente

*“Não explicou tudo, porque os médicos têm esse lado. Ele falou que eu tava com problema na mandíbula, mas não explicou totalmente como, como eu ia me tratar. Só quando eu chegasse aqui. Eu fiquei assim... Como aconteceu? Por que ocorreu? O que vai fazer?”*  
(E14)

A atenção em saúde, mais do que em outros serviços, depende de um laço interpessoal particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). Entre esses atos, destaca-se a mais primorosa forma de estabelecimento de relações – a comunicação<sup>9</sup>. Essa não como um fenômeno de

---

<sup>9</sup> Refere-se à competência comunicativa trazida por Trask (2004, p. 58) que envolve mais que a competência no domínio da pronúncia, da gramática e do vocabulário, mas um conhecimento de coisas tais como modo de começar e terminar conversações, como e quando dirigir-se às pessoas.

mão única, do emissor ao receptor, mas como um sistema interacional. Nesse sistema importam não apenas os efeitos de comunicação sobre o receptor, como também os efeitos que a reação do receptor produz sobre o emissor (BARROS, 2005).

Bakhtin (2006, p. 117), tratando do processo de expressão, afirma que toda palavra:

comporta duas faces. Ela é determinada tanto pelo fato de que procede de alguém, como pelo fato de que se dirige a alguém. Ela constitui juntamente o produto da interação do locutor e do ouvinte. Toda palavra serve de expressão de um em relação ao outro. Através da palavra defino-me em relação ao outro, isto é, em última análise, em relação à coletividade. A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros. Se ela se apóia em mim numa extremidade, na outra se apóia sobre o meu interlocutor. A palavra é o território comum do locutor e do interlocutor.

Se por outro lado a palavra<sup>10</sup> não atinge seu objetivo de constituição do produto de interação entre locutor e interlocutor, o próprio processo de interação estará comprometido.

Uma das possibilidades da quebra desse processo pode ser atribuída à incompatibilidade de termos empregados pelos falantes sejam eles em nível lexical, sintáticos ou fonológicos. Um trabalho pioneiro da autora Inalda Rodrigues de Souza (2006), numa abordagem sociolinguística da interação médico/paciente, demonstra que perturbações com o enunciado existentes durante a conversação contribuem para transtornos de interação e comprometer a comunicação.

A autora alerta para a necessidade da existência de um ponto de domínio da situação de fala, um campo de perceptibilidade mútua acessível aos envolvidos nos “jogos de atuação comunicativa” para que, através de um desempenho linguístico estratégico consigam estabelecer a interação.

O uso do vocabulário técnico, utilizado pela maior parte dos profissionais de saúde, serve ao propósito de impor a diferença. E a pessoa termina por se deixar consultar como objeto e não como sujeito. Pertencente a uma “cultura do silêncio”, esse profissional pode calar, e o paciente, no sentido apontado por Freire (1980, p. 62), pode se apresentar “silencioso”, não por ter uma palavra inautêntica, mas por “seguir as prescrições daqueles que falam e impõem a sua voz”.

---

<sup>10</sup> No sentido de enunciado apontado por Bakhtin (2006).

Outra possibilidade que pode comprometer a conversação<sup>11</sup> e a quebra do processo de interação ocorre nas situações em que os participantes não têm o mesmo direito do uso da palavra. Koch (1997, p. 71), ao explicar a organização geral da conversação, considera interações assimétricas as entrevistas, consultas, palestras, ou seja, situações em que um dos parceiros detém o poder da palavra e a distribui de acordo com a sua vontade.

Seguindo a mesma idéia, Marcuschi (2003, p. 16) destaca que, para produzir e sustentar uma conversação, duas pessoas devem partilhar um mínimo de conhecimentos comuns, tais como aptidão lingüística, envolvimento cultural e o domínio das situações sociais. Ele diz “que os esquemas comunicativos e a consecução de objetivos exigem compartilhamento e aptidões cognitivas que superam e muito o simples domínio da língua em si.”

A assimetria nas relações comunicativas está intimamente ligada às relações de poder. Dados de estudos realizados nessa área (BECKMAN *et al.* apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004) demonstram que 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema. E como é possível o entendimento da experiência do outro sem a escuta dessa experiência?

Pupo *et al.* (2003) confirmam esses estudos e afirmam que são numerosas as dificuldades no interrogatório médico. O estilo atual de entrevista é bastante “controlado”. O médico normalmente fala mais que o enfermo<sup>12</sup>, além de ser um interrogatório muito dirigido, pois é baseado em perguntas diretas e erroneamente respaldado pela elevada confiabilidade nos exames complementares.

Lira, Catrib e Nations (2003) também destacam que, entre o profissional de saúde e o paciente, evidencia-se uma inadequação da interação e que essa relação é dirigida pela perspectiva do profissional de saúde, sendo excluída a do paciente, a sua experiência do adoecer e, em consequência, seus enunciados.

Acredita-se que parte da “culpa” deve ser atribuída às questões de gestão na área da saúde, o que se pode deduzir da literatura científica que analisa o fato dos

---

<sup>11</sup> No sentido da Análise da Conversação abordada por Marcuschi (1986) e Koch (1997) que, fundamentada pelo conceito da interação, com caráter globalizante e dinâmico, tem por princípio trabalhar com dados reais, analisados em contexto natural de ocorrência.

<sup>12</sup> Termo utilizado pelo autor.

profissionais, obedientes às normas administrativas, serem compelidos a adotar atitudes técnicas sob controle burocrático, sem a devida autonomia necessária para o estabelecimento de uma interação médico/paciente satisfatória (MACIEL-LIMA, 2004).

Destacar a importância da escuta do sujeito, isto é, tornar a interação a mais simétrica<sup>13</sup> possível, é compreender a complexidade do processo de sofrimento que não deve ficar restrito apenas ao corpo físico.

A relevância da compreensão dessa experiência dos sujeitos com DTM se conclui a partir da constatação de que a dor crônica da boca ou da face pode ser comparada a outros tipos de dores crônicas que afetam o ser humano. É multifatorial, produz disfunções neuronais, afeta o comportamento, favorece o surgimento de quadros psicológicos ou psiquiátricos, provoca incapacidades e altera o convívio familiar e social. Portanto, é uma dor que provoca impactos significativos na vida do sujeito.

Por outro lado, um ponto que distingue a dor na face das demais dores crônicas deve ser ressaltado. Quando o sujeito apresenta uma lesão ou sensação de dor em determinada parte do corpo, essa dor é representada por uma “fisionomia de dor”, grito, etc. Se a dor for localizada na boca ou na face, será coincidente com o local de representação. Sobre isso é elaborado o seguinte comentário:

Estranhas dores na boca. Estranha estrutura, a boca. Abriga funções indispensáveis à vida e expressa nossas emoções mais íntimas. O paradoxo é que essa mesma boca parece não conseguir exprimir o seu próprio sofrimento. Por isso, inspirado na frase inicial, creio que as dores da boca são “dores mudas”, gritos silenciosos que não têm eco, não encontram respostas, causam apenas espanto, incredulidade e indiferença. (SIQUEIRA, 2004, p. 9).

Então, surgem algumas perguntas. Como escutar “dores mudas”? Qual é a melhor estratégia para realizar essa “escuta”? Uma resposta parece clara, através dos enunciados do sujeito portador de DTM sobre as experiências e impacto desse sofrimento.

Existe uma linguagem e um método que os sujeitos utilizam no campo do senso comum para dar sentido ao mundo e poder se comunicar, expressar seus

---

<sup>13</sup> Marcuschi (1986) e Koch (1997) consideram “assimétrica” a comunicação e que vários participantes têm supostamente o mesmo direito à auto-escolha da palavra, do tema a tratar e de decidir sobre seu tempo.



estados e realizar suas ações no cotidiano (COULON, 1995). E é através dessa linguagem que os sujeitos com DTM têm possibilidade de expressar seu sofrimento, suas experiências e suas limitações em decorrência da presença da dor, e o profissional de saúde tem a obrigação de “escutar”.

Uma das tarefas desse profissional, que se propõe a assistir sujeitos que sofrem de dor crônica, deveria ser a interpretação do significado dos enunciados na situação terapêutica e mais ainda do significado da dor para a pessoa a quem se trata. Uma busca não deve se apoiar apenas nos sinais e sintomas da patologia, mas nos sentidos do que seja a dor e como as ações comunicativas em conjunto (terapeuta/paciente) podem provocar mudanças no respectivo processo clínico-terapêutico.

Para que o indivíduo passe a estar presente na relação como sujeito de sua dor e não como simples paciente que sofre suas conseqüências — como objeto que se deixa tratar — parece ser necessária uma mudança da visão do profissional de saúde, destacando a importância do papel da comunicação a auxiliar a compreensão crítica do problema.

Na interface<sup>14</sup> médico/paciente, um processo educativo e terapêutico pode e deve se desenvolver. Esse implica em movimento de intersubjetividade, pois é nas trocas de palavras que se compreende melhor o que se quer entender. O entendimento e o sucesso da interação possibilitam não somente a compreensão do profissional de saúde acerca das dificuldades do paciente mas, sobretudo, a eficácia do efeito do discurso médico sobre as recomendações e prescrições necessárias ao processo curativo. Nessa relação é que se forma a consciência sobre o problema, a partir dos significados a esse respeito, na troca entre o profissional e o paciente (FELÍCIO, 1994).

Nesse sentido, a Ciência da Linguagem tem muito a contribuir para o entendimento dos sentidos, dos processos comunicativos e, sobretudo, para a compreensão da realidade da dor de cada sujeito através de seus enunciados.

Acredita-se que um dos vieses no aprimoramento da interação médico/paciente possa vir a ser a utilização, por parte dos profissionais de saúde, de estratégias na compreensão dos enunciados das entrevistas ou atividades terapêuticas como, por

---

<sup>14</sup> Área em que coisas diversas (dois departamentos, duas ciências etc) interagem. (DICIONÁRIO Houaiss da Língua Portuguesa, 2008).

exemplo, o uso das metáforas. Trata-se de uma “engenhosidade semântica<sup>15</sup>” que nos permite compreender não apenas “novos” usos de um mesmo item lexical, mas também a plasticidade de um mesmo item lexical em diferentes contextos de uso (OLIVEIRA, 1997).

### 1.1.5 Metáforas e aspectos sobre a descrição da dor

*“É uma dor repuxando. Ela vem repuxando na frente do ouvido. No ouvido dá aqueles pontinhos assim, como se tivesse repuxando. Só que aquela dorzinha bem fina, entendeu? Que viesse vindo dali / dá aquela dorzinha e sobe. Não é todo dia. O dia que eu tô assim parada, aí dá aquela coisinha assim de dentro, aí depois dá um beliscãozinho do mesmo jeito, aquela dorzinha fina que eu tenho que colocar a mão assim, porque é aquela dor assim, que incomoda mesmo, chata.” (E18)*

De acordo com Canolla (2000), tradicionalmente as metáforas estiveram associadas à Arte Retórica e à Arte Poética de Aristóteles e, desde então, os estudos vinham percorrendo dois caminhos distintos. Um relacionado à filosofia do conhecimento e às operações do espírito e outro vinculado à oratória e à crítica literária. Nesse sentido, durante muito tempo e ainda hoje há os que defendam essa idéia. A linguagem objetiva e literal seria mais apropriada para a ciência. A metáfora deveria ser considerada como um ornamento lingüístico, uma figura de linguagem mais útil, então, para a poesia e a literatura.

Há mais de dois milênios, as metáforas vêm sendo tratadas como um fenômeno lingüístico, sem valor cognitivo. A partir da década de 70, o conceito de metáfora, baseado no racionalismo aristotélico, tem sido combatido em prol de novas visões, entre elas uma que enfoca o emprego da metáfora nas mais diversas

---

<sup>15</sup> Termo utilizado por Oliveira (1997) que diferencia a “engenhosidade semântica”, descrita por ela como capacidade de construir relações de similaridades e melhor percebida na interpretação de metáforas inovadoras, da “criatividade sintática”, apresentada por Chomsky.

manifestações do uso da linguagem no dia-a-dia. Dentre elas destaca-se a teoria conceptual de Lakoff e Johnson que será mais bem descrita ao final deste capítulo e é também a principal referência teórica desta dissertação, no que se tratar de metáforas.

Como foi dito, é no século XX que se iniciam as primeiras transformações. Nesse século, o dogma da metáfora como figura retórica com todas as suas implicações (RICOEUR, 2000) começa a ser questionado. Mas, é a partir da década de 1970, que se dá de forma mais ampla e marcante a mudança paradigmática, que leva a uma reformulação profunda na maneira de conceber a objetividade, a compreensão, a verdade, o sentido e a metáfora (ZANOTTO *et al.*, 2002).

No novo paradigma, a metáfora passa a ter seu valor cognitivo reconhecido, mudando de *status* de uma simples figura de retórica para o de uma operação cognitiva fundamental.

Gauthier (2004), na perspectiva sócio-poética, complementa que assim como o processo comunicativo, a metáfora gera novas categorias do conhecimento, altera nossa compreensão e, sobretudo, realiza um deslocamento no pensamento, uma “fuga criadora”<sup>16</sup> em direção a terras novas. Ela favorece processos intelectuais intuitivos.

Em se tratando da experiência caótica da dor, esta passa a ser, então, lingüisticamente possível de ser formatada através de imagens que lembrem as experiências físicas como queimar, perfurar, pisar, formigar, entre outras. É a sensação tomando forma, adquirindo significado e possibilitando o entendimento do interlocutor através do compartilhamento dos “conceitos metafóricos”.

Camargo (2001), numa abordagem clínica, afirma que a dor é descrita de modo diferente, conforme a linguagem habitual do doente<sup>17</sup>, mas sempre salientando a intensidade e o sofrimento que provoca. No caso da neuralgia do trigêmio<sup>18</sup> é referida como sensação de sucessivas pontadas, facadas, queimor, choques elétricos, relâmpagos ou penetração de calor de forte intensidade na face. É comum,

---

<sup>16</sup> Termo utilizado pelo autor que nos remete a uma “nova perspectiva de compreensão”.

<sup>17</sup> Os profissionais de saúde habitualmente referem-se ao paciente, ou aquele que se encontra em tratamento, como “doente”.

<sup>18</sup> Patologia que se caracteriza por fortes dores fortes na face.

segundo ele, ser comparada a ferroadas, contato com ferro quente, anzóis, eletricidade ou milhares de agulhas penetrando a face.

Pimenta (2001) ressalta que dor é um fenômeno que não pode ser objetivamente mensurado. Talvez, complementa a autora, esse seja um dos aspectos mais frustrantes e limitantes para o clínico e o pesquisador em dor. A avaliação da dor constitui aspecto ainda não completamente equacionado e, certamente, fator de confusão da caracterização das síndromes dolorosas e nos resultados dos tratamentos e de pesquisa.

Entretanto, na tentativa de auxiliar a mensuração, várias escalas de representações gráficas, sejam elas numéricas, com descritores verbais, com expressões faciais ou equivalentes, já foram descritas e são bastante utilizadas.

Mas o problema não é apenas referente à quantificação da dor, mas também à caracterização em relação à sintomatologia. São inúmeros os fatores que contribuem para o diagnóstico da dor: o exame clínico, a observação do comportamento doloroso e de posturas, agitação motora, expressão facial etc. Contudo, a história do quadro algico e as correlações feitas a partir do relato do sujeito são indispensáveis para a compreensão da fisiopatologia da queixa dolorosa.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Pimenta (2001, p. 120) diz que:

a qualidade sensorial (calor, fígada, choque, puxão, formigamento) e afetiva (exaustiva, pavorosa, maldita) da dor podem ser investigadas, solicitando-se ao doente que descreva como é sua dor, com o quê ela se parece, que tipo de sensação e emoção induz por meio de relato livre ou de modo sistemático, via inventários. O tipo de sensação relatada pelo doente pode proporcionar melhor compreensão do quadro algico [...]

A solicitação da descrição da dor foi utilizada nesta pesquisa com o objetivo de fazer um levantamento sobre como os sujeitos descrevem o sofrimento de ser portador de dor na face.

Um questionário de dor que descreve, discrimina e mensura as diferentes dimensões da experiência dolorosa é o de McGill, que teve seus descritores adaptados para língua portuguesa em 1996 por Pimenta e Teixeira.

O quadro abaixo demonstra uma versão reduzida do questionário McGill, que se apresenta dividido em quatro categorias: sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea.

**Quadro I – Versão reduzida do Questionário de Dor McGill**

<i>Categorias</i>	<i>Descritores</i>
<b>Sensorial</b>	Latejante Pontada Choque Aguilhada Fina Aperto Cólica Fisgada Queimação Formigamento Ferroada Dolorida Pesada Sensível
<b>Afetiva</b>	Cansativa Exaustiva Enjoada Sufocante Amedrontadora Apavorante Aterrorizante Miserável Enlouquecedora
<b>Avaliativa</b>	Incômoda Insuportável
<b>Miscelânea</b>	Espalha Aperta Repuxa Aborrecida Torturante

**Fonte:** Pimenta (2001, p. 122)

Talvez a categorização dos descritores facilite o estabelecimento do diagnóstico, pois a definição das sensações restringe as possibilidades e auxilia o entendimento do profissional de saúde.

Por outro lado, observa-se que os descritores ressaltados por McGill e presentes nos relatos dos pacientes com dor nada mais são que metáforas da dor, isto é, características conceituais que permite o compartilhamento da informação, “compreender e experienciar uma coisa em termos de outra”<sup>19</sup> e dessa maneira poder “ter acesso” à experiência do outro.

Esse compartilhar de metáforas é, sem dúvida, um relevante instrumento na construção do diagnóstico mas, principalmente, para o entendimento da experiência do sujeito que sofre.

Alves e Rabelo (1999, p. 173), ao falarem das narrativas de aflição, que podem ser estendidas a outras narrativas, inclusive as da dor, dizem que:

as metáforas desempenham papel central, constituem estratégias de inovação semântica, que estendem sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo assim uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente. Tecidas em uma narrativa, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento: permitem aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva, de modo a transmiti-la aos outros — familiares, amigos, terapeutas — e a desencadear nestes uma série de atitudes condizentes com uma nova situação apresentada.

Trata-se, portanto, de uma abordagem teórica vinculada ao paradigma cognitivo que está presente em psicologia, antropologia, filosofia da ciência, biologia, neurociência e outras disciplinas afins, cujo atributo é justificado pela Lingüística Cognitiva. Este atributo pauta-se, por sua vez, pela concepção de que a interação com o mundo é mediada por estruturas informativas na mente (SILVA, 2004).

Em relação a conceitos mais específicos nos estudos da linguagem, Gibbs (1994) fundamenta sua visão de metáfora como estrutura conceitual, que prediz que o "nosso sistema conceitual, em termos do qual, nós pensamos, falamos e agimos, é de natureza fundamentalmente metafórica".

Nardi (1997) complementa que as metáforas lingüísticas que permeiam a linguagem humana em todas as suas manifestações (linguagem científica, poética,

---

<sup>19</sup> Conceito básico da teoria de Lakoff e Johnson (2002).

escrita, oral, gestual ou visual, dentre outras) não são geradas de forma arbitrária pela comparação aleatória de quaisquer dos domínios do conhecimento, mas refletem um conjunto restrito de mapeamentos conceituais metafóricos que estruturam nosso pensamento, raciocínio e compreensão.

Lakoff e Johnson (2002) destacam-se nos estudos das metáforas por terem feito uma ampla análise dos enunciados da linguagem cotidiana e terem descoberto que a nossa linguagem revela um imenso sistema conceptual metafórico, que rege também nosso pensamento e nossa ação.

Os autores se apóiam em exemplos como “discussão e guerra”, “tempo é dinheiro” e outros para fundamentar seu conceito de metáfora, que consiste em “compreender e experienciar uma coisa em termos de outra”. Eles afirmam que quando se diz: “nunca o **venci** numa discussão” ou “suas afirmações são **indefensáveis**”, o conceito guerra aparece não somente na forma de falar, mas nas formas de pensar e agir.

Isso se fundamenta na percepção de que “a metáfora não está meramente nas palavras que usamos - está no próprio conceito da discussão”<sup>20</sup>.

Finalmente, o foco central da teoria conceptual da metáfora que Lakoff e Johnson<sup>21</sup> defendem em sua obra “Metáforas da Vida Cotidiana” é a de que, ao contrário do que se divulgou até então, elas fazem parte da linguagem cotidiana e não apenas da poesia e da retórica. Têm valor cognitivo, estatuto epistemológico e são essenciais ao nosso processo de conceptualização do mundo.

Dessa forma, essa teoria foi escolhida para embasar a discussão deste trabalho no tocante à descrição da dor, pois deixa evidente a sistematicidade dos conceitos metafóricos e viabiliza a possibilidade de agrupá-los em decorrência de suas similaridades conceituais.

As metáforas não são arbitrárias, mas baseadas na experiência física e cultural que temos. Elas têm a ver com noções espaciais, com a vivência política, a experiência estética, a comunicação, a autocompreensão, enfim, com a forma do sujeito ser e se relacionar com o mundo. Nesse aspecto, o corpo é uma referência a partir da qual entramos em relação com este mundo exterior e, com base nessa

---

<sup>20</sup> LAKOFF; JONHSON, 2002, p. 48.

<sup>21</sup> Op. cit., 2002.

relação, organizamos conceitos coerentes com a cultura na qual estamos inseridos (LAKOFF; JOHNSON, 2002)

De acordo com a terminologia desenvolvida pelos autores supracitados, destacam-se as principais definições para serem utilizadas neste estudo:

- 1) Orientacionais: Estão relacionadas com a orientação espacial do tipo: para cima – para baixo, dentro – fora, frente – trás, em cima de – fora de, fundo – raso, central – periférico. Essas orientações espaciais surgem do fato de termos os corpos que temos e do fato de eles funcionarem da maneira como funcionam no nosso ambiente físico. Exemplo: Ele está **pra cima**.
- 2) Ontológicas: Compreendem as experiências que as pessoas têm em termos de objetos e substâncias. Permite que seja selecionadas partes da experiência e tratá-las como entidades discretas ou substâncias de uma espécie uniforme. Exemplo: A acidez das suas palavras causou mal estar.
- 3) Personificadas: Os objetos físicos e as experiências são concebidos como pessoas. Isso nos permite compreender uma grande variedade de experiências concernentes a entidades não-humanas em termos de motivações, características e atividades humanas. Exemplo: Este trabalho **traiu** minhas expectativas.

Acredita-se que a compreensão dos sentidos e dos conceitos metafóricos, através da possibilidade de uma classificação lingüística baseada na teoria conceptual das metáforas, poderá contribuir de maneira objetiva à atuação clínica dos profissionais que desejem compreender a dor, facilitando o diagnóstico e direcionando a terapêutica.



## 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 2.1 A PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e exploratória, partindo de uma determinada problematização, sem a construção prévia de hipóteses. Essa se fundamenta na pergunta sobre a contribuição do estudo dos enunciados e suas metáforas, entre portadores de DTM para uma melhor compreensão da experiência de sofrimento, do impacto na vida e no aprimoramento da comunicação com esses sujeitos.

Considerar este estudo como exploratório, fundamenta-se na observação de que somente a partir das primeiras coletas e análises foi possível identificar as categorias mais evidentes, ou seja, quais aspectos dos enunciados dos sujeitos com DTM melhor retratam a respectiva experiência de dor.

Trata-se de um estudo que envolve empiricamente a comunicação dos sujeitos com a pesquisadora, tendo como base as tarefas de descrição, análise e interpretação das mensagens/enunciados dos mesmos sobre a experiência da dor e do impacto nas suas condições de singularidade.

### 2.2 CAMPO

O campo da pesquisa foi o Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO) da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) – Universidade de Pernambuco (UPE).

Fundado em 1995, o CCDO é um serviço que tem como finalidade cuidar das dores orofaciais na sua área de extensão, desenvolvendo ainda atividades de ensino e de pesquisa. A filosofia de trabalho é ver o paciente como um todo, sendo avaliadas, dentro do seu contexto, as questões biopsicossociais. Com uma abordagem interdisciplinar, objetiva promover a redução dos sintomas presentes,

com a maior brevidade possível, recuperando o paciente para o desenvolvimento de suas atividades e convívio social.

Nas atividades de extensão são realizados atendimentos aos pacientes portadores de Disfunções Temporomandibulares e outras dores orofaciais. A gama de serviços prestados à comunidade é diversificada, variando desde as múltiplas modalidades terapêuticas da prática odontológica até grupos de apoio dirigidos por profissional especializado.

## 2.3 SUJEITOS

Os dezoito sujeitos desta pesquisa foram escolhidos a partir de critérios clínicos e socioculturais, ou seja, por possuírem sintomatologia semelhante de dor orofacial e fazer parte de um grupo social homogêneo, enquanto usuário do setor público de saúde, minimizando as variantes decorrentes dessas disparidades que poderiam propiciar vieses na análise dos resultados.

Com o objetivo de garantir a privacidade dos participantes, seus nomes foram substituídos pela letra “E” (Entrevistado) seguidos de número de identificação.

### 2.3.1 Critérios de inclusão

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico de portador de DTM, segundo índice anamnésico do Questionário Anamnésico Simplificado - DMF (FONSECA *et al.*, 1994), aplicado pela secretária do Centro e descrito a seguir, nos instrumentos;
- Apresentarem respostas positivas referentes ao tempo de duração (mais de três meses antecedentes ao primeiro atendimento no CCDO-FOP-UPE) e frequência da dor (a dor permanece o tempo todo ou aparece e desaparece);

- Estarem participando pela primeira vez de um estudo dessa natureza para garantir a efetividade e espontaneidade das respostas.

### **2.3.2 Critérios de exclusão**

Foi adotado como critério de exclusão apenas os sujeitos que apresentassem discurso vago a ponto de comprometer a aplicação do questionário desta pesquisa.

Os sujeitos que, por algum motivo, não fossem selecionados para participar da população deste estudo seriam atendidos no CCDO-FOP-UPE, sem qualquer prejuízo na qualidade do atendimento, respeitando os preceitos éticos da Declaração de Helsinque VI e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

### **2.3.3 Perfil dos sujeitos da pesquisa**

Participaram deste estudo 18 (dezoito) sujeitos, de ambos os sexos que procuraram assistência odontológica no CCDO no período de junho a agosto de 2007.

A faixa etária variou entre 14 (quatorze) e 64 (sessenta e quatro) anos de idade, com idade média de 30,3 anos de idade.

Em relação ao sexo, participaram 12 mulheres e 06 homens.

No critério escolaridade houve predominância de Ensino Médio completo (seis sujeitos), seguida por Ensino Fundamental completo (cinco sujeitos). Em seguida, com igual número de 03 sujeitos, Ensino Fundamental e Médio incompletos. Há apenas um caso de Ensino Superior Incompleto.

A renda familiar variou de R\$ 300,00 a R\$ 2.000,00, com média de R\$ 740,00.

**Quadro II – Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa**

<b>Sujeitos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Renda Familiar</b>
<b>E1</b>	Masculino	64 anos	Ensino Fundamental incompleto	R\$760,00
<b>E2</b>	Feminino	19 anos	Ensino Médio completo	R\$760,00
<b>E3</b>	Feminino	37 anos	Ensino Fundamental completo	R\$420,00
<b>E4</b>	Feminino	42 anos	Ensino Médio completo	R\$500,00
<b>E5</b>	Feminino	17 anos	Ensino Médio incompleto	R\$800,00
<b>E6</b>	Feminino	48 anos	Ensino Fundamental completo	R\$450,00
<b>E7</b>	Feminino	25 anos	Ensino Médio completo	R\$500,00
<b>E8</b>	Masculino	23 anos	Ensino Médio incompleto	R\$380,00
<b>E9</b>	Masculino	14 anos	Ensino Fundamental incompleto	R\$395,00
<b>E10</b>	Feminino	18 anos	Ensino Médio incompleto	R\$300,00
<b>E11</b>	Feminino	22 anos	Ensino Superior Incompleto	R\$2.000,00
<b>E12</b>	Masculino	34 anos	Ensino Médio completo	R\$760,00
<b>E13</b>	Masculino	21 anos	Ensino Fundamental completo	R\$400,00
<b>E14</b>	Feminino	29 anos	Ensino Médio completo	R\$800,00
<b>E15</b>	Feminino	39 anos	Ensino Fundamental completo	R\$2.000,00
<b>E16</b>	Feminino	32 anos	Ensino Fundamental incompleto	R\$600,00
<b>E17</b>	Masculino	19 anos	Ensino Médio completo	R\$700,00
<b>E18</b>	Feminino	43 anos	Ensino Fundamental completo	R\$800,00

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

## 2.4 INSTRUMENTOS

### 2.4.1 Triagem

Os sujeitos da pesquisa participaram de uma triagem inicial, através da aplicação do Questionário Anamnésico Simplificado - DMF (ANEXO A), previamente selecionados na admissão ao CCDO. Este foi validado, sendo composto por 10 perguntas, com alternativas: sim (S), não (N) ou às vezes (AV). Com base nesse índice anamnésico, para cada resposta positiva (S) contam-se 10 (dez) pontos; para cada resposta negativa (N) 0 (zero) ponto e para cada resposta alternativa (AV), 05 (cinco) pontos (FONSECA *et al.*, 1994).

Os participantes que obtiveram a pontuação entre 0 a 15 pontos, foram classificados como não portadores de DTM, sendo descartados da pesquisa, porém serão atendidos no CCDO FOP-UPE, sem haver nenhum prejuízo ou dano para os mesmos. Aqueles que obtiveram pontuação a partir de 20 foram classificados como portadores de DTM e selecionados como sujeitos da pesquisa.

### 2.4.2 Roteiro de entrevista semi-estruturada

Tratou-se de uma entrevista semi-estruturada cuja principal finalidade foi a constituição do *corpus*. Ela partiu de

certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas (TRIVIÑOS, 1987,p.146).

O roteiro de entrevista foi dividido em dados sócio-demográficos básicos e dados relativos ao tema em foco (ANEXO B).

Na construção desse roteiro, as respectivas perguntas-estímulo foram elaboradas a partir de algumas perguntas baseadas no questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II* (RDC) já validado através de adaptação cultural (KOSMINSKY *et al.*, 2004)

## 2.5 A CONSTITUIÇÃO DO *CORPUS*

O *corpus* foi constituído através da gravação digital da entrevista dos pacientes que procuraram o Centro de Controle da Dor e foram selecionados pelo questionário DMF, como portador de DTM por mais de três meses, com a pesquisadora. Do universo de enunciados coletados e transcritos, foram selecionados os dados obtidos relacionados às questões referentes aos temas propostos (ANEXO D).

O modelo de transcrição utilizado seguiu o padrão de transcrição do projeto NURC (PRETI, 2000) (ANEXO C).

## 2.6 A ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados se fundamenta na análise de conteúdo, que foi a sistemática escolhida para categorizar os enunciados. Segundo Bardin (1995, p.31), essa análise é um método

empírico, dependente do tipo de 'fala' a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis.

Nesse sentido, a análise dos enunciados buscou o que foi dito, os sentidos e a lógica do entendimento da dor na perspectiva do sujeito, relatada através desses enunciados.

Foi feita opção de selecionar categorias no território lógico-semântico dos sujeitos, onde o alcance da análise de conteúdo está, também, vinculado à função de um classificador. Trata-se de uma classificação lógica dos conteúdos manifestos, após a análise e interpretação dos valores semânticos desses mesmos conteúdos.

Dessa forma, foram utilizadas unidades de análise, consideradas categorias teóricas e metodológicas, apontadas por Franco (2003) como estratégias na análise de conteúdo – a unidade de registro.

Nessa pesquisa, como unidade de registro, foi escolhido o *tema*, que pode ser uma frase, uma palavra ou um parágrafo. Apesar de apresentar algumas limitações, como a exigência de muito tempo para a coleta dos dados e a dificuldade de sua identificação, ele é considerado a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo.

Os temas emergiram do conteúdo das entrevistas, ou seja, das respostas, e implicaram numa articulação constante com as categorias empíricas do senso comum e com as categorias analíticas do referencial teórico.

Importante destacar que nos enunciados de cada um dos dezoito sujeitos nem sempre foram encontrados todos os temas abordados na presente dissertação. Nisso fica incluso, como ilustração, o quadro referente à percepção dos sujeitos em relação às abordagens profissionais anteriores, onde três deles não fizeram menção a tratamentos anteriores e por isso não foram incluídos na referida discussão.

Ocorreram três níveis de construção da análise:

1º Nível: A partir do roteiro de entrevista semi-estruturada foram elaborados eixos temáticos fundamentados *a priori* pelo pesquisador;

2º Nível: Os temas que surgiram na produção empírica *a posteriori* foram definidos como unidades temáticas (UT), devidamente conceituadas e classificadas. Importante frisar que nas UTs emergentes das respostas relacionadas com a

descrição da dor, destacou-se a presença de metáforas, cuja análise/classificação foi embasada pela teoria de Lakoff e Johnson (2002);

3º Nível: As unidades temáticas foram quantificadas de modo absoluto como frequência de ocorrência (FO).

Com a necessidade da inclusão de alguns indicadores de frequência recorreu-se a uma análise quantitativa sistemática para que fosse possível identificar a frequência absoluta dos temas escolhidos e a proporcionalidade de sua menção em relação a outros temas igualmente presentes, como sugere Franco (2003).

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados e discussão foi dividida em três partes relacionadas ao tema linguagem e dor na DTM. A primeira refere-se à representação que os sujeitos fazem dos tratamentos anteriores. Na segunda parte, são apresentados e discutidos os dados referentes à descrição da experiência da dor. Por fim, na terceira, a comunicação desses sujeitos sobre o impacto da dor no seu dia-a-dia.

#### 3.1 PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS EM RELAÇÃO ÀS ABORDAGENS PROFISSIONAIS ANTERIORES.

Siqueira (2004, p. 38) alerta que a avaliação do paciente com dor crônica não é uma tarefa fácil, pois as alterações emocionais, ansiedade, frustrações com tratamentos anteriores e desilusões com profissionais são bastante freqüentes. Acredita-se que o estudo e o aprimoramento das relações comunicativas entre médicos e pacientes possa tanto auxiliar a avaliação desses pacientes como também tornar o processo terapêutico mais educativo e eficaz.

O material que foi selecionado e, portanto, analisado e discutido a seguir, aborda a percepção que os sujeitos elaboram e relatam das abordagens anteriores.

Os enunciados dos sujeitos sobre o “olhar” deles em relação ao modo da interação anterior com profissionais de saúde foram agrupados em cinco unidades temáticas (UT): “Explicou” (06FO), que se refere aos esclarecimentos técnicos dos profissionais aos pacientes sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento; “encaminhou” (04FO), refere-se aos relatos em que os sujeitos foram apenas encaminhados a outros serviços; “abordagens distintas” (02FO), que é a unidade temática correspondente aos enunciados a ressaltarem mais de um tipo de abordagem; “não diagnosticou” (02FO), refere-se aos enunciados acerca dos profissionais que por algum motivo não conseguiram diagnosticar o problema; e,



finalmente, “tratou sem explicar” (1 FO), que corresponde ao relato em que o sujeito destaca ter sido submetido à primeira abordagem sem qualquer tipo de explicação.

**Quadro III** – Unidades temáticas da percepção dos sujeitos em relação às abordagens anteriores com profissionais de saúde

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
1) Explicou	06FO
a. Com encaminhamento	05FO
b. Com envolvimento	01FO
2) Encaminhou	04FO
3) Abordagens distintas	02FO
4) Não diagnosticou	02FO
5) Tratou sem explicar	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Em seis do total das 15FO encontra-se a unidade temática “explicou”. Esse dado parece indicar a existência de um esclarecimento do profissional em relação à DTM junto ao respectivo encaminhamento ao especialista. Por sua vez, esse tema “encaminhamento” surge com mais frequência nos enunciados, sendo, provavelmente, fruto do reconhecimento profissional em torno da necessidade do tratamento ser conduzido por um profissional especializado.

A dificuldade diagnóstica é uma marca nos relatos de sujeitos com DTM. Mesmo nos profissionais que “encaminham”, não fica claro o parecer desses profissionais em relação à patologia. É comum a frase: — “Aqui não se trata isso não”. Também é característica a peregrinação entre vários profissionais pela busca do diagnóstico. A unidade temática “abordagens distintas” representa justamente os relatos em que os sujeitos têm experiências de modos diferentes de interação com profissionais de serviços variados.

Por fim, com apenas 01FO a UT “tratou sem explicar” representa um enunciado que não perpassa a possibilidade de o profissional ignorar a patologia do sujeito, mas ressalta-se o “descaso” em relação à experiência dolorosa e à falta de “escuta”.

## 1) Explicou

### a. Explicou com encaminhamento

No seguinte enunciado o sujeito destaca que uma médica explicou as diferenças entre as duas articulações (ATMs) e fez um encaminhamento específico para o Centro de Controle da Dor Orofacial, o centro de referência:

*.../ ((A médica)) fez uma pergunta a mim (...) Explicou a diferença de um lado e do outro (...) Aí foi quando ela disse: —“Você não vai ficar aqui não. Eu vou encaminhar você lá pra Camaragibe”. Aí eu vim praqui. (E1)*

Em outro enunciado em que o sujeito submeteu-se a cirurgia com bucomaxilofacial e igualmente foi encaminhado para o CCDO em vistas a tratamento de reabilitação, destaca-se a explicação recebida acerca da patologia (disfunção da ATM) e o provável prognóstico. Ele parece estar ciente de que, por tratar-se de uma patologia crônica, “não tem muito como resolver” e que, com o tratamento indicado iria melhorar.

*.../ tinha feito cirurgia com Dr. C / aí ele se responsabilizou, olhou tudinho / Aí disse que tava com uma difusão (disfunção). Aí me encaminhou aqui pra FOP. Tô fazendo tratamento de massageamento (massagens) nos nervos (músculos). .../ Eles me trataram super bem. Não tenho o que reclamar. .../ Ela tentou me explicar o que era a difusão, ele também. Teve uma vez que ele explicou que não tinha como (resolver) (...) só com o tratamento / depois de um tempo ia melhorando e pronto. (E2)*

Mesmo com a perspectiva de um “problema sem cura” o sujeito E2 não demonstra angústia com a notícia. Isso provavelmente ocorre em decorrência da atenção despendida com as explicações. Ele, inclusive, relata ter sido bem tratado e não ter do que reclamar.

Em decorrência da proximidade do ouvido e das fortes dores de cabeça, a DTM comumente causa preocupação em outras áreas como otorrinolaringologistas e clínicos gerais. Um exemplo disso é o relato do próximo sujeito.

Em um desses atendimentos, o profissional inicialmente esclareceu a natureza do problema na perspectiva da especialidade e fez um encaminhamento para outro especialista.

Ele só falou mais a parte que é da área dele, né? Que é (...) Hé::... olhou o ouvido, olhou (...) Disse que num é pra mexer no ouvido. /.../ Ele passou um remédio pra botar (...) gota no ouvido. Passou remédio pro nariz, he:: / falando de alergia, He::... E no caso da articulação (ATM), ele disse que não é (que não é para ele). Tem que procurar um dentista porque (...) He:: “Porque essa sua dor não tem nada a ver com o ouvido. Porque a articulação (...) O osso é que tá chegando no ouvido. Aí você tem que ir lá nele” ((disse o otorrinolaringologista referindo-se ao dentista)) “pra ver o que é”. “Enquanto você não vai, você tome remédio e passe compressa. Coloque compressa quente que passa mais a dor”. (E8)

O diagnóstico excludente parece ser uma ferramenta importante nos casos de DTM. O notável é que o encaminhamento de E8 foi realizado e os sintomas valorizados chegando a receber um tratamento parcial enquanto conseguia assistência específica.

A demanda ao otorrinolaringologista ocorreu em outro sujeito, que fora indicado para ir a um ortodontista e, apesar disso, parece não ter feito uma consulta com esse outro especialista.

Toda vez que eu vou pro otorrino, ela diz que é dos dente. /.../ Quando eu ia pra a médica, ela mandava eu procurar, há tempo, um dentista. Que é pra poder ver / pra colocar um aparelho / que eu tô precisando botar aparelho (...) Por causa do dente de trás e esse daqui ((indicação)). Não sei qual é não. Ela disse que (a dor) é por causa do dente, que tá querendo se mexer e não pode. (E9)

O fato de ocorrer explicações não significa, necessariamente, que os objetivos foram atingidos, ou seja, que o sujeito em atendimento apreendeu todas as explicações do profissional de saúde. Os problemas de comunicação e interação médico/paciente já foram bastante ressaltados no corpo deste trabalho e o relato de E9 demonstra que essa falta de interação causa problemas de credibilidade e o paciente termina por não seguir as orientações.

Caprara e Rodrigues (2004) afirmam que uma melhor relação médico/paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes. E isso tem a ver com credibilidade no tratamento. Os autores

sugerem uma implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos.

Essas mudanças teriam que rever a racionalização científica da medicina moderna, que é baseada numa mensuração objetiva e quantitativa e na visão dualista mente-corpo (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Esse modelo, subestimando a dimensão lingüística, psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, com os significados que a doença assume para o paciente e seus familiares, termina favorecendo que a relação seja assimétrica e dificulte a comunicação.

Por fim, observa-se que o encaminhamento do sujeito ao CCDO deveu-se a uma visita do agente comunitário de saúde dentro do Programa de Saúde da Família, que a orientou no sentido de que aquela dor não era “normal”.

*.../ Eu não sabia, assim / uma coisa que poderia evitar de ter essa dor, né? Porque eu achava que era normal. Até hoje, eu não tomo nada. Porque depois que eu vou vim pra cá, né? Que vai dizer se tem como evitar, assim (...) quando tiver doendo, assim / ajude a passar, né? Um remédio que evite essa dor, quando tiver dando. Aí, eu não sei de nada. Porque eu não tive instrução nenhuma ainda sobre ela ((a dor)) /.../ Tem dia que amanhece com a cabeça doendo, tem dia que é a nuca, enxaqueca. Mas, por isso que eu fico, assim / querendo saber, né? O que é, de fato /.../ Porque depois que eu fiquei sabendo que eu tava / porque o agente de saúde me disse que (a dor) não era normal /.../ ele começou a conversar comigo perguntando como era (a dor), como não era. Aí eu disse que quando eu abria a boca dava um estralo (estalo/clic), doía. Se eu tivesse deitada, eu não podia abrir a boca muito, porque se abrir, dói. Até, assim (...) se eu ficar de lado, se eu abrir a boca também dói. Aí, ele fez: — “Isso não é normal, não”. Aí, ele olhou e disse: — “Eu vou passar você”. Aí, ele passou pra cá, né? Que já era pra eu ter vindo. Mas, eu fiz / pra vim pra cá, ia ter que vim todo mês, todo mês, acompanhando, né? Aí, eu no pensamento, botando dificuldade. Aí, pronto. Aí, graças a Deus eu consegui, né? /.../ Quem indicou o dentista foi o agente de saúde. Ele disse que foi por causa das perda dos dentes. Porque eu perdi seis. Aí, ele disse que tinha que botar a prótese. Porque tudo que eu tirei cedo, aí, afetou /.../ Eu não sabia de nada /.../ Eu gostei muito. Eu fiquei até alegre. (E16)*

Acostumados ao sofrimento as camadas mais desfavorecidas chegam a acomodar-se com a dor e achá-la normal. O destaque do enunciado acima é o valor do agente de saúde que, embora não seja adequadamente preparado para fazer diagnóstico, cumpriu brilhantemente seu papel de explicar e encaminhar.

## b. Explicou com envolvimento

O enunciado abaixo se destaca pelo envolvimento do profissional de saúde relatado pelo sujeito e pela notória satisfação deste pelo interesse do profissional no acompanhamento do caso.

O dentista, ao contrário de em outras “explicações”, demonstra grande interesse pela compreensão do sujeito sobre a fisiologia da ATM, chegando a fazer um provável desenho da mesma.

*./.../ Aí fui no dentista, falei com ele (...) Aí eu comecei a fazer esse tratamento ./.../ Foi, foi (...) Ele desenhou pra mim, ele explicou que abria, e que desce ((a mandíbula)). Que a / com certeza / é como uma porta que abria, e se forçar, empurra. ./.../ Tudo ele (o dentista) se preocupa, se envolve. Mesmo com os casos / ele queria saber como eu estava, se estava funcionando / acompanhar tudo de perto. (E5)*

## 2) Encaminhou

Grande parte das informações sobre a relação entre ATM e cefaléia parece ser obtida com outros sujeitos apresentando o mesmo problema na sala de espera, mais do que com os profissionais. Por outro lado, o dentista esclareceu, no próximo relato, tecnicamente ao entrevistado sobre a natureza desse “problema” e do tratamento, mas ele “não se lembra” o que foi dito, o que pode ser resultado de uma falta de entendimento do jargão odontológico ou de pouca habilidade da odontologista de se fazer entender. Enfim, pode ser pensada a inexistência de uma melhor “técnica comunicativa” ao não se prever que a informação do problema não ter “cura” — a única mensagem registrada — pudesse gerar um estado de “pânico”.

*He:: só do lado esquerdo, dava um estralozinho (estalo/clic) e começava a doer do lado esquerdo, e eu não sabia o que era. E, quando eu fui pra dentista, ela disse que era ATM, e me encaminhou pra cá ./.../ Porque até eu não sabia que a dor de cabeça era causada por isso / Porque eu tenho bastante, eu já fui várias vezes no hospital, ninguém sabia o que era. Foi o pessoal aí fora ((na sala de espera)) / conversa vai, conversa vem, nunca ia saber que ATM causa a dor de cabeça. Acho, porque a gente se informa (...). A gente, às vezes (se informa), até com o pessoal ((leigos na sala de espera)), mais do que com os próprios dentistas ./.../ Ela (a dentista que fez o encaminhamento) disse que ATM / ela me explicou, mas eu não lembro muito bem o que ela disse. Ela disse que não tinha*

cura, mas tinha um tratamento. Aí ia me encaminhar pra cá pra fazer o tratamento. /.../ Porque o pessoal vai dizer o que eles sentem, e aí a gente vê que a gente também sente ((com outros leigos na sala de espera)). Tem gente há mais tempo fazendo o tratamento, só que eu estou começando aqui agora, eu não sei como é /.../ He::: porque foi um choque pra mim. Quando ela me dizia assim: — “Não tem cura, vai ter que tratar, mas nunca vai ter cura.” (...) No momento que procurei ela (a dentista) eu estava sentindo muita dor, aí eu pensei que aquela dor ia ser eterna, e assim (...) não pensei que ela ia e depois voltava, eu pensei que eu ia ficar direto com essa dor. Eu fiquei em pânico. A pessoa saber que tem algo que nunca mais vai ter cura. (E7)

Uma preocupação freqüente em pacientes com dores craniofaciais é imaginarem a possibilidade de serem portadores de tumores ou doenças graves no cérebro (SIQUEIRA, 2004, p. 38). Por isso, a conduta profissional deve ser tranqüilizadora. Isso implica dizer, que esses sujeitos necessitam de uma comunicação adequada, que envolva o diagnóstico, um conhecimento da sua doença e de como ela se comportará com o decorrer do tempo, para que possam se preparar e enfrentá-la.

A importância da comunicação entre o profissional e o paciente igualmente pode ser observada em outro enunciado. Existe a referência à “dentista” que “não examinou”, mas conversou e orientou o sujeito a procurar o CCDO.

A dentista, disse que seria bom eu ver isso. Ela disse que eu tinha que fazer exame mais detalhado. E (...) teria que usar aparelho. E, possivelmente, se fosse mais grave, cirurgia. Aí, então foi aí que eu procurei saber pra vim pra aqui. Ela não examinou. Ela só fez só a consulta dentária. Agora, disse que seria bom que eu procurasse alguma especialidade. Porque até então lá não fazia. (E11)

Entre as várias dificuldades, no enunciado de outro entrevistado, há referência à burocracia num hospital universitário, que lhe prejudicava o tempo no trabalho. Além disso, existe novamente uma “comunicação negativa” em outro hospital da rede estadual de saúde, relacionada com a mensagem de que “não adiantar tratar” o problema. Reitera-se a idéia de problema “incurável”, sem oferecer melhores explicações. Em outras palavras, não estará faltando uma melhor comunicação da diferença entre doenças curáveis e controláveis? Apesar da mensagem, foi feito um encaminhamento para o CCDO.

Já procurei nas Clínicas, mas só que lá tem uma burocracia maior, e eu faltava muito tempo no trabalho. Aí acabei desistindo. Tava faltando muito tempo de trabalho. Aí no Getúlio eles diziam que não adiantava tratar não, e me encaminharam pra cá. (E13)

Um grupo de otorrinolaringologista referido no próximo enunciado fez um bom trabalho técnico, excluindo patologias específicas, indicando problema no “maxilar” e encaminhando para o CDDO. Contudo, nesse recorte destaca-se que o grupo “não chegou a explicar direitinho”. É dito:

*./.../ quando ficou aquela dorzinha, aí eu procurei logo um médico pra saber, né? Pra saber do ouvido. Aí fizeram todos os tratamentos do ouvido, não tinha nada, nada, nada, nada. Tudo que foi tratamento eu fiz. Aí disseram que o ouvido tava ótimo, o problema era o maxilar. ./.../ Me encaminharam pra cá. ./.../ Não, não chegou assim a explicar direitinho, né? Eu assim (...) Uma menina que eu conversei / porque a gente passa por esses problemas, e ela me deu a orientação de procurar o médico certo aqui, aí eu gostei muito dos profissionais daqui. (E18)*

### 3) Abordagens distintas

Nessa unidade temática, como já foi dito anteriormente, foram aglutinados os relatos em que os sujeitos referiam mais de uma experiência com tratamentos anteriores e esses, por sua vez, com resultados distintos quanto à comunicação

Na próxima situação, as mensagens de uma médica clínica indicam que a generalista “não podia fazer nada”, sendo encaminhada por um cirurgião-dentista, que examinou detalhadamente o paciente e, em seguida, fora novamente encaminhado até o CCDO, sem outras explicações. O entrevistado mostra-se satisfeita porque foi “bem recebido” e “examinou direitinho”, mas não houve orientação.

*Ela disse que não podia fazer nada porque a parte dela é clínica, né? Aí, tinha que botar pra esse médico, doutor (...) Que ele é cirurgião, que é dentista. Aí, quando chegou lá, não era pra lá. Mas eu fui bem recebida. ./.../ Examinou direitinho (...) mandou eu abrir a boca, perguntou o que é que doía, quando começou e porque (E3)*

O relato acima é um exemplo de que muitas vezes os sujeitos indicam satisfação pelo simples fato de terem sido bem tratados pelos profissionais de saúde. Nota-se que o sujeito E3 foi atendido em mais de um serviço, mas não faz referência à explicações ou orientações quanto à doença ou tratamento.

O próximo sujeito aborda que não “descobriu” o seu problema, mesmo depois de longa peregrinação onde, provavelmente, inexistiram comunicação e vínculos. Trata-se de um movimento onde ela “andou de um lado para outro”, encontrando bons profissionais, mas também outros que não entendiam que a falta de comunicação / orientação a fazia sofrer tanto quanto a dor. Existe uma crítica de que alguns “médicos” (leia-se “todos os profissionais de saúde”) deveriam ter uma melhor “atenção” para com os pacientes. Isso se expressa no longo enunciado sobre esse lado de não informar “como é o tratamento”, deixando a paciente, assim como outras, cheia de perguntas. Ela diz:

*.../ Aí fui na clínica geral. Ela disse: — “Não, eu não trato disso. Tem que ser no cirurgião dentista”. Aí, eu fui. Aí contei pra ele. Aí ele disse o problema é a mandíbula, que você está (...) “Mas aqui eu não trato”. Aí me encaminhou pro Hospital Geral de Areias, e de lá começou tudo .../ A primeira disse que não tratava lá. Foi a clínica, que não era área dela. Já o cirurgião dentista que eu fui, ele foi muito assim (...) ficou muito assim / observando. Falou comigo muito bem, fui bem tratada, bem recebida, e ele me encaminhou bem. Aí eu disse a ele que tava percebendo que ela podia também soltar (o maxilar, se poderia luxar). Até perguntei a ele se tinha o risco de soltar. Ele disse: — “Corre sim. Agora isso você vai ter que tratar no hospital da face, porque aqui eu não faço”. Aí me encaminhou pra lá. Quando eu cheguei lá, disse que tinha que fazer um raio-x: — “Olhe! Aqui a gente não faz o tratamento.” Aí me encaminhou pra aqui .../ Não explicou tudo, porque os médicos têm esse lado (...) Ele falou que eu tava com problema na mandíbula, mas não explicou totalmente como, como eu ia me tratar. Só quando eu chegasse aqui (que teria explicação) .../ Eu fiquei assim (...) Como aconteceu? Por que ocorreu? O que vai fazer? .../ Eu tenho esperança de ser bem encaminhada aqui e resolver meu problema. .../ Assim (...) Uns eu achava que eles deviam ter um pouco mais de atenção, entendeu? Cada um tem seu ramo. Às vezes devido a uns pacientes / mas não justifica. Agora, acho também que era residente (estudante). Eu não gostei muito dele. Esse último agora, que ele falou: — “Vá em tal canto!”, não me explicou totalmente onde era. Tive que ir na recepção, saber informação, me informar. (E14)*

Teutsch (2003, p. 1115) também destaca o valor da comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes alegando ser essencial para a efetiva qualidade do atendimento. Segundo ele, a preocupação com a tecnologia não deve ser absoluta. Afirma que a comunicação pode ser uma “janela” para o entendimento da perspectiva do paciente, dos impactos da doença e da própria doença.



#### 4) Não diagnosticou

A etiologia multifatorial das DTMs dificulta, sem sombra de dúvidas, a definição do diagnóstico. Mas, isso não justifica a banalização dos sintomas por parte do profissional de saúde. O fato dele não saber do que se trata, não significa que “não é nada”.

A experiência da dor pode ser relatada, descrita em metáforas, mas é vivida, apenas, pelo sujeito que a porta.

Até outro médico, que eu também fui pra ele achava que era inflamação nesse nervinho aqui ((indicação)) que chamam de (...) ah:: esqueci / na mastóide. Aí também fiz radiografia e disse que não tinha nada não, que tinha que ser mais pesquisado /.../ É, foi, foi difícil é chegar. Eu chegava com a dor, eles examinavam e diziam: — “Não tem nada”. Não tem nada, era só um problema de alergia que coçava ((o ouvido)). (E4)

O próximo relato revela um profissional de saúde que incorreu num erro de diagnóstico e de incertezas na escolha das condutas terapêuticas.

Procurei ((algum profissional de saúde)). Tinha marcado a cirurgia com o cirurgião. Então, ele me indicou pro ortodontista. Ele falou que era uma raiz do dente que tava incomodando. Foi constatada que era uma fratura no maxilar / e mais ele não resolvia nada. Dizia que tinha que fazer a cirurgia, marcava e desmarcava, pois ele não tinha como resolver o meu problema. /.../ Não fiquei satisfeito. Porque o maxilar estralar (estalar) pode acontecer uma vez, mas estralou de novo, e ele continuou pensando o mesmo. E a dor lá. “No seu caso é a raiz de um dente que incomoda” ((dizia ele)), e não era. Porque eu continuava com dor. E tomava medicamento. E parcialmente melhorava a dor, mas voltava. Ele não conseguia explicar. /.../ Ele me encaminhou para o ortodontista, e ele (o ortodontista), me encaminhou pra cá. (E17)

#### 5) Tratou sem explicar

Finalmente, num outro fragmento, existem orientações restritas apenas à dieta, sem outras informações, no contexto do atendimento de um profissional de saúde avaliado como alguém que “mal olha para a cara” do paciente. Dessa forma a satisfação ao atendimento não deve apenas se restringir ao aspecto instrumental da

clínica, através dos exames físicos ou laboratoriais, mas através de um diálogo entre paciente e técnico em saúde.

Fui uma vez no Getúlio Vargas, já várias vezes /.../ Ele passava remédios, dizia que eu tinha que comer comida líquida, comida pastosa. E, eu ficava tomando uns remédios, aliviava, não passava a dor. Mas aliviava um pouco /.../ Perguntou o que eu tinha, né? Olhou, perguntou como era e tudo mais. Aí passava os remédios. Não explicava, só mandava eu comer coisa líquida e pastosa. /.../ Tem médicos (profissionais de saúde) que atendem tão bem a pessoa, né? Escuta direitinho o que a pessoa tá gostando, mas tem outros que não. Muito mal olha pra pessoa. Tem médicos que muito mal olha pra cara da gente. Só pra escrever lá / compra esse remédio e toma. Tem muitos médicos que é ignorante, agora tem médicos que é atencioso. (E6)

Na tentativa de valorizar a subjetividade dos usuários da saúde os estudos de Traverso-Yépez e Morais (2004, p. 81) buscam compreender a forma como as pessoas dão sentido aos diferentes aspectos de sua realidade. Partindo do pressuposto

de que as pessoas processam diferentes significações acerca das diversas dimensões da sua vida cotidiana, de acordo com a experiência pessoal desses fenômenos e do contexto sócio-histórico específico no qual estão inseridos, perpassados sempre pela linguagem. A atenção a esse contexto sócio-histórico é fundamental, uma vez que é ele que oferece um conjunto de possibilidades e restrições para o tipo e qualidade das práticas sociais, as discursivas incluídas.

Nesse sentido, as práticas de saúde e os modelos biomédicos necessitam valorizar as características e o contexto sócio-cultural dos sujeitos doentes e principalmente a forma como eles processam e, por conseguinte, comunicam essa experiência. Os profissionais de saúde e pacientes, mesmo quando pertencendo a uma mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Continua-se deixando para segundo plano a complexidade, ao abordar a doença e desconsiderar a importância da experiência subjetiva do paciente, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença.

Essa prática também compromete a relação de comunicação com o paciente

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de consequências negativas para

o relacionamento profissional-paciente/cliente. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença. A comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente. Outro aspecto que prejudica a comunicação entre eles é o uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário leigo, sobretudo de baixa instrução (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004, p. 81).

Assim como os achados deste trabalho, Ley (1988) encontrou que a maioria das queixas dos pacientes faz referência a problemas comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica, sendo essas queixas os efeitos de uma má relação. As diferenças na maneira de perceber a doença e o distanciamento das experiências entre médicos e pacientes agravam a assimetria e dificultam o estabelecimento de uma melhor relação.

Meryn (1998) afirma que os pacientes necessitam de melhores informações sobre os seus problemas, mais esclarecimentos acerca dos efeitos dos tratamentos, sobre a dor e repercussão emocional. Essas informações, segundo ele, determinam o diferencial na interação médico/paciente e na qualidade do processo educativo. Bascuñán (2005) concorda e complementa que é verificado na literatura que a relação e comunicação médico/paciente traz significativos benefícios para a saúde psicológica e física do paciente, além de aumentar a confiança e o compromisso com tratamento.

Ainda sobre a interação e os efeitos desta no comportamento dos pacientes, destaca-se o trabalho de Heszen-Klemens e Lapinska (1994), que encontrou que características de interação e atitudes emocionais do profissional de saúde são determinantes para modificação no comportamento da saúde dos sujeitos e, sobretudo, são determinantes na confiabilidade e obediência das recomendações médicas.

A dificuldade diagnóstica parece uma tônica nos sujeitos portadores de DTM. A etiologia multifatorial da patologia provoca confusão e, muitas vezes, retardo na detecção do problema. Sobre essa questão, Cruz Neto (2003) lembra que o rodízio de médicos para se descobrir uma conduta mais apropriada e o predomínio dos procedimentos laboratoriais no desenho e na definição do diagnóstico vêm

banalizando o papel e o lugar do paciente nesse processo. Ele continua justificando que esse processo possa estar sendo comprometido por vários aspectos: pela limitação da capacidade de escuta, que ficou exclusivamente para psicólogos, analistas e terapeutas; pela redução do tempo de consulta; pela limitação ou interdição de escuta de informações subjetivas; pela dificuldade no exercício interpretativo dos achados; e finalmente pela perda da referência como ponto essencial.

Entretanto, já há os que afirmem que, através de mudanças pessoais, a habilidade de comunicação pode ser aprimorada e ser utilizada com ótimos efeitos (LUSSIER, 2004; MORAL *et al.*, 2001; ONG *et al.*, 1995).

Além das modificações internas de ouvinte, tais como respeito e atenção, podem ser pensadas alternativas de aprimoramento lingüístico. Nesse caso se envolveriam recomendações e orientações sobre turnos conversacionais, sobre tópicos e contextos e, principalmente, sobre interpretação e atenção aos artifícios lingüísticos utilizados pelos falantes (nesse caso o doente) como, por exemplo, as metáforas que, como já foi visto, são um excelente recurso para se atingir o objetivo maior – o entendimento da enfermidade e da perspectiva do sujeito e, somente então, chegar ao diagnóstico e direcionamento da terapêutica.

### 3.2 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA DOR

Em termos da experiência de ser portador de disfunção temporomandibular, são apresentadas e discutidas metáforas presentes nos enunciados dos sujeitos desta pesquisa referentes à experiência da dor. Para isso, será utilizada a referência de Lakoff e Johnson sobre a teoria conceptual das metáforas.

Basicamente estas metáforas foram caracterizadas em três grupos: “orientacionais”, que estão relacionadas à orientação espacial (sendo incluída a temporal a partir dos dados da presente dissertação); “ontológicas”, que tratam as experiências como se fossem entidades ou substâncias; e “personificadas”, que concebem os objetos e as experiências como se fossem pessoas.

O quadro seguinte de classificação das metáforas encontradas nos enunciados dos sujeitos desta pesquisa equipara a ocorrência das unidades temáticas em relação às suas respectivas freqüências de ocorrência.

Importante lembrar que a unidade temática (UT) diz respeito aos tipos qualitativos encontrados, ao passo que freqüência de ocorrência (FO) corresponde ao aspecto quantitativo.

#### Quadro IV – Variação das unidades temáticas e freqüência de ocorrência

<i>Unidades temáticas(UT)</i>	<i>Variação de Unidades Temáticas</i>	<i>Freqüência de Ocorrência (FO)</i>
<b>1) Orientacionais</b>	<b>17UT</b>	<b>35FO</b>
a.Movimento	10UT	15FO
b.Tempo	04UT	09FO
c. Espessura	01UT	09FO
d.Profundidade	01UT	01FO
e.Tamanho	01UT	01FO
<b>2) Ontológicas</b>	<b>10UT</b>	<b>16FO</b>
a.Pressão	08UT	10FO
b.Intensidade	01UT	04FO
c.Repulsão	01UT	02FO
<b>3) Personificadas</b>	<b>06UT</b>	<b>10FO</b>
a.Incômodo	06UT	10FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Entre as unidades temáticas mais freqüentes destacam-se as “orientacionais” (17 UT), as “ontológicas” (10 UT) e as “personificadas” (01 UT).

Segundo a teoria conceptual de Lakoff e Jonhson, as metáforas orientacionais dão a um conceito uma orientação espacial como, por exemplo, **dor é movimento**. Entre os verbos que podem ser utilizados como indicativo de movimento existe “subir”, engendrando expressões como “dá aquela dorzinha e **sobe**”

No caso de “subir”, uma outra abordagem do conceito pode ser pensada. Ele é ascendente, no sentido terra-céu. Assim, isso leva a outras expressões como “dá aquela dorzinha e **sobe**”, que significa um deslocamento da dor em direção a partes mais superiores da face.

Por sua vez, o contrário acontece com o conceito **desce**, que indica um movimento descendente. Portanto, expressões do tipo “dói aqui assim **descendo**”,

indicam movimentos para baixo, descendente, ou seja, que a dor começa na parte mais superior e se desloca para a mais inferior.

Percebe-se que, nas metáforas orientacionais, os conceitos recebem uma orientação não-arbitrária, ou seja, seguem uma determinada lógica pois são baseados nas experiências físicas e culturais dos sujeitos. Dessa forma, em se tratando das metáforas, embora haja uma relação de equivalência simbólica do corpo no espaço físico, conceitos de orientação podem variar de uma cultura para outra e dessa forma alterar a sua forma de representação.

A seguir será apresentado um detalhamento dos grupos e suas respectivas unidades temáticas. Em se tratando das metáforas orientacionais, destacam-se as de “movimento” (10UT); “tempo” (04UT); “espessura” (01UT); “profundidade” (01UT); “tamanho” (01UT). No próximo quadro, serão mostradas as freqüências de ocorrências dessas metáforas.

#### **Quadro V – Freqüência de ocorrência de metáforas orientacionais de movimento**

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Freqüência de Ocorrência (FO)</i>
<b>a. Movimento</b>	<b>15 FO</b>
i. Passar	04FO
ii. Vir	03FO
iii. Entrar	01FO
iv. Descer	01FO
v. Subir	01FO
vi. Crescer	01FO
vii. Ir	01FO
viii. Voltar	01FO
ix. Mexer	01FO
x. Penetrar	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

#### **Dor é movimento:**

No caso dessas metáforas orientacionais de movimento, as mais freqüentes são relacionadas a “passar” (04 FO). É dito:

“Então começa doer de um lado só depois ela vem **passando** pra cá...” (E2)

“[...] que **passa** rápido” (E4)

“[...] dói depois **passa**” (E9)

“[...] aí depois ela **passa**” (E11)

O verbo “passar” indica uma representação de movimento ou deslocamento no espaço (“vem e vai”) ou no tempo (“acabou”).

Em E2 o sentido orientacional é utilizado também em relação ao eixo corporal. A dor **passa**, desloca-se, movimenta-se para outra região indicada, passando de um lado a outro.

Em E9 e E11, o conceito de “passar” no sentido de “ir embora” pode igualmente ser relacionado aos conceitos orientacionais no sentido que a dor “chega”, para perto e se afasta, **passa**.

A segunda frequência de ocorrência relaciona-se a “vir” (03 FO);

“**vem** assim do lado da cabeça...” (E1)

“Ela **vem** forte...” (E11)

“É uma dor repuxando [...] ela **vem** repuxando...” (E18)

Vir, também num conceito de movimento, recebe uma indicação de aproximação, chegada. Quando, por exemplo, E11 diz: “ela **vem** forte”, transmite um conceito de movimento iniciador. Ela não **vai** forte, mas **vem** forte.

Por fim, todas as outras unidades temáticas apresentam apenas uma frequência de ocorrência. Começando por “entrar” (01 FO):

“uma hora depois que começa a doer o ouvido [...] Aqui tipo **entrando**...” (E9)

O movimento de entrar nos remete ao conceito orientacional de fora-dentro. A dor **entrando** indica uma experiência de deslocamento da dor. É um percurso que vai da porção mais superficial/externa da face para a porção mais interna.

Depois “descer” (01 FO) e subir (01FO):

“Aí dói aqui assim **descendo**...” (E9)

“[...] dá aquela dorzinha e **sobe**...” (E18)

Como já foi explicado anteriormente descer e subir representa conceitos de movimento, pois indicam deslocamento. Possuem ainda características orientacionais de descendência e ascendência respectivamente, considerando a nossa postura ereta em relação ao solo.

Em seguida por “crescer” (01 FO):

“Aí incomoda e tá **crescida** assim também no lado da mandíbula...” (E14)

Considerando as fases do ciclo da vida, crescer indica um conceito de movimento/desenvolvimento. Uma planta crescida é uma planta grande, madura. Nesse sentido, no enunciado de E14 **crescida** refere-se, provavelmente, a uma dor que iniciou **menor**, mais fraca e agora se encontra **crescida**.

Posteriormente por “ir” (01 FO):

“É uma dorzinha vem forte e **vai** afinando...” (E11)

A dor que **vai** possui o mesmo sentido de movimento da dor que **vem**, mas com sentido orientacional oposto. Enquanto a dor que **vem** indica uma aproximação do referencial, nesse caso o sujeito ou uma parte indicada da face, a dor que vai corresponde a um afastamento do referencial. No caso de E11, **vai** se refere a um processo de “afinamento”. É uma dor que vem forte e **vai** afinando à medida que se afasta.

Por “voltar”:

“[...] aí **volta** aqui...” (E9)

Voltar sugere um movimento orientacional circular. É uma dor que começa ou vem, vai e depois **volta**.

Em seguida “**mexer**” (01 FO)

“É uma dor fina, incomodando, **mexendo** no ouvido, entendeu?” (E15)

Uma dor mexendo indica pôr(-se) em movimento, fazendo sair, ou saindo, da posição original; mover(-se), deslocar(-se), segundo uma das definições do dicionário Houaiss da língua portuguesa.

Mais uma vez a indicação de movimento com referências orientacionais, são movimentos que “variam a posição inicial”. O mexido pode indicar ainda a sensação de movimentos repetitivos.

E por último “penetrar” (01 FO)

“[...] alguma coisa, **penetrando** alguma coisa...” (E5)

Penetrando assume o mesmo sentido de movimento de **entrando**, descrito anteriormente. Adentrar, transpor, segundo dicionário Houaiss da língua portuguesa



significa: passar através ou para dentro de. Portanto corresponde ao conceito orientacional de fora-dentro.

#### Quadro VI – Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de tempo

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
<b>b. Tempo</b>	<b>09FO</b>
i. Começar	05FO
ii. Dar	02FO
iii. Constante	01FO
iv. Lenta	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

#### Dor é tempo:

Considerando o índice frequência de ocorrência das metáforas orientacionais, em segundo lugar, surgem as de “tempo”. O sub-tema mais freqüente é “começar” (05 FO)

“Ela **começou**... aquela dorzinha...” (E1)

“Ela **começa** como uma simples dor de cabeça...” (E2)

“Essas dores são mais assim, **começa** próxima ao ouvido...” (E3)

“[...] não posso fumar cigarro, não posso nada, quando **começa** é a noite inteira...” (E13)

“Ela **começa** aqui na mandíbula...” (E17)

A orientação em relação ao tempo é outra perspectiva que nos ajuda a caracterizar as metáforas. O conceito temporal de começo, meio e fim corresponde à base física dos seres vivos de nascimento, desenvolvimento e morte. Nesse aspecto na metáfora **dor é tempo** expressões como as dos exemplos acima demonstram o conceito orientacional de tempo em relação ao início do processo doloroso. Ela **começa** indica o princípio, o nascimento da dor.

Em segundo lugar, surge “dar” (02 FO):

“É uma dor que **dá** assim de repente...” (E3)

“[...] **dá** aquela dorzinha e sobe...” (E18)

“Dar” num sentido temporal também indica um conceito de “princípio”, assim como no item anterior. Se a palavra **dá** fosse substituída por **começa**, os

enunciados permaneceriam com o mesmo sentido: “É uma dor que **começa** assim de repente”; “**começa** aquela dorzinha e sobe”.

Pode ser associado à definição: bater, soar — o relógio deu onze horas; antes de darem as três, lá estaremos (dicionário Houaiss da língua portuguesa)

Com apenas uma frequência de ocorrência aparece “constante” (01 FO):

“É uma dor **constante**, doutora, estressante...” (E15)

O conceito de **constante** como uma situação que se repete continuamente; permanente, incessante, atribui à dor mais uma relação orientacional com o tempo. É uma dor que dói o tempo todo, constantemente.

Por fim, “lenta” (01 FO):

“[...] começa uma dor bem **lenta**...” (E14)

A orientação de rápido e lento está relacionada também às questões temporais. Rápido que pode ser definido como uma situação cujo tempo de execução é breve; de curta duração está em oposição à lento que se define por aquilo que falta rapidez, agilidade. Portanto a dor do sujeito E14 teve um começo lento, mas é provável que esse início pudesse ser brusco e rápido.

#### **Quadro VII** – Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de espessura

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
<b>c. Espessura</b>	<b>09FO</b>
i. Fina	09FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Em se tratando das metáforas orientacionais de espessura, apesar de “fina” apresentar-se como a única temática, ela aparece em nove frequências de ocorrência (09 FO), caracterizando-se como a maior frequência entre todas as respostas.

Se for pensado nos sentidos orientacionais gerais, “fino” pode ser definido por algo cujas medidas espaciais, sejam diâmetro, circunferência, largura ou espessura são reduzidas (em oposição a grosso). Por outro lado, se for pensado de uma forma contextualizada, opta-se pela definição ressaltada, curiosamente, pelo dicionário Houaiss da língua portuguesa como “que se manifesta agudamente; cortante,

penetrante”. Conforme é possível constatar nos recortes abaixo este último é, provavelmente, o sentido empregado pelos sujeitos.

“Quando vai fazer a refeição dá aquela dorzinha **fininha...**”(E1)

“É uma dor bem  **fina...**” (E3)

“É uma dorzinha  **fina...**” (E4)

“É, muito  **fina...**”(E5)

“É uma dor  **fina** que incomoda bastante.”(E7)

“Aí, ela dá uma dorzinha no ouvido  **fina...**”(E11)

“Assim mais  **fininha...**”(E14)

“É uma dor  **fina**, incomodando, mexendo no ouvido, entendeu?” (E15)

“[...] só que aquela dorzinha bem  **fina**, entendeu?” (E18)

#### Quadro VIII – Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de profundidade

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
<b>d. Profundidade</b>	<b>01FO</b>
a. Profunda	01FO

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A quarta metáfora orientacional é a de “profundidade”, em que aparece apenas uma unidade de frequência.

“Aí, fica, assim, aquela dor, assim, furante, pra dentro, bem **profundo...**” (E16)

Essa é uma orientação do tipo periferia-centro. **Profundo** nos remete ao conceito de algo muito fundo, por isso um caráter de intensidade pode ser atribuído aqui. Por definição, **profundo** é algo cujo fundo está a uma distância grande da borda ou da superfície circundante. Nesse sentido a dor está sendo experienciada bem internamente em relação à superfície da face, “bem **profundo**”.

#### Quadro IX – Frequência de ocorrência de metáforas orientacionais de tamanho

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
<b>e. Tamanho</b>	<b>01FO</b>
i. Grande	01FO

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Ainda classificada como orientacional, “tamanho”, através do conceito **grande**, também só ocorreu em apenas um enunciado.

“[...]”é uma dor muito **grande...**” (E16)

O conceito orientacional que se tem de **grande** no senso comum refere-se a algo volumoso, avantajado. Contudo, outra definição, também resgatada do dicionário Houaiss da língua portuguesa, parece se adequar mais à descrição da dor feita por E16. “Grande é algo que é intenso; agudo, forte, violento.”

Assim como a orientação espacial, as metáforas orientacionais são baseadas na experiência física com objetos — em especial com o corpo —. Estas servem de base para uma variedade de metáforas ontológicas. De acordo com Lakoff e Johnson (2002,p.76):

Os homens têm necessidade, para apreender o mundo, de impor aos fenômenos físicos limites artificiais que os tornem tão discretos como nós, quer dizer, fazem deles entidades demarcadas por uma superfície. Da mesma forma que as experiências das orientações espaciais humanas dão origem a metáforas orientacionais, as nossas experiências com objetos físicos (especialmente com nossos corpos) fornecem a base para uma variedade extremamente ampla de metáforas ontológicas, isto é, formas de se conceber eventos, atividades, emoções, idéias, etc. como entidades substâncias.

Entender a experiência em termos de objetos e substâncias físicas permite identificá-la como entidades discretas, ou seja, organizadas através dos limites do “invólucro” semântico, aos quais podemos nos referir, categorizar, agrupar.

Enfim, sobre as metáforas ontológicas, sobressaíram-se as de “pressão” (10FO); seguida de “intensidade” (04FO); e “beleza” (02FO); que serão apresentadas no próximo quadro e discutidas posteriormente.

#### **Quadro X – Freqüência de ocorrência de metáforas ontológicas de pressão**

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Freqüência de Ocorrência (FO)</i>
<b>a. Pressão</b>	<b>10FO</b>
i. Puxado	02FO
ii. Furo	02FO
iii. Aperto	01FO
iv. Pinicão	01FO
v. Beliscão	01FO
vi. Repuxado	01FO
vii. Batida	01FO
viii. Tampão	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Das metáforas ontológicas de “pressão” a que ocorre com maior destaque é a de “puxado” e “furo”, ambas com duas (02) freqüência de ocorrência (FO). Sobre “puxado” eles dizem:

### Dor é um puxado

“[...] como é que eu posso dizer... **puxando...**” (E8)

“A dor é aguda, **puxando** um pouquinho pro ouvido...” (E14)

Trata-se de um conceito, **puxar** que remete ao sentido de esticar, retesar, o que propicia tensão e dor.

### Dor é um furo

“Como se tivesse chegado no ouvido mesmo. **Furando, furando, furando...**” (E8)

“É **furando**. Dá um estralo, aí fica furando...” (E16)

Trata-se da sensação de algo que abriu um furo na superfície corporal. Isso permite confirmar a pressuposição de que existe a referência do corpo, como suporte tanto para a construção das metáforas orientacionais quanto das metáforas ontológicas. De um modo geral, as metáforas ontológicas procuram transformar conceitos em entidades ou objetos (“a mente é uma máquina”). Em se tratando da experiência da DTM, as metáforas ontológicas procuram representar a dor como a ação de determinados objetos em relação aos corpos dos sujeitos.

### Dor é um aperto

Ilustrando a afirmação, “aperto” é a metáfora ontológica de pressão que aparece com uma (01) frequência de ocorrência.

“É uma dor cansada que nem teje **apertando**” (E2)

### Dor é um pinicão/beliscão

A metáfora de pressão, “pinicão” também só ocorre uma vez, assim como a de “beliscão”, que assumem a mesma representação.

“Aqueles **pinicão**[...] É lateja, é.” (E6)

“[...] aí depois dá um **beliscãozinho** do mesmo jeito, aquela dorzinha fina.” (E18)

Estas remetem ao sentido de bater, ferir com o bico, bicar, aplicar beliscão.

A representação de coisas finas e pontiagudas confirma o sentido de metáfora orientacional de espessura,  **fina**. Também o uso do diminutivo – **beliscãozinho** – refere-se, provavelmente, a representações de espessura.

### Dor é um repuxado

“É uma dor **repuxando** (...) ela vem repuxando...” (E18)

Indica puxado para trás

### Dor é uma batida

“Como se você tivesse com algum lugar ferido, machucado, e tivesse **batendo**...” (E5)

No sentido de movimento pulsatório; batimento, pode indicar características de inflamação. No sentido de vibração sonora produzida por pancada; som, toque, ruído, **batendo** pode ressaltar os sintomas auditivos comuns aos quadros de DTM.

“Tampão”

“[...] e chega a **tampar** um pouco a audição...”(E14)

A sensação de plenitude auricular, ou de “ouvido tapado” é também bastante relatada pelos sujeitos com DTM, pois a proximidade da ATM com o canal auditivo causa essas impressões.

### Quadro XI – Frequência de ocorrência de metáforas ontológicas de intensidade

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
<b>b. Intensidade</b>	<b>04FO</b>
i. Forte	04FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

As metáforas ontológicas de intensidade apresentam-se em segundo lugar em frequência de ocorrência (04FO) nos enunciados sobre a descrição da dor. Das quatro ocorrências todas se referem ao sub-tema “forte”.

“[...] muito **forte** que não dá pra...” (E2)

“É uma dorzinha muito **forte**...” (E4)

“É uma dor muito **forte**, a gente fica assim...” (E6)

“É uma dor **forte**...” (E11)

Por definição, forte é algo que se manifesta com intensidade, que produz efeitos contundentes; que atua decisivamente.

Interessante destacar o enunciado de E4 que, apesar de tratar-se de uma dor intensa, que produz efeitos importantes, faz uso de diminutivos – “é uma dorzinha

muito forte”. Esse tratamento, que pode ser caracterizado com uma forma de carinho, pode também representar algo irritante, pequenininho e fininho.

**Quadro XII –** Freqüência de ocorrência de metáforas ontológicas de beleza

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Freqüência de Ocorrência (FO)</i>
<b>c. Reulsão</b>	<b>02FO</b>
i. Horrível	02FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Por fim, a metáfora ontológica de repulsão aparece com 02FO, através da referência “horrível”.

“É uma dor **horrível**” (E2)

“dói, é **horrível**, muito, muito mesmo” (E5)

Por definição **horrível** é uma forte impressão de repulsa ou desagrado, gerada pela percepção, intuição, lembrança de algo horrendo, ameaçador, repugnante. Pode indicar ainda pavor.

Portanto, **Horrível** refere a algo muito ruim ou desagradável, horroroso, péssimo. A dor para E2 e E5 é uma sensação muito desagradável. Ela é péssima, **horrível**.

Concluindo a análise e descrição das metáforas presentes nas nos enunciados dos sujeitos com DTM desta pesquisa, segue abaixo o quadro demonstrativo com as metáforas personificadas.

Essa categoria é uma extensão das metáforas ontológicas e são aquelas que permitem a compreensão de uma grande variedade de experiências concernentes a entidades não humanas em termos de motivações, características e atividades humanas (LAKOFF; JOHNSON, 2002).

Nesse item, que obteve um total de 10FO, destacou-se apenas uma variação - “incômodo”. Esta se apresentou subdividida em seis outras variações. A primeira delas, “chata”, com 03FO; em seguida “cansada” e “incômoda”, ambas com 02FO; e, por fim, “aperreada”, “abusada” e “estressante”, todas com 01FO.

**Quadro XIII**– Freqüência de ocorrência de metáforas personificadas de incômodo

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Freqüência de Ocorrência (FO)</i>
<b>a. Incômodo</b>	<b>10FO</b>
i. Chata	03FO
ii. Cansada	02FO
iii. Incômoda	02FO
iv. Aperreada	01FO
v. Abusada	01FO
vi. Estressante	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

**A dor é chata**

Em se tratando das metáforas de “incômodo” o subitem “chata” ocorre da seguinte maneira nos enunciados:

“[...] mas é uma dorzinha bem **chatinha**...”(E4)

“[...] é uma coisa **chata** que incomoda o tempo todo...” (E17)

“[...] dor assim que incomoda mesmo, **chata**.” (E18)

A chatice é qualidade e/ou propriedade do que é chato, maçante, que causa chateação. É uma característica relatada pelos sujeitos que dão à dor um caráter humano.

Na segunda freqüência de ocorrência das metáforas personificadas de incômodo destaca-se “cansada”, com 02FO.

“É uma **dor cansada**...” (E1)

“É uma **dor cansada**...” (E13)

Cansaço com a definição de estado de aborrecimento; tédio atribui também à dor um caráter humano. É interessante que E1 e E13 não referem estar casados por causa da dor, mas descrevem que a dor é uma entidade **cansada**.

Também com 02FO, ressalta-se a personificada “incômoda”

“É uma dor fina, **incomodando**, mexendo no ouvido, entendeu?” (E15)

“[...] dor assim que **incomoda** mesmo, chata.” (E18)

É uma dor que perturba, aborrece, enfada, ou seja, incomoda. Mais uma vez características de ações humanas



Em seguida, “aperreada”:

“ela não **aperreia** assim diretamente, mas de vez em quando ela aperreia...”

(E1)

Aperreio é um regionalismo do nordeste do Brasil e indica aborrecimento. É uma dor que aborrece, aperreia.

Depois “abusada”:

“[...] assim **abusada**...” (E1)

Abuso no sentido de estresse e incômodo também se trata de regionalismo. Refere-se a uma dor chata, cansada, abusada.

Por fim, “estressante”

“É uma dor constante, doutora, **estressante**...” (E15)

Refere-se a algo que traz estresse, tensão, esgotamento. Novamente a idéia de cansaço.

### 3.3 IMPACTOS DA DOR

É muito relevante o impacto que a dor crônica na face pode causar na vida dos sujeitos pois, geralmente, limitam as atividades e interferem no convívio social e afetivo. Variam de limitações específicas, como dificuldade para sorrir, falar ou mastigar, a alterações globais na qualidade de vida. Essa dor geralmente ocasiona sérios comprometimentos às atividades do cotidiano, ao trabalho e ao convívio social. São características e impactos que variam de pessoa para pessoa e, somente, através da comunicação, podem ser transmitidas ao profissional de saúde.

No estudo de Oliveira *et al.* (2003), sobre o impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular, observou-se que, nas perguntas específicas para avaliar o impacto da dor na vida dos portadores de DTM com quadro crônico, o trabalho, as atividades escolares, o sono e o apetite/alimentação foram as categorias mais influenciadas pelo quadro doloroso.

Em se tratando dos impactos gerais, Siqueira (2004, p. 42) destaca que:

No modelo biopsicossocial da dor, não se pode isolar o paciente da sua família ou de seus ambientes sociais de trabalho. A complexidade dessas associações exige atenção por parte dos profissionais da área de saúde ao abordarem seus pacientes crônicos. A dor, incluindo a dor orofacial, pode ser incapacitante e afastar temporariamente o indivíduo de seu local de trabalho. Por outro lado, o próprio trabalho pode ser fator agravante da condição dolorosa.

Trata-se da importância de conhecer o paciente um pouco além dos sintomas. A dor como causadora de impactos importantes provoca a necessidade de entender como esses impactos repercutem para cada sujeito de forma particular. Em se tratando de questões profissionais, sabe-se que, para um pianista, o comprometimento das articulações das mãos terá um impacto diferente que para a maioria das outras pessoas. Da mesma forma, pessoas que usam a fala profissionalmente como professores, atendentes de telemarketing, pastores, dores na face para a movimentação da boca terão uma repercussão bastante importante. Para esses sujeitos, por exemplo, não basta a compreensão da dor, mas de todo o envolvimento que essa dor causa em suas vidas, principalmente o impacto na atividade profissional.

O relato dos pacientes sobre suas doenças, os detalhes sobre os hábitos alimentares, atividades diárias, tipo de atividade profissional e demais informações, são fundamentais não só para o fechamento do diagnóstico, mas principalmente para a conduta terapêutica. Colaborando com essa idéia, Santos (1999, p. 94) em seu trabalho "Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico" destaca que a anamnese é o elemento mais importante da clínica para o estabelecimento da relação médico/paciente, do diagnóstico e das condutas terapêuticas que irão determinar a cura ou alívio do paciente. Trata-se de um ato de comunicação, que exige do profissional de saúde qualidade primordial de um bom ouvinte, uma interação perfeita e uma identificação recíproca com o seu paciente.

Consideram-se como impactos específicos aquelas limitações ocasionadas pela dor que atingem diretamente as funções orais e/ou da face.

### 3.3.1 Impactos gerais em ser portador de DTM

O tópico “impactos gerais” foi sub-dividido nos seguintes eixos temáticos: “limitações para o trabalho/estudo”, “lazer” e “realização das atividades domésticas”.

**Quadro XIV – Impactos gerais em ser portador de DTM**

<i>Eixos Temáticos</i>	<i>Unidades Temáticas (UT)</i>
1) Impactos gerais em ser portador de DTM	05UT
a. Lazer	02UT
b. Trabalho/Estudo	02UT
c. Atividades domésticas	01UT

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

O impacto no “lazer” e “trabalho/estudo” apareceu como predominantes, ocorrendo com 02UT cada um. Em seguida, com menor diferença, apareceram “atividades domésticas”, com apenas 01UT.

#### a. Lazer

Nesse eixo temático destacaram-se duas unidades temáticas: “dificuldade em participar de festas, eventos e passeios” e “Limitação em participar de atividades de canto”.

**Quadro XV – Eixo temático Lazer**

<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
i. Dificuldade em participar de festas familiares, eventos e passeios	09FO
ii. Limitação em participar de atividades de canto	02FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

O lazer destaca-se como atividade muito afetada pela DTM. Os sujeitos relatam a perda da vontade em participar das reuniões familiares e sociais (09FO) e a necessidade de ficarem quietos para não agravar a dor na face.

Di Fabio (1998 apud LUCENA, 2004) comparou incapacidades e o estado de saúde associado com desordens temporomandibulares e outras desordens musculo-

esqueléticas, para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde. O instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde - Estudo de Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study* – MOS-17), foi usado para avaliar os aspectos físicos e mentais da incapacidade associada à DTM. Os resultados mostraram que os pacientes com DTM tiveram limitações na dimensão social e bem-estar emocional, semelhante aos pacientes com distúrbios cervicais. Essa comparação torna-se pertinente, uma vez que ambas as patologias apresentam características de cronicidade.

Percebem-se as dificuldades em participar de atividades de canto, com 02 (FO). Apesar de muito específica, essa ocupa um lugar de destaque, pois os sujeitos expressam com muito pesar o impacto na dor limitando o lazer, mas principalmente por representar uma atuação religiosa.

Uma das entrevistas afirma que deixa de participar de certas festas em família. É dito:

Teve um dia mesmo que tava todo mundo em festa. Aí era aniversário da minha tia. Todo mundo na festa e eu lá deitadinha com a dor. Só no lado direito /.../ É horrível, né? Porque fica a turma toda brincando. (E2)

A dor impõe limites na participação do lazer fora da sua casa. O entrevistado diz:

Se eu tiver com ela ((com a dor)), num participo não. Que adianta tá num lugar e ficar noutro. E não posso abrir a boca /.../ Porque se abrir a boca, dói. Não posso nem fazer assim ói ((demonstração)), nenhum movimento na boca. Parece que tudo aqui ((indicação)) vai descer. O melhor é ficar em casa. (E3)

Essa condição de ficar em casa, mais do que na rua, ou seja, numa mudança de um determinado padrão de lazer é compartilhado por outro entrevistado:

“Ultimamente eu não ando saindo muito não. Eu tô mais caseira.” (E4)

A dor retira a vontade de sair de casa, de acordo com outro entrevistado:

“Algumas (vezes), só quando eu estou com muita dor mesmo que eu não tenho vontade de sair de casa.” (E13)

Essa desmotivação igualmente é apontada por outra entrevistada que prefere ficar “quieta”. Ela responde:

“A gente não sente vontade de passear, de fazer lazer. Dá vontade só da pessoa ficar assim (...) num canto, parada, quietinha /.../ Eu saía, passeava, mas agora que eu mudei.” (E6)

Outro entrevistado relata:

“Em se tratando de quando tá (doendo), eu fico deitada. Quero só tomar remédio pra dormir.” (E3)

Esta condição se repete através da imagem de ficar sempre “naquele cantinho”.

Ele diz:

“Ah::: Quando tá doendo muito eu vou, mas sempre fico lá naquele cantinho, mais quieto. /.../ Quando tá doendo um pouquinho eu participo. Agora, quando tá doendo, doendo mesmo aí eu fico lá quietinho, na minha.” (E9)

Trata-se de uma recusa em participar da vida social de lazer que pode trazer problemas para um casal de esposos. Uma mulher responde que a dor lhe traz os seguintes limites:

Impede. Principalmente assim / porque meu esposo gosta de sair pra dançar. Aí eu acho ruim pro ouvido. Faz bem uns dois meses que eu não saio. /.../ porque o barulho incomoda. A dor, feito eu disse, não é freqüente, não é toda hora. Aí eu fico com medo, assim (...) tá entendendo? Na hora chegar doer lá (na dança) e eu ter que ir embora, aí eu fico com medo de ir. (E14)

A presença da dor mudou o comportamento de lazer de um entrevistado que também se isola para não ser um incômodo aos outros.

“Mudou um pouco. Porque quando tá me incomodando eu não saio. Porque eu sei que eu não vou me sentir bem e vou incomodar as pessoas, aí eu não saio.” (E18)

Outras atividades como participação no coral da Igreja, avaliada como uma atividade de lazer, igualmente foi suspensa. Esse limite é apontado com certa ênfase:

Com certeza. Eu cantava na igreja e não canto mais. /.../ Preciso estender muito a voz e eu não posso porque senão ele (o maxilar) estrala (estala). Aí eu tenho medo quando ele estrala, porque já aconteceu isso /.../ É tão ruim. Eu gosto tanto /.../ É muito ruim, é horrível. Desde pequenininha eu cantava na igreja, aí no ano passado eu tava fazendo parte do coral da igreja. Eu tive que sair porque na hora do ensaio eu fui dar um agudo e não agüentei. Aí ele

(o maxilar) desceu. Aí chamou a minha mãe. É horrível. Aí não canto mais na igreja. (E5)

Esta limitação também ocorre em outro enunciado de evangélico, o que é problemático porque também para este outro entrevistado o canto é parte importante no ritual da religião. Ele diz:

“Sim, porque eu sou evangélico, toco na igreja, e isso me incomoda muito. Me impossibilita de estar ali por mais de uma hora cantando.” (E17).

#### b. Trabalho/Estudo

Macfarlane *et al.* (2002 apud OLIVEIRA, 2003), apesar de terem estudado pacientes com dores orofaciais de diferentes origens, incluindo as odontogênicas que, por suas características de quadro agudo, demonstraram, em 2504 pacientes, um importante impacto da dor orofacial no trabalho, com 17% de relatos de perda de dias de trabalho e incapacidade de desenvolver suas atividades como antes da dor.

Segundo dados da SBED (DOR..., 2007)

A dor afeta pelo menos 30 % dos indivíduos durante algum momento da sua vida e, em 10 a 40% deles, tem duração superior a um dia. Constitui a causa principal de sofrimento, incapacitação para o trabalho e ocasiona graves conseqüências psicossociais e econômicas. Muitos dias de trabalho podem ser perdidos por aproximadamente 40% dos indivíduos. Não existem dados estatísticos oficiais sobre a dor no Brasil, mas a sua ocorrência tem aumentado substancialmente nos últimos anos.

Nesta investigação no eixo temático “trabalho / estudo” ocorreram 02 (duas) unidades temáticas: a “falta de ânimo e paciência”, com 04FO e “diminuição da capacidade” com 06FO.

#### **Quadro XVI – Eixo temático Trabalho / estudo**

<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Freqüência de Ocorrência (FO)</i>
i.Falta de ânimo e paciência	04FO
ii.Diminuição da capacidade	06FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Sobre a falta de paciência e ânimo um dos entrevistados responde que

“/.../ tava doendo muito o ouvido. Aí eu não posso ir pra escola por causa da zuada. Aí tem que ficar (...) assim. Aí eu fico sem paciência e fico logo sentado, agitado. Aí dói. Aí eu não vou.” (E9).

Essa experiência causa aborrecimento em outro sujeito que assim se expressa do seguinte modo:

Me dá dor de cabeça. Aí, causa aborrecimento, chateação. Fica, assim, chateada. Fica assim / sem ter ânimo pra fazer qualquer outra coisa. Você fica sem ânimo. Fica impaciente, fica nervoso, se toca, fica nervoso. Aí, você começa a tomar um analgésico, toma alguma coisa, aí ela demora um pouquinho pra passar. (E11)

Essa falta de paciência no enunciado de outro sujeito é causada por um aumento da sensibilidade auditiva, conforme se percebe no relato:

“Eu percebi que na audição sim, porque eu trabalho com crianças às vezes eles gritam, começa incomodar um pouco /.../ Muito forte dentro do ouvido o grito ((das crianças)), aí eu peço – “Por favor, não gritem! Brinquem sem gritar.”” (E14)

Por fim, esse impacto se expressa em termos como “nervosismo”, presente no enunciado de outro sujeito:

“Atrapalha e muito. Tem dia que eu tô sem paciência. Fico nervosa. Eu sei que a moça lá fora ((atendente que realizou a triagem inicial)) fez: “você tá nervosa agora?” Eu fiz: “tô!” Começo a suar e fico nervosa.” (E16)

A outra unidade temática que se destaca é a percepção da falta de capacidade. Sobre isso outro sujeito também aborda a falta de “paciência”, entretanto enfatiza a diminuição da sua capacidade de trabalho. É dito:

“Dá uma impaciência, mas eu tenho que costurar /.../ quando eu tô com dor eu diminuo a minha capacidade ((diminui a quantidade de costuras)).” (E6)

Essa dificuldade, em outro caso, estava relacionada com “quedas” da mandíbula, súbitas e imprevisíveis, agravando o processo de dor e comprometendo ainda mais as suas atividades profissionais. Respondendo afirmativamente que essa dor na face mudou a capacidade de trabalho, o entrevistado relata:

É assim: dormia muito tarde, que às vezes ficava no computador. Não podia ficar até muito tarde pesquisando um negócio, aí caia

((quando bocejava com sono)) /.../ Às vezes cai (no trabalho). Já caiu até na rua / prejudica e muito. Eu trabalho de motorista. (E13)

Sobre a falta de disposição e mudanças na capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia e a vontade de manter-se quieto, o entrevistado faz o seguinte comentário:

Tem dia que eu já passei sem ir (para o colégio) uma semana, quase. Porque a cabeça / dói a cabeça. Aí, dói o ouvido. Sai doendo é tudo. Se for doendo eu não estudo /.../ Não dá vontade de assistir televisão, não dá vontade de fazer nada. /.../ Ficar quieto. (E9)

Outros transtornos causados pela DTM, como enxaqueca e mal-estar colaboram para o impedimento da realização das atividades diárias, como estudo. Sobre isso a entrevistada relata:

“É insuportável. Aí, eu faltei até o colégio. Eu faltei. Meu deus do céu. E não era nem pra eu faltar. Aí, eu faltei porque eu não tava agüentando / Enxaqueca, vontade de vomitar / “Aí, eu vou faltar!” Porque foi insuportável mesmo.” (E16)

Importante frisar que esse impacto no trabalho depende do tipo de atividade exercida, principalmente se existe um uso profissional da fala como atividade de comunicação, como no caso do próximo sujeito que trabalha como atendente de telemarketing. Ele diz:

“É, eu trabalho o dia todo falando, e eu tô sentindo dificuldade pra falar. É, tá atrapalhando.” (E18)

Por fim, essa condição faz com que os sujeitos fiquem arriados ou acamados. Sobre isso, outro entrevistado diz:

Eu estudo. Com certeza ((está atrapalhando)) porque até na escola mesmo / tem dias que eu faltava / que agora eu terminei. Já pensou? Faltava por causa da dor de cabeça /.../ Até o curso que eu tô fazendo agora (...). Foi essa semana que eu tive muito forte. Fiquei em casa arriada e não pude ir ((para o curso)). (E2)

### c. Atividades Domésticas

No eixo temático referente ao impacto na realização das atividades domésticas, ocorreu apenas 01 (uma) unidade temática: “incapacidade de realizar as atividades, com 02FO.



**Quadro XVII – Eixo temático Atividades domésticas**

<i>Unidade Temática (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
i.Incapacidade de realizar as atividades domésticas	02FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Pensando nessas atividades domésticas, são relatadas limitações totais ou parciais. Nesse caso por conta da característica intermitente na DTM, ou seja, uma dor que pode ir e voltar. Um dos entrevistados responde o seguinte, em termos de limitações nas atividades domésticas:

Impede. Que você querer fazer aquilo com dor / que pode tomar qualquer remédio pra ver se alivia aquela dor. Agora, se fosse direto eu acho que eu não agüentava não. Que tem gente aqui ((pacientes na sala de espera)), que diz que é direto. Eu não vou dizer que é direto, que não é. De repente ela chega assim (...) de repente. (E3)

A limitação é reconhecida, motivando o uso contínuo de medicamentos e a confissão de que seria insuportável se não houvesse períodos de alívio. É uma dor que cria uma necessidade de não fazer nada, apenas descansar. Outro entrevistado responde o seguinte em termos do impacto nas atividades domésticas:

“Quando eu sinto dor aí dá vontade de ficar deitado em casa. Dá vontade de deitar e ficar só colocando compressa quente”. (E8)

### 3.3.2 Impactos específicos em ser portador de DTM

Consideraram-se dificuldades específicas aquelas que causam impactos diretamente às atividades relacionadas às funções orais e/ou da face. Os enunciados dos sujeitos com DTM retratam um impacto importante nas mais diversas atividades. O comprometimento na realização de tarefas é relatado através no recorte da entrevista abaixo.

/.../ pra comer / eu não mastigo chiclete, não chupo pirulito, eu não rôo osso eu não gosto de nada duro. Incomoda bastante. Pra bocejar dói muito, uma dor fina. É horrível. É muito ruim mesmo /.../ agora mesmo tá doendo. Quando eu acordo pra escovar os dentes, dói. Quando eu vou falar (...) quando eu falo ou fico bocejando. Às vezes quando eu tô normal assim / fica latejando aqui ((indicação)). (E6)

Nos enunciados dos entrevistados sobre os impactos específicos em ser portador de DTM foram encontrados como eixos temáticos mais frequentes os seguintes temas: a. Mastigar (05UT); b. Falar (04UT); c. Fazer higiene oral e da face (04UT); d. Bocejar (03UT); e. Ficar com o rosto normal sem aparência de dor ou triste (03UT); g. Sorrir e gargalhar (02UT); Atividade sexual (02UT) e h. Fazer exercícios físicos (02UT).

#### Quadro XVIII – Impactos específicos em ser portador de DTM

<i>Eixos Temáticas</i>	<i>Unidades Temáticas (UT)</i>
1) Impactos específicos em ser portador de DTM	25UT
a. Mastigar	05UT
b. Falar	04UT
c. Fazer higiene oral e da face	04UT
d. Bocejar	03UT
e. Ficar com o rosto normal sem aparência de dor ou triste	03UT
f. Sorrir e gargalhar	02UT
g. Atividades sexuais	02UT
h. Fazer exercícios físicos	02UT

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

#### a. Mastigação

Em se tratando de mastigar, é uma das funções orais que demanda grande atividade da articulação temporomandibular (ATM) e dos músculos relacionados, estruturas que geralmente estão comprometidas na DTM.

Os achados de Murray *et al.* (2001 apud OLIVEIRA, 2003) mostraram um significativo impacto na qualidade de vida dos portadores de DTM quando comparados à população sem queixa de dor. Os relatos de problemas funcionais, como dificuldade para mastigar determinados alimentos, foram quatro vezes maiores para os pacientes estudados, e os relatos de depressão nove vezes maior.

No eixo temático da “mastigação” apareceu como mais freqüente limitação na “movimentação da boca”, com 08FO; seguido das queixas quanto à “consistência dos alimentos”, com 07FO; “modificação da dieta”, com 06FO; “perda de peso”, com 02FO e “transtorno no convívio familiar e/ou social” também com 02FO

**Quadro XIX – Eixo temático Mastigação**

<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Frequência de ocorrência (FO)</i>
i.Movimentação da boca	08FO
ii Consistência dos alimentos	07FO
iii.Modificação da dieta	06FO
iv.Perda de apetite e peso	02FO
v.Transtorno no convívio familiar e/ou social	02FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

A unidade temática da “movimentação da boca” parece estar relacionada ao fato de que a atividade da “refeição” torna-se estressante, conforme aponta um dos entrevistados ao abordar as limitações na mastigação:

“Ela impede, impede. Quando eu vou fazer as refeições, aí ela aperreia” (E1)

A queixa de dor para se alimentar também é relatada por outro sujeito que interrompe a refeição e “vai para a cama”:

“/.../ às vezes, assim / fica doendo. Às vezes, assim (...) quando eu vou almoçar fica aquele negócio assim (...) meio dolorido, latejando. Aí eu vou pra cama e fico deitada um pouquinho” (E5)

Esta movimentação, como fator limitante, expressa alterações estruturais e/ou nas funções orais conforme é respondido por outro sujeito em termos das limitações nas refeições:

Sim, assim (...) um pouco. Porque quando eu tô mastigando / às vezes eu sinto quando o outro lado fosse, como se fosse aberto (desocluído). Eu mastigo desse lado ((indicação)), não sinto direito. Quando eu vou pra esse ((indicação)), eu percebo que tá dificultando esse lado. Aí eu digo: “e agora? Como eu vou mastigar?” (E14)

Existem referências de tentativas de mudanças no “lado” da mastigação, sem os resultados esperados, o que teve impacto na alimentação.

“Porque eu não gosto de mastigar desse lado ((indicação)), eu gosto de mastigar desse ((indicação)), e ele tava incomodando /.../ incomoda muito /.../ mudei totalmente, muita coisa que eu comia não como mais.” (E15)

Apesar do repouso noturno, essa dor se inicia no primeiro movimento do dia.

“É. Eu passo a noite toda com a boca fechada. Aí, de manhã, quando eu faço o primeiro movimento, eu sinto dor.” (E4)

Trata-se do movimento repetitivo do mastigar, conforme ilustrado em outro enunciado.

“De vez em quando, dói. Quando tá mastigando (...) aí dói um pouquinho (até para mastigar) chiclete...” (E9)

É um tema igualmente presente no caso das “frutas”, mesmo algumas não sendo consideradas “duras”. É respondido que existem limitações:

“/.../ Assim (...) a maçã. Não é que seja dura, mas assim, o ato de morder a maçã (...). Alimento assim / até o pão mesmo, isso às vezes dói.” (E11)

Outro sujeito explica com detalhes essa experiência da dor durante a abertura da boca.

Às vezes, não é nem que eu vou mastigar, às vezes é só no movimento que eu vou abrir a boca, aí já dói. Às vezes eu tenho que segurar aqui ((indicação)) um pouquinho, botar a mão, porque pra fazer os movimentos / porque ela dói. Agora mesmo tá doendo. Mas, é uma dorzinha que tá incomodando, uma dorzinha fina lá dentro. Mas se eu for fazer um movimento mais forte, aí ela dói mais. (E4)

Em seguida, surge a unidade temática relacionada à consistência dos alimentos. Este alimento considerado “duro” não apenas provoca dor, mas também o estalo na articulação. É dito:

“Dói quando mastiga. Ela dá uma dor fina e começa a estalar /.../ O duro é mais dificultoso. Os moles é mais fáceis /.../ Aqueles coquinho de macaíba... Tinha tempo que eu comia aquilo demais. Agora eu não posso.” (E2)

Em outro enunciado surge como fator limitante da mastigação.

“Se for assim (...) principalmente coisa dura. Se for pastoso, eu ainda / eu como porque não vai mastigar, né? Se for algo duro, eu não consigo mastigar não.” (E3)

É um tema recorrente:

“Alimentos duros, sim /.../ Quer dizer, quando tá doendo, como eu disse / comida que eu tenho que mastigar, eu evito. Mas quando não tô sentindo dor, eu como.” (E7)

A relação dos alimentos “duros” que são interditados está presente neste outro enunciado sobre as limitações que a dor causa.

“Um pouquinho. Olhe! Assim (...) frango. O frango assado, eu evito porque é mais duro, tá entendendo? Aí eu evito milho, assim (...) pamonha, que é mais durinha, também já evito também, já pra não sentir dor.” (E18)

Até alimentos menos “duros” mostram-se difíceis de ser mastigados quando o sujeito encontra-se com a dor.

“Comer alimento duro eu como. Agora, só que quando é um dia que num tá doendo, aí a pessoa come. No dia que tá doendo, prejudica um pouco né? /.../ Pão (...) se tiver doendo, pão dói.” (E8)

É um sub-tema presente em outro enunciado.

“Limita (de mastigar) /.../ O pão, eu sinto dificuldade de comer pão, principalmente pela manhã.” (E17)

Essa limitação pode estar presente em alimentos que são prazerosos, mas que devem ser mastigados com muita cautela. É dito:

“Pipoca não pode comer porque tem que ficar assim (...). Não pode pegar a pipoca pra botar na boca. Tem que colocar de pouquinho. Porque senão pode bater ((o caroço nos dentes)).” (E9)

Em outros enunciados, o que se destaca como desdobramento lógico dos problemas decorrentes na mastigação e consistência dos alimentos é a unidade temática “modificação na dieta” conforme conclusão presente nesse trecho.

“Assim, coisa mais dura, né? Aí, eu tô evitando. Num tô (...) assim / quanto mais mole é melhor pra mim.” (E16)

Outro sujeito aborda o mesmo tema:

“Impede (de mastigar). Quando eu tenho que mastigar, dói /.../ Eu ultimamente tenho comido coisas mais pastosas. (E13)

O entrevistado abaixo relata mudanças com a alimentação no desjejum. Ele responde sobre as limitações:

“(impede de mastigar) Só quando eu me acordo logo de manhã. Eu não consigo tomar café (da manhã). Tenho que comer coisa líquida que não precise mastigar.” (E7)

Essa alteração implicou não fazer uso de alimentos que gostava e ter que optar por outros.

Assim (...) eu gosto muito de ossinho, não posso mais. Carne dura, eu não posso, assim, pegar e puxar. Dói. Tem que ser assim cortadinha (a carne). Tem que ser o mínimo de mastigado possível /.../ teve um tempo assim, que quando tava doendo muito, muito, muito, aí eu comecei evitar (de comer alimentos duros). Trocando o almoço por um copo de suco ou por uma vitamina. Aí foi quando eu perdi três ou quatro quilos por causa disso. Eu era bem cheinha. (E5)

Outro entrevistado também apresenta modificação na dieta e explica o cuidado que tem que ter para se alimentar:

Eu sentia prazer em mastigar uma maçã, uma laranja; abocanhar aquela fruta com prazer. E agora não. Até a banana (...) a banana não é mole? Eu não posso abocanhar ela assim ((demonstração)), eu tenho que cortar os pedaços dela ou machucar. (E6)

Esta mudança implica o tipo de alimento e a forma como deve ser processado para que possa haver uma mastigação sem dor.

Impede. Totalmente. Eu, ultimamente, estou tendo que comer mais coisa assim (...) líquida, alimento mais mole. Eu não posso morder a fruta, eu tenho que cortar os pedacinhos pra poder botar na boca ou então machucar. Ou então liquidificar. Eu não posso morder alimentos sólidos, não. (E6)

Outra consequência do processo é que com a dor haja perda de apetite e de peso.

“Ah sim! Não tem dias, assim (...) que a pessoa só dá vontade de comer menos do que comia? Num sei se é o organismo que pede menos” (E8)

Em outro enunciado, destaca-se a perda de peso.

/.../ num é freqüente não. Passa 2 mês, aí ela (a dor) vem. Aí dá a dor no ouvido. Fico que eu não posso nem mastigar nada e sem abrir a boca. /.../ Até 3Kg eu perdi porque não consigo comer de jeito nenhum. Porque quando eu tô com essa dor, eu não consigo comer nada. (E3)

Por fim, destaca-se a unidade temática “transtornos no convívio familiar e social” relacionada à alimentação, como demonstra o enunciado a seguir:

Assim (...) nos primeiros tempos quando eu almoçava, eu não almoçava na mesa porque estralava ((estalos/clics provenientes da ATM)). Toda vez que eu comia / muito alto. Incomodava quem tava na mesa, tá, tá, tá. Minha mãe botava o almoço, eu ia pro quarto. /.../ Incomodava. (E5)

A mesma queixa é descrita pelo sujeito abaixo:

Na hora do almoço as pessoas que eu conheço, ou não conheço, nota alguma diferença, principalmente quando estrala (estala) e alguém está do meu lado /.../ além de incomodar, me causa dor, e me deixa constrangido com o estralo. (E17)

Por fim, a privação dos alimentos preferidos, a lentidão para alimentar-se, a inapetência, a perda de peso e a dor, muita dor, são algumas das características do processo de alimentação dos sujeitos estudados. É uma função básica necessária à sobrevivência, que além de fins nutricionais possui um caráter social e de satisfação. Entretanto, para esses sujeitos com dor crônica, passa a ser um momento de sacrifício e desprazer.

#### b. Falar

A comunicação oral fica muitas vezes prejudicada em decorrência da dor ao falar. Isso pode causar não apenas impacto profissional, mas também social, pois esse ato inerente ao processo comunicativo fica bloqueado ou minimizado como uma estratégia para prevenir ou atenuar o sofrimento físico.

São muito controvertidos os estudos fonoaudiológicos que correlacionam a existência de queixas na fala e DTM. Isso se deve, provavelmente, à ausência dessas questões nos protocolos de anamnese de DTM, para que os sujeitos pudessem referi-las.

Alguns dos trabalhos que relatam a presença dessa relação são os trabalhos de Felício (1994), Anelli (1997) e Bianchini (1998). Contudo, Tauci (2006), aprofundando o estudo nessa área, concluiu que, as queixas de fala mais frequentes que os indivíduos com DTM referem, são em ordem decrescente: ruídos na articulação, cansaço após longos períodos de fala, limitações no movimento mandibular na presença de dor e desvios na mandíbula, deslocamentos, travamento e rouquidão.

Neste estudo, ocorreu com maior freqüência a dor ao falar, com 05FO; seguida de “evitação de falar” e “prejuízos profissionais”, ambas com 02FO; e por fim, “adaptação para falar”, com 01FO.

#### **Quadro XX – Eixo temático Falar**

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Freqüência d Ocorrência (FO)</i>
i.Dor	05FO
ii.Evitação de falar	02FO
iii.Prejuízos profissionais	02FO
iv.Adaptação para falar	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

No caso da dor ao falar, o que se destaca no enunciado abaixo é a metáfora da tortura:

“Conversar também. Eu evito conversar. Porque se abrir a boca (...). Qualquer movimento, dói /.../ É uma tortura.” (E3)

Trata-se de uma condição que pode justificar o laconismo de muitos sujeitos. É uma situação de dor que se encontra presente no próprio ato da entrevista:

“Às vezes, quando converso. /.../ Agora mesmo tá doendo.” (E5)

As condições que prejudicam a fala ocorrem em algumas situações. Geralmente, sendo a dor intermitente, o prejuízo está vinculado à presença dela. O sujeito responde:

“Quando tá doendo, sim.” (E7)

Uma simples conversa é comprometida pela existência da dor, como demonstra o sujeito abaixo. Torna-se pior, pois essa dor localiza-se nos órgãos da comunicação, e da alimentação principalmente, o que parece desencadear um impacto ainda mais significativo.

Como eu lhe disse, é péssimo. Não é? Porque tem várias coisas que eu gostaria de fazer e não posso fazer por causa da dor de cabeça que dá. /.../ Agora mesmo eu tava conversando com a menina ((na sala de espera)) e deu a dor fina no maxilar. Eu parei (...) Deu uma dorzinha aqui ((indicação)). (E2)



Outra condição depende da velocidade da fala. É respondido que essa dificuldade ocorre em situação específica:

Só quando eu tô conversando, falando muito rápido, aí trava um pouquinho. Mas num instante destrava /.../ Eu tô falando normal, aí quando eu começo a falar muito rápido é que dói. Aí paro. Aí tem que falar bem devagarzinho. (E9)

Em outra unidade temática, a da “evitação de falar” existe uma característica do sujeito que é bloqueada. Ela assim responde sobre os prejuízos:

“Tem vezes. Eu sou muito tagarela e (...) Eu evito.” (E16)

Outra entrevistada necessita evitar conversar chegando a senti-se “detida”. Sobre isso ela expressa:

Eu fico assim um pouco detida. Dá vontade (...). Tem vezes eu nem abro o meu ateliê (de costura). /.../ Prefiro assim (...) ficar deitada. Não quero nem conversar com ninguém. Tomo remédio e deito. Fico lá quietinha. (E6)

A unidade temática que aparece com apenas uma freqüência de ocorrência é a “adaptação para falar”. Uma entrevistada responde:

“De início me atrapalhava, doutora. Eu não podia conversar direito, eu ficava falando com a boca assim, quase fechada. Que eu não podia abrir a boca. /.../ Eu tô me adaptando a conviver assim.” (E6)

Prejuízos profissionais, conforme se observa no enunciado do sujeito abaixo, são comuns para os que utilizam a fala como instrumento de trabalho:

Eu trabalho falando. Não posso ficar assim. Me incomoda muito. /.../ Assim como eu tô aqui falando com você aqui. Não posso abrir muito a boca. Agora, (falar) mais alto, (e) mais grosso, eu não posso. /.../ A dicção / não. Porque eu trabalho com telemarketing, e não pode ter dificuldade pra quem está ouvindo. (E17)

Por fim, existem os que ficam impossibilitados de conseguir o emprego por causa da DTM.

Isso incomoda no dia-a-dia. Agora, assim (...) em trabalho / questão de trabalho. Porque eu já fiz seleções de empregos pra casos de tele-atendimento. He::: Call Center. E justamente quando eu passo pela tal da fonoaudióloga (...). Aí ela mede, ela aperta, ela nota que tem dor, ela me reprova. /.../ Já passei por / assim / são quatro fases. Você faz prova escrita, faz teste de digitação, faz várias provas. Faz dois tipos de dinâmicas diferentes. Aí quando chega à última fase, que é a fase da fonoaudióloga, aí estralou (estalou). Estralou três

vezes. Aí, ela apertou e, no caso, eu senti dor. Ela viu. Eu não disse a ela que eu estava sentindo dor, mas ela notou. E::: viu pelo estralo. Pegou e me reprovou. Duas vezes. /.../ Eu fiz três seleções diferentes e todas as três eu fui reprovada. Por esse motivo. Sempre, na parte da fonoaudióloga, ela me reprova. (E11)

### c. Fazer higiene oral e da face

Em se tratando das limitações relacionadas com o fazer higiene oral e da face surgiram quatro unidades temáticas relevantes. O primeiro, “sofrimento com a escovação” (04FO); em seguida, “problemas em abrir a boca” e “prejudica porque incomoda” (ambas com 03FO); e por fim, “incômodo com o fio dental” (02FO).

#### **Quadro XXI – Eixo temático Fazer higiene oral e da face**

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de ocorrência (FO)</i>
i.Sufrimento com a escovação	04FO
ii.Problemas e abrir a boca	03FO
iii.Prejudica porque incomoda	03FO
iv.incômodo com o fio dental	02FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Inicialmente é observado nas unidades temáticas que a escovação representa uma dificuldade importante. Esse sofrimento se caracteriza principalmente pela dor na realização da higiene. Essas dores não caracterizam exatamente um quadro de DTM, ocorrendo mais freqüentemente em decorrência de patologias do próprio dente. Sobre isso um entrevistado responde existir uma limitação específica, a saber:

“Só na hora da escovação. Quando bate aqui ((indicação)) aí dá uma dorzinha fina.” (E2)

É um tema que aparece em outro enunciado:

“Quando “tá” escovando os dentes, dói um pouco.” (E9)

O incômodo ainda se mostra circunscrito em outro sujeito:

“Rapaz (...) (escovar) os dentes tem hora que incomoda. (lavar) A face não. Mas os dentes (...)” (E18)

Por fim, outro sujeito conclui:

“Escovar /.../ machuca.” (E5)

Pode ser constatado, inclusive, que este ato de higiene oral é prejudicado na DTM, em alguns pacientes, por conta da abertura necessária da boca para a escovação dos dentes posteriores (molares), necessitando um movimento que causa maior tensão à ATM e aos músculos envolvidos. Portanto, trata-se de uma dificuldade relacionada com “problemas em abrir a boca”. Sobre isso um entrevistado descreve a sua impossibilidade:

“Não posso. Tenho que ficar com a boca fechada. Se eu ficar com a boca aberta, ele cai.” (E13)

É um empecilho expresso em outro enunciado:

“/.../ eu sinto muita dificuldade, porque quando eu abro, ele desloca. Com a deslocação vêm os estralos (clics/estalos). O cansaço vem também. Eu sinto muita dificuldade” (E17)

Novamente é enfatizado o impedimento por causa da experiência de dor:

“Impede. Ontem mesmo eu fui escovar os dente. Aí eu fui abrir muito, aí doeu.” (E16)

Outra unidade temática mostra que o laconismo das respostas pode estar relacionado com a própria dificuldade de falar. Ao ser perguntado se a “dor” prejudica a higiene oral é dito:

“Prejudica.” (E1)

Outro destaca o problema cada vez que ocorre.

“Isso aí, sempre.” (E3)

Enfim, apesar do desconforto a higiene é um ato obrigatório. É respondido:

“Às vezes incomoda um pouco, queima, mas tem que fazer também, né?”

(E15)

Finalmente, o “incômodo” surge com o uso do fio dental.

“Passar fio dental, incomoda muito.” (E17)

Em outro sujeito, não apenas incomoda:

“/.../ com fio dental, machuca.! (E5)

#### d. Bocejar

Bocejar aparece em quarto lugar na variação de temas (3UT) relacionados com os impactos específicos da DTM. Entre as unidades temáticas surgem “sofrimento no bocejo” (07FO); “evita bocejar” (06FO); e por fim, “não tem hábito de bocejar” (01FO).

#### Quadro XXII– Eixo temático Bocejar

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
i. Sofrimento no bocejo	07FO
ii. Evita bocejar	06FO
iii. Não tem hábito de bocejar	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

O bocejo pode vir acompanhado de desvios, estalos e dor. Sobre isso relata um sujeito sobre o grau de limitação em bocejar por causa da dor:

“Muito(...) Eu sinto muita dor. Fico com muita dor.” (E7)

Outro sujeito corrobora essa afirmação:

“Oh:::, demais, demais /.../ Pra bocejar dói muito. Uma dor fina. É horrível! É muito ruim mesmo.” (E5)

É uma dor cujo grau é expresso novamente através de metáfora:

Dá uma dor triste! Quando abre, dói. Dói até estrala (estala) e faz de novo aquela zoadá (zumbido) “zum”. Quando abre a boca de vez (bruscamente) aí eu vou parando e voltando, aí abro bem devagarzinho que não dói [...] Aí eu paro e vou fechando a boca bem devagarzinho pra não doer muito. (E9)

Essa “tristeza” entendida como algo intenso e negativo encontra-se associada ao incômodo dos estalos e zumbidos pelos sujeitos presentes no bocejo:

“Não posso. Dói. Estrala (estala) e dói. Sempre tem que ter esse estralinho (estalinho), aqui ((indicação)).” (E16)

Este sofrimento está presente em outro enunciado, cujo sujeito não se recorda do nome da estrutura da articulação. É dito:

“Estrala. Dói. Essa (...) esqueci o nome disso aqui ((indicação)). Aí, eu sinto como se realmente parece que descesse. A mandíbula parece que desce / o maxilar. Aí, eu fico mexendo, mexendo, até que (...)” (E11)

Outro sujeito também aborda que entre os impactos específicos, o bocejo se destaca. Provavelmente isso pode ser justificado por conta da recorrente temática do sofrimento:

“É o pior. Dá pra conversar / o pior é quando fica com sono” (E13)

Por fim, e em síntese, pode ser dito que esta experiência é traumática:

“Sim, eu fiquei com trauma de abrir a boca. Tem que abrir só um pouquinho, porque parece que vai descolar não sei que / fica isso na minha cabeça.” (E15)

Todos esses enunciados apresentam uma relação lógica com a próxima unidade temática: “evitar bocejar”. Inicialmente, surge como uma interdição profissional. É dito:

“Fui proibida. Fui proibida pelo cirurgião bocejar. Ele disse que eu bocejasse segurando, por causa da dor.” (E2)

Em outro enunciado, o próprio expressa a necessidade dessa “evitação”:

“Fico procurando um jeito assim (...). Quando tá doendo mesmo, eu evito o máximo.” (E7)

A “evitação” é justificada por “não poder abrir a boca” em decorrência do risco de deslocamento. É dito:

“/.../ não posso muito abrir a boca, não posso. Passo as horas de sono, porque se eu abrir muito cai (luxa). Quando cai, quando cai é difícil de colocar (reduzir).” (E13)

É uma situação retratada através de outro enunciado, onde a entrevistada minimiza o incômodo e demonstra certa adaptação.

“Incomoda um pouquinho. /.../ Aí eu tento não abrir a boca muito, ou então às vezes eu fico segurando um pouquinho aqui ((indicação)).” (E4)

Esta adaptação pode ocorrer através de modos singulares de bocejar:

“Bocejo com a boca meio aberta, meio bocejo /.../ dói.” (E17)

O ato de bocejar é impedido pela presença da dor em mais outro sujeito que relata:

“Atrapalha. Eu não posso! Eu fico prendendo. Assim (...) pra não bocejar, que dói.” (E6)

Por fim, é um problema que não ocorre tanto com outro sujeito porque ele não tem o “hábito” de bocejar. Ele diz:

He::: Essa questão aí não impede porque não sei se é porque eu num tenho esse hábito não de (...) de bocejar. Eu não sei o porquê. Só durante (...) he:: como é que chama? Quando eu acordo num dá vontade. Só dá vontade (de bocejar) meio dia. Num sei se tem pessoas que é assim também. (E8)

e. Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou de triste

A face, além da voz, é também um importante instrumento de comunicação. As expressões faciais por ser um relevante meio de expressão não-verbal não conseguem esconder a experiência de sofrimento físico e psíquico com a dor. Nos vários recortes foram encontradas como unidades temáticas mais prevalentes, as seguintes: i) Não consegue, fica triste, amuado e sem prazer (06FO); ii) Procura disfarçar ou não valorizar (02FO) e iii) Difícil não ficar (01FO);

**Quadro XXIII** – Eixo temático Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou de triste.

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência(FO)</i>
i.Não consegue, fica triste, amuado ou sem prazer	06FO
ii.Procura disfarçar a aparência ou não valorizar	02FO
iii.Difícil não ficar com aparência de dor ou e triste	01FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

A dor se caracterizando como um problema recorrente na vida do sujeito não deixa de ser “comunicada” em determinadas expressões faciais. Um sujeito responde o seguinte:

A cara de triste eu fico. Porque eu sinto um pouco. Porque quando a gente tá com problema e não resolve (a dor que não melhora), aí você bota aquilo na cabeça. Eu mesmo sou assim, enquanto não resolver o problema não consigo ficar feliz. Fico um pouco triste, né? /.../ Mas aí me incomoda, aí eu fico triste. (E14)

Essa expressão é visível por outras pessoas que estão perto do sujeito demonstrando interesse pelo problema. Dessa forma é dito:

Eu tô sempre com rostinho de triste. Quem vê pensa que eu tô sentindo dor. Tem vezes que tá incomodando, aí, eu fico meio triste. Aí, tem gente que pergunta, né: “tá sentindo dor? Tais com fome?”. Mas, é porque tem vezes que tá incomodando, doendo. Aí, eu: “não, tô com uma dorzinha”. (E16)

Em outro enunciado, a experiência da dor faz com que atinja a expressão da face referida na terceira pessoa do singular. Uma entrevistada responde:

“Quando tá doendo muito, (a aparência) fica um pouco triste.” (E7)

Essa expressão é referida de outro modo:

“Sempre com o rosto de dor.” (E13)

Trata-se de um estado de humor que interfere na própria existência do sujeito. Um deles diz que a experiência da dor lhe prejudica:

“Impede (de ficar com o rosto normal). Eu fico meio amuado, vou dormir cedo.” (E9)

Ou então atinge a própria capacidade de sentir prazer:

Impede sim. Porque quando você está com a dor, você não fica tão relaxado, você fica contraído. Se contrai. Você não se distrai com outra coisa, porque tem dor. E ela (a dor) acaba lhe tirando prazer de certas coisas. (E17)

Uma alternativa, presente em duas unidades temáticas, é disfarçar a experiência conforme se observa no enunciado a seguir:

Ah::: meu Deus! A gente tenta disfarçar, né doutora? Mas dói. Só Deus é que sabe. E como diz o ditado: “que só quem tá calçando o sapato é que sabe onde tá apertado”, né? Imagine a gente que

convive com essa dor. Às vezes a gente tenta disfarçar, mas não dá o que saber a todo mundo, o que a gente tá sentindo. (E6).

Ou então, não valorizar a experiência do incômodo

Ah:: tem hora, sabe? Porque tem hora que incomoda bastante. Tem hora que faço de conta que é besteira. Faço de conta que não tá nem acontecendo. Pra mim não. Porque se você falar e pensar que aquilo tá incomodando, piora mais ainda. Eu faço de conta que não tá me atingindo em nada. (E18)

Por fim, é essa a avaliação de outro sujeito sobre a tentativa de esconder a dor:

“Aí é difícil né? É difícil.” (E8)

#### f. Sorrir e Gargalhar

As atividades de sorrir e gargalhar são as mais simples expressões de felicidade e satisfação. Contudo, necessitam da ativação da mímica facial e, sobretudo, da abertura da cavidade oral. Nesse sentido, os sujeitos portadores de DTM, embora não gozem de muita satisfação, pois sofrem de dor crônica, quando a possuem, não podem demonstrar já que essa atividade lhes causa agravo do processo doloroso.

#### Quadro XXIV – Eixo temático Sorrir e gargalhar

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
i.Medo ou incômodo	06FO
ii.Impedimento	05FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Entre as unidades temáticas presentes nos enunciados surgem o “incômodo e medo ao sorrir” (06FO) e “impedimento” (05FO).

“/.../ tinha época que até eu ria mais. Aí, agora eu fico até com medo. Porque posso dá um (sorriso)(...). Porque eu gosto muito de rir, aí, eu fico até com medo.” (E16)

Um dos entrevistados minimiza o sofrimento.

“Às vezes incomoda um pouquinho, mas eu faço mesmo assim.” (E4)



É uma situação que cria um paradoxo no sujeito, o bem-estar do sorriso se torna a antecipação de sofrimento, algo que incomoda.

“Sim, assim (...) eu percebo se sorrir muito incomoda. Aí eu digo: “vai doer!” Aí eu acho que vai incomodar. Aí eu evito porque vai doer.” (E14)

Em outros casos, não é apenas o ato de rir que causa dor, mas o exagero do gargalhar, o que também incomoda muito.

“Assim (...) eu acho assim (...) incomoda de gargalhar. Às vezes dói.” (E15)

Outro sujeito é mais sucinto:

“Incomoda.”(E18)

Em outro enunciado, o incômodo é explicado em detalhes.

Sorrir incomoda. E quando eu abro o sorriso no maxilar, a parte inferior, ele (o maxilar) muda (desvia). Desvia para o lado. /.../ É, pro lado esquerdo. Então, eu tenho que controlar o sorriso. Tem muita gente que não sorri pra não abrir muito a boca. (E17)

Trata-se de uma situação que causa “impedimento” ao gesto de rir, conforme dito de modo sucinto.

“Impede” (E16)

De modo que sorrir dói numa articulação dolorida. É dito:

“Quando tá atacada (na crise), eu não posso rir.” (E6)

Entre as várias causas para esse impedimento são apontadas algumas.

“O meu modo de rir é esse que eu to rindo aqui ((demonstração)). Se eu rir mais um pouquinho, estala.” (E2)

É um impedimento que causa expectativas que assustam.

“Ah::: Isso aí impede, e como. Porque quando eu vou abrir a boca não consigo, que parece vai arrebentar tudo.” (E3)

Ou então uma luxação da mandíbula

“Não posso. Tenho que ficar com a boca fechada. Se eu ficar com a boca aberta, ele cai.” (E13)

### g. Atividade Sexual

A pergunta da entrevista que originou esse tema intencionava indagar sobre a atividade sexual. Entretanto, as respostas dos impedimentos envolveram unidades temáticas específicas como “beijo” (03FO) e mais amplos como “incômodo na atividade sexual” (03FO)

#### **Quadro XXV – Eixo temático atividade sexual**

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
i. Dor e incômodo no beijo	03FO
ii. Incômodo na atividade Sexual	03FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

No caso do “beijo” é dito o seguinte em torno dos impedimentos e limitações:

“Só o beijo. Porque dói, estala.” (E2)

É a unidade temática que surge em outro enunciado:

“Atrapalhou no início. Quando meu esposo vinha me beija. Às vezes ele vinha assim (...) de supetão. Aí doía.” (E6)

Em outro entrevistado é recorrente:

“Beijar incomoda.” (E17)

Em se tratando da unidade temática “incômodo na atividade sexual” fica claro que é um impedimento esperado nessa condição de dor. Um entrevistado assim generaliza:

“Quando eu tô com qualquer dor, você não consegue fazer. Qualquer dor que você (...)” (E3)

É um tema presente em outro enunciado:

“Quando eu tô sentindo dor, incomoda.” (E7)

Por fim, a atividade sexual é dita de outro modo.

“Às vezes incomoda pra namorar.” (E5)

### h. Exercícios físicos

Nos enunciados dos entrevistados surgem duas unidades temáticas em relação a fazer exercícios físicos. Uma relacionada ao “mal-estar” (03FO) e outra com a necessidade de “redução” (02FO) total ou parcial.

#### **Quadro XXVI – Eixo temático Fazer exercícios físicos**

<i>Unidades Temáticas (UT)</i>	<i>Frequência de Ocorrência (FO)</i>
i.Mal-estar na realização de atividades físicas	03FO
ii.Redução das atividades físicas	02FO

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo

Em se tratando do sofrimento este surge de modo afetivo ou físico. Nesse primeiro caso é dito que existe um sentimento de medo, quando esse exercício é executado.

“Eu tô com medo de fazer musculação pra não fazer muita força.” (E13)

Em outro caso, é dito:

“Porque só eu fazer exercício forçado, aí dava (a dor). Fui pra academia aí (...) doeu. No outro dia já ficou chiando (ruídos na ATM) / já sentia a articulação.” (E8)

Por fim, a dor, às vezes, é localizada no corpo.

“A cabeça de vez em quando dói, na educação física.” (E9)

Dessa forma para evitar o sofrimento existe uma redução das atividades, seja parcial ou total. No primeiro caso, um entrevistado responde sobre as limitações e impedimentos das atividades físicas relacionadas com a DTM.

Impede. Foi o que fez eu procurar o (...) o médico pra saber se eu tenho que diminuir porque eu fazendo exercício. Eu tava fazendo exercício com pena assim (...) com pena de tá sofrendo por causa disso, né?. Aí eu diminuí os exercícios com menos peso, pra / fazer exercício leve já por isso /.../ Eu levo como se fosse um descanso, né? Só descansar um pouquinho, mas só que se tem que parar de fazer um pouco, de pegar muito peso, tem que parar pra primeiro ver o que é, né? (E8)

Por fim, a supressão dos exercícios.

“Eu procuro mais deitar.” (E3)

Importante frisar a ausência de referência nos enunciados estudados em relação aos eixos temáticos como “tomar líquidos” e “deglutição”. No caso dos alimentos líquidos, pode ser justificada porque o alimento líquido não requer muita

mobilidade das estruturas orais. Pelo mesmo motivo, o ato da deglutição, geralmente, não agrava a condição dolorosa.

Parece uma ironia sentir dor para falar da dor. Apesar de a DTM apresentar características semelhantes a todas as outras dores crônicas, como já foi comentado anteriormente, existe um caráter a ser considerado – a localização dessa dor. A face, região mais referida pelos sujeitos com DTM, e mais especificamente a boca, é também a região por onde se expressa a dor. Essa infeliz coincidência termina por provocar transtornos específicos acrescidos ao desprazer comum à dor.

“Dói pra dizer que tem dor”. A repercussão na comunicação é um fator importante para esses sujeitos. Esse impacto é constatado através dos relatos de prejuízos profissionais e adaptações para falar. Outra constatação é o laconismo dessas pessoas no decorrer das entrevistas.

Outros impactos são igualmente relevantes e até aparecem com valores absolutos mais evidentes neste estudo. Contudo, é dado um destaque ao tema “impactos na fala”, pois se considera que eles cause um comprometimento mais relevante na comunicação de uma forma geral. O ato da fala e, por conseguinte, o relato sofrem prejuízos pela limitação objetiva da articulação da fala. A diminuição dos enunciados e a redução das explicações por causa da presença da dor podem provocar comprometimento na transmissão da informação dessa experiência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação partiu da necessidade de estruturar uma perspectiva lingüística e qualitativa sobre os relatos dos sujeitos com DTM, já que a maioria das abordagens sobre este tema destina-se a avaliações predominantemente quantitativas.

Várias pesquisas, através de sofisticados métodos de quantificação, contribuem com dados significativos, uma vez que conseguem englobar um número grande de sujeitos através de complexos cálculos amostrais. Contudo, esses dados, basicamente numéricos, não conseguem expressar a experiência subjetiva da dor e tampouco têm a capacidade de descrevê-la.

Fazendo parte de um outro estudo, entre os anos de 2004 e 2005, com a incumbência de aplicar um questionário que investigava aspectos psicossociais da DTM, a autora desta dissertação deparou-se com uma situação que, de certa forma, contribuiu para a elaboração do presente trabalho no Mestrado em Ciências da Linguagem, da Universidade Católica de Pernambuco. Os sujeitos da pesquisa anterior não apenas respondiam a um questionário fechado, válido cientificamente, mas acrescentavam detalhes sobre a história da doença, numa linguagem do senso comum, e de como a dor causava impactos na qualidade de vida, o que não fazia parte dos objetivos daquele estudo pretérito.

Percebeu-se, então a importância de um estudo que, baseado em instrumentos já validados cientificamente, pudessem não apenas quantificar a ocorrência dos aspectos psicossociais da dor, mas que documentassem o “como” eles ocorrem e que repercussão trazem para a vida desses sujeitos.

Muitos trabalhos buscam o entendimento e a aferição do processo doloroso. Os centros especializados que se destinam a trabalhar com pacientes com dor crônica assumem o compromisso de tentar aliviar o sofrimento desses sujeitos e melhorar a sua qualidade de vida. A busca é, na verdade, pelo diagnóstico exato e pelo direcionamento correto das metas terapêuticas. Entretanto, por mais que surjam escalas de aferição, tabelas de classificação e exames sofisticados, será sempre muito difícil saber exatamente o que o sujeito sente, a não ser pelo relato e descrição da dor por eles próprios.

Nesse sentido, a presente dissertação teve como objetivo principal estudar os enunciados dos sujeitos portadores de disfunção temporomandibular (DTM) e sobre a experiência dessa dor na suas vidas.

Inicialmente, enquanto primeiro objetivo específico, era visado o estudo da percepção dos sujeitos em relação aos tratamentos anteriores. Ao ser focado esse primeiro objetivo, ocorreu uma pequena dificuldade do entrevistado em compreender a respectiva pergunta do roteiro de entrevista, referente a esse tema. A solicitação para que os sujeitos descrevessem como havia sido a comunicação entre eles e cada um dos profissionais em tratamentos anteriores, não era percebida com clareza pelos entrevistados.

Entretanto, essa dificuldade não impediu que, na análise de conteúdo dos resultados, fossem constatados temas que caracterizassem uma atitude dos profissionais de saúde como sendo predominante, ou seja, a de encaminhar os pacientes sem explicações.

Os encaminhamentos, por sua vez, tema recorrente nos enunciados dos sujeitos com DTM, parecem ser frutos da busca por um tratamento especializado e da dificuldade diagnóstica.

A atitude de “poucos esclarecimentos” por parte do profissional de saúde destaca, na maior parte dos relatos, uma fragilidade do processo de comunicação. Essa atitude é preocupante, uma vez que se conhece a importância da comunicação para o processo de interação e desta para o estabelecimento de uma relação de credibilidade, que é essencial para o sucesso do tratamento.

Entretanto, não se pode deixar de apontar que um grupo de profissionais, menos da metade é verdade, forneceu explicações acerca da patologia e do tratamento. É um dado que se contrapõe a relatos que demonstraram descaso e falta de envolvimento do profissional de saúde na relação com os pacientes, constatando que ainda há muito que investir no processo de aperfeiçoamento dessa interação.

Evidentemente que os dados resultantes dessa parte da pesquisa não revelam um perfil de profissionais de saúde, mas transmite indícios da realidade do caminho percorrido por esses sujeitos na busca do diagnóstico e do tratamento da dor na DTM.

Outros dois objetivos específicos desta pesquisa foram Investigar a existência de metáforas conceituais que descrevessem a manifestação dessa dor e categorizar os tipos delas sobre a experiência da DTM.

A importância dos conceitos metafóricos, não como ornamento lingüístico, mas fundamentada em seu valor cognitivo, contribuiu para um compartilhamento intersubjetivo da experiência de dor na DTM e poderá ser relevante para a atuação clínica dos profissionais que desejem compreender a dor.

Dessa forma, acredita-se que a compreensão dos sentidos e desses conceitos, através da possibilidade de uma classificação lingüística baseada na teoria conceptual das metáforas, poderá contribuir de maneira objetiva na facilitação do diagnóstico e no direcionamento da terapêutica.

Os resultados apontam três grupos de metáforas. O primeiro, as “orientacionais”, (entre elas, “movimento”, “tempo”, “espessura”, “profundidade” e “tamanho”), que procuravam “localizar” a experiência caótica da dor nos limites do tempo e do espaço, dando sentido àquela experiência. Em seguida, as “metáforas ontológicas”, que fornecem uma “substância” a essa experiência, dotando-a de “pressão”, “intensidade” ou “repulsão”. Por fim, através das “metáforas personificadas”, a experiência passa a apresentar características humanas, no caso, uma que “aperreia”.

Dentre as metáforas encontradas nos enunciados dos sujeitos desta pesquisa chamou a atenção a orientacional de espessura “fina” que, apesar de apresentar-se como a única temática da classificação de espessura, aparece com nove frequências de ocorrência, caracterizando-se como a maior frequência entre todas as respostas.

“Fina” representando algo que se manifesta agudamente, cortante, penetrante, parece ser uma boa representante de “metáforas da DTM”.

Chamou a atenção também, nos enunciados que se destinavam à descrição da dor, o uso de diminutivos, tais como:

“[...] dá aquela dorzinha fininha...” (E1)

“Assim mais fininha [...]” (E14)

“[...] aí depois dá um beliscãozinho [...]” (E18)

É uma discussão que merece ser ampliada futuramente uma vez que, por definição, o diminutivo indica um grau implícito de diminuição de tamanho, dimensão ou intensidade. Entretanto, na descrição da dor desses sujeitos, esse diminutivo

parece reforçar a metáfora de espessura “fina”, dando uma idéia algo delgado e pontiagudo.

O último objetivo, que correspondeu à apreensão do impacto da experiência de ser portador de DTM nas atividades sociais, de lazer e de familiares dos sujeitos, destacou, através da análise temática dos enunciados, que os impactos gerais da DTM na vida do sujeito são predominantemente no lazer e no trabalho. E, entre os impactos específicos, mastigar, bocejar, fazer higiene oral, sorrir ou gargalhar e falar.

A condição dolorosa, além das limitações orgânicas, provoca uma série de comprometimentos sócio-afetivos. Nesse sentido, a investigação desses impactos possibilita ao profissional de saúde assistir o sujeito de forma particular compreendendo qual o impacto causado por aquela dor e porque isso é relevante para o sujeito e, desse modo, obter um maior sucesso diagnóstico e tratamento. Trata-se de conhecer o paciente além de seus sintomas.

Existem dois desdobramentos nessa dissertação. Um teórico, que poderá dar origem a outro trabalho de pós-graduação, que é o de categorizar as metáforas dos sujeitos na experiência da DTM de acordo com variáveis socioculturais, como gênero, idade, filiação religiosa, escolaridade, origem rural ou urbana, entre outras. Esse primeiro desdobramento poderia estabelecer alguns critérios na classificação dessas metáforas, quando se sabe que variam de uma cultura para outra, apesar de seu envolvimento com aspectos físicos e naturais.

Um exemplo da importância de estender essa discussão foi o aparecimento de metáforas como “dor abusada e aperreada”, que são termos característicos da região nordeste do Brasil. É provável que essas colocações não façam parte da descrição da dor de sujeitos procedentes de outras regiões do país.

Um segundo desdobramento, mais aplicado, aponta para a relevância da utilização clínica da classificação das metáforas. Infelizmente a clínica contemporânea parece estar pouco atenta às questões em torno da interação profissional de saúde e paciente. No caso da DTM, pensar numa classificação das metáforas da dor, em relação à sintomatologia, é uma alternativa para a detecção do tipo de problema do sujeito e para o aprimoramento do diagnóstico, já que a subjetividade do processo doloroso tem no relato a sua única forma de expressão.

Após terem sido contemplados os objetivos a que esta pesquisa se propôs, acredita-se que a presente dissertação pode contribuir para que um processo de transformação da conduta terapêutica se desenvolva, e para a melhora da



compreensão da realidade da dor de cada sujeito através de seus enunciados. Essa conclusão foi possível pela demonstração, feita neste trabalho, de que a Ciência da Linguagem tem muito a acrescentar para o entendimento dos sentidos e dos processos comunicativos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C.M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ANELLI, W. Atuação fonoaudiológica na disfunção temporomandibular, In LOPES FILHO, O.C. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. cap. 36, p. 821-88.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referência - elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos - apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, D.L.P. A comunicação humana. In FIORIN . J.L. **Introdução à lingüística I**: objetos teóricos. 4. ed. São Paulo. Contexto; 2005.

BASCUÑÁN R.; M L. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. **Rev. Méd. Chile**, Santiago v.133, n.1, p.11-16 , jan. 2005.

BAUER M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de P. A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 90-113.

BAUMANN, R. **Verbal art as performance**. Massachussets: Newbury House Publischer, 1977.

BIANCHINI, E.M.G. **Disfunção da articulação temporomandibular: relações com a articulação da fala**. 1998. Dissertação (Mestrado de Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

BOEHS, A. E. A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, 2000.

BRANDÃO, M. L. Dores crônicas. In: GRAEFF, F.; BRANDÃO, M. **Neurobiologia das doenças mentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Lemos, 1993.

CAMARGO, A. C. **Dor: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.

CANOLLA, C. As metáforas da produção: reflexões sobre o discurso de operárias. **DELTA.**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2000.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, S.l., v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CARVALHO, M. B. Uma abordagem sócio-construtivista para as metáforas Morpheus. **Revista Eletrônica em Ciências Humanas**, S.l., ano 2, n. 2, 2003.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2004.

CLASSIFICATION OF CHRONIC PAIN: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2th ed. Seattle: IASP Press; 1994.

COULON, A. **Etnometodologia**. Petrópolis, Vozes, 1995.

CRUZ NETO, O. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do "mercado da saúde". **Ciênc. Saúde Coletiva**, S.l., v.8, n.1, p.307-308, 2003.

DICIONÁRIO Houaiss da Língua Portuguesa. Disponível em: < <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=anamnese&stype=k>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

DOR: classificação. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira Para Estudos da Dor. Disponível em: < [http://www.dor.org.br/dor\\_classificacao.asp](http://www.dor.org.br/dor_classificacao.asp)>. Acesso em: 13 nov. 2006.

DOR: impactos conseqüentes da dor. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira Para Estudos da Dor. Disponível em: <[http:// www.dor.org.br/dor\\_classificacao.asp](http://www.dor.org.br/dor_classificacao.asp)>. Acesso em: 20 nov. 2007.

EKBERG, E.; VALLON, D.; NILNER, M. Treatment outcome of headache after occlusal appliance therapy in a randomised controlled trial among patients with temporomandibular disorders of mainly arthrogenous origin. **Swed Dent J**, v. 26, p. 115-124, 2002.

FELÍCIO, C. M. **Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares – uma ação educativa-terapêutica**. São Paulo: Pancast, 1994. 111p.

FONSECA, D. M. et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev Gaucha de Odontol**, Porto Alegre, v. 42, p. 23-28, 1994.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003. 72p.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Tradução de Kátia de Mello e Silva. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GARCIA A. R. et. al. Joint vibration analysis in patients with articular inflammation. **Cranio**, Chattanooga, TN, v.18, n. 4, p. 272-279, 2000.

GAUTHIER, J.Z. A questão da metáfora, da referência e do sentido em pesquisas qualitativas: o aporte da sociopoética. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 25, p127-142, 2004.

GAVISH. A. E. et al. Effect of stabilization splint therapy on pain during chewing in patients suffering from myofascial pain. **J Oral Rehabil**, Israel, v. 29, p. 1181, 2002.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIBBS, R. W. Jr. **The poetics of mind: figurative thought, language and understanding**. Cambridge: University Press, 1994. 527 p.

GOÉS, S. M.; PIMENTA, C. A. M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, 2005.

GOOD, B.J. **Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective**. Cambridge: University Press, 1994.

GRZESIAK, R. C. Psychologic considerations in temporomandibular dysfunction. **Dental Clin North Am**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 209-225, jan. 1991.

HAKA, T.; CAMPIONB, P. Achieving a patient-centered consultation by giving feedback in its early phases. **Postgrad Med J**, S.I., v. 75, p. 405-409, 1999.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HESZEN-KLEMENS, I.; LAPINSKA, E. Doctor-patient interacion, patients health behavior and effects of treaments. **Soc. Sci. Med.**, Britain, v. 19, n. 1, p. 9-18, 1984.

HUTTA, J. L. et al. Separation of internal derangements of the temporomandibular joint using sound analysis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Saint Louis, v. 63, p. 151-157, 1987.

IRIART, J. A. B. **Concepções e representações da saúde e da doença: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva**. Salvador: UFBA: ISC, 2003. Texto didático.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

KLEINMANN, A. **Patients and Healers in the context of the culture: an exploration of the borderland betwen anthropology, medicine and psychiatry**. Califórnia: Regents, 1980.

KOCH, I. V. **A inter-ação pela linguagem**. São Paulo: Contexto, 1997. (Coleção Repensando a Língua Portuguesa).

KOSMINSKY, M. et al. Adaptação cultural do questionário research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: axis II para o Português. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, Santa Catarina; v.8, n.43, p. 51-61, 2004

\_\_\_\_\_. **Potencialização analgésica da consulta com abordagem Inicial humanizada e informativa no tratamento da dor músculo-esquelética temporomandibular**. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, 2005.

LABOV, W. The experience in narrative syntax. In: \_\_\_\_\_. **Language en the inner city: studies in the Black English Vernacular**. Oxford: Basil Blackwell; 1977. p. 354-96.

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. **Metáforas da vida cotidiana**. São Paulo: PUC, 2002.

\_\_\_\_\_. **Metaphors we live by**. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

LANGDON, E.J.M. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os siona no contexto pluri-étnico**. Santa Catarina: UFSC, 1994. Trabalho apresentado para Concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LEY, P **Communication with patients: improving satisfaction and compliance**. Londres: Croom Helm, 1988.

LIRA, G.V.; CATRIB, A.M.F.; NATIONS, M.K. A narrativa da pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.16, n. 1/2, p.59-66, 2003.

LUCENA, L.B.S. **O impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida relacionada à saúde bucal**. 2004. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Bahia, João Pessoa, 2004. Mimeografado.

LUSSIER, M.T.; RICHARD, C. Doctor-Patient Communication. **Canadian Family Physician**, S.l., v. 50, n. 1, p. 43- 45, 2004.

LUZ, M. T. **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p.502-511, mar./abr. 2004.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da Conversação**. São Paulo: Ática, 1986.

\_\_\_\_\_. 5. ed. São Paulo: Ática, 2003.

MERYN, S. Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. **BMJ**, Vienna, n. 316, p.1922-1930, 27 June 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MORAL R., R. et al.. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. **Family Practice**, S.I., n 18, p. 60-63, 2001.

MURRAY, H. et al. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial unit. **J Orofac Pain**, S.I., v. 10, n. 4, p. 316-323, 1996.

MOHL, N. D. Reliability and validity of diagnostic modalities for temporomandibular disorders. **Adv Dent Res**, New York, v. 7, p. 113-119, 1993.

NARDI, M. I. A., GIBBS, R. W. Jr. The poetics of mind: figurative thought, language and understanding. **DELTA** , São Paulo, v. 13, n. 2, 1997 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-44501997000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44501997000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 dez. 2007.

OKESON, J.P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2008.

OLIVEIRA, A.S. et al. Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder. **J. Appl. Oral Sci.**, Bauru, v. 11, n. 2, 2003.

OLIVEIRA, R. P. A manhã é uma esponja: um estudo sobre a engenhosidade semântica. **Delta**, São Paulo, v.13, n.2, 1997.

ONG, L.M.L. et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc. Sci. Med.*, Britain, v. 40, n. 7, p. 903- 918, 1995.

PIMENTA, C. A. M. Avaliação da dor crônica no adulto. In: SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M. J. **Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba: Editora Maio, 2001. p.116-130.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* Alívio da dor crônica não neoplásica com opiáceos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, 1999.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Proposta de adaptação do questionário de dor McGill para a língua portuguesa. **Rev. Esc Enf USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.473-483, 1996.

PRETI, D. (Org), **Fala e escrita em questão: projetos paralelos NURC/SP**. São Paulo: Humanistas: FFLCH: USP, 2000.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, set./out. 2004.

PUPO, M. G. C. et al. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de audio **Rev Cubana Med Milit**, Cuba, n. 32, abr. 2003.

RABELO, M.C. A construção narrativa da doença. In: ENCONTRO DA ANPOCS, GT- SAÚDE CORPO E PESSOA, 18., Salvador, BA. **Anais...** Salvador, BA, 1994.

RICOEUR, P. **A metáfora viva**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

SANTOS, J.B. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. **Brasília Médica**, Brasília, v. 36, n. 3/4, p. 90-95, 1999.

SCHUTZ, A. **On phenomenology and social relations**. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

SILVA, A. S. Linguagem, cultura e cognição, ou a lingüística cognitiva. In: SILVA, A. S.; TORRES, A.; M. G. (Org.). **Linguagem, cultura e cognição: estudos de lingüística cognitiva**. Coimbra: Almedina, 2004. v. 1, p.1-18.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002.

SIQUEIRA, J.T.T. **Dores mudas: as conseqüências das dores orofaciais na saúde**. Curitiba: Editora Maio, 2004.

SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M. J. **Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba: Editora Maio, 2001.

SLEVIN, M. L. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **Br J Cancer**, Londres, v. 57, p. 109-112, 1988.

SOAR FILHO, E.J. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.44, n.1, p.35-42, jan./mar. 1998.

SOUZA, I. R. **Aspectos sociolingüísticos na interação médico/paciente**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006.

TAUCCI, R.A. **Verificação da interferência das disfunções temporomandibulares na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares**. 2006. 70 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Fonoaudiologia) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de



Janeiro, 2006.

TAUCCI, R. A; BIANCHINI, E. M. G. Variação das interferências das disfunções temporomandibulares na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares. **Rev Soc Bra Fonoaudiol**, São Paulo; v. 12, n. 4, p.274-280, 2007.

TEUTSCH, C. Patient-doctor communication. **Med. Clin. N. Am.**, S.I., v. 85, n. 5, p. 1115- 1145, 2003.

TRASK, R. L. **Dicionário de linguagem e lingüística**. São Paulo: Contexto, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan./fev. 2004.

TRIVIÑOS. A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987. 175p.

TURNER, V. Social dramas and stories about them. In: MITCHEL, W.J.T. **On narrative**, Chicago, 1984.

VIEIRA, A. G. Do conceito da estrutura narrativa à sua crítica. **Psicologia: reflexão e crítica**, Rio Grande do Sul; v. 14, n. 3, p. 599-608, 2001.

WASSELL, R. W.; ADAMS, N.; KELLY, P. J. Treatment of temporomandibular disorders by stabilising splints in general dental practice: results after initial treatment. **Br Dent J**, Londres, v. 197, p. 35-41, 2004.

WHITE, H. The value of narrativity in the representation of reality. **On narrative**, Chicago, 1981.

ZARB, G. A. *et al.* **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

ZONATTO, M. S. *et al.* Apresentação à edição brasileira. In: LAKOFF, G.; JOHNSON, M. **Metáforas de vida cotidiana**. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – TRIAGEM INICIAL



**Centro de  
Controle da  
Dor Orofacial**

### Questionário Anamnético simplificado – DMF

Data: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Pretende se ausentar da cidade durante o próximo mês? SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Nº	Pergunta	SIM	AV	NÃO
1	Sente dificuldade para abrir a boca?			
2	Você tem dificuldade para movimentar sua mandíbula para os lados?			
3	Tem cansaço ou dor muscular quando mastiga?			
4	Sente dores de cabeça com frequência?			
5	Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6	Tem dor no ouvido ou próximo dele?			
7	Já notou se tem ruídos na articulação da sua mandíbula quando mastiga ou abre a boca?			

8	Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9	Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?			
10	Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa? Em uma escala de 0 a 10: 0 “não é nervosa” e 10 “muito nervosa”			

SOMA PARCIAL\_\_\_\_\_

SOMA TOTAL \_\_\_\_\_

**Grau de DTM pelo DMF**

0-15	Ausente	20-40	Leve	45-65	Moderada	70-100	Severa
------	---------	-------	------	-------	----------	--------	--------

**COMPLEMENTO 1****Cronicidade dos sintomas**

Há quantos meses sua dor na face começou pela primeira vez? \_\_\_\_\_

A sua dor na face ocorre:

- ( ) O tempo todo
- ( ) Aparece e desaparece
- ( ) Ocorreu somente uma vez

**COMPLEMENTO 2**

Você toma algum medicamento? SIM\_\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_\_

Você já foi tratado deste problema? SIM\_\_\_\_\_ NÃO\_\_\_\_\_

## ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual o seu nome completo?
2. Qual a sua idade?
3. Qual o seu estado civil?
4. Você trabalha? O que você faz?
5. Você já sentiu dor na face em locais como a mandíbula, nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido nas últimas quatro semanas?
  - a. Descreva essa dor.
6. Há quanto tempo essa sua dor começou pela primeira vez? Quando foi a primeira crise?
7. Essa sua dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos)?
8. Essa dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares?
9. A sua dor na face lhe impede, limita ou prejudica você de:
  - a. Mastigar?
  - b. Tomar líquidos?
  - c. Fazer exercícios físicos?
  - d. Comer alimentos duros ou moles?
  - e. Sorrir ou gargalhar?
  - f. Praticar atividade sexual?
  - g. Limpar os dentes ou a face?
  - h. Abrir a boca quando está com sono?
  - i. Engolir?
  - j. Conversar?
  - k. Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste?
10. Você já procurou algum profissional de saúde para tratar essa sua dor na face?
  - a. Quais?
  - b. Você poderia descrever como foi a comunicação entre você e cada um desses profissionais, quando você falava sobre o que sentia com essa dor?

11. Até que série/ ano você freqüentou na escola?

12.Quanto a sua família recebe de renda mensal?

### ANEXO C - NOTAÇÕES PARA TRANSCRIÇÃO

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO *
Indicação dos falantes	Uso de letras maiúsculas seguida de número de identificação	no caso dos dados temos:E10(entrevistado)
Incompreensão de palavras ou segmentos	(( ))  ((incompreensível))	
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	dava um estalozinho (estalo/clic);  Foi o pessoal aí fora (na sala de espera)
Prolongamento de vogal oral ou nasal e consoantes como S, R	:  :: (ou mais )	Passou remédio pro nariz, he:::....;  Ah::.... isso aí impede.
Interrogação	?	Como aconteceu? Por que ocorreu? O que vai fazer?
Pausa	(.) mínima  (..) menos de 1'  (...) até 2.5'  ((pausa)) mais de 2.5'	De repente ela chega assim (...) de repente.

- Exemplos retirados do universo de enunciados.

OCORRÊNCIA	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO
cortes sintáticos bruscos	/	Mesmo com os casos / ele queria saber como eu estava,
citações usa-se aspas	“.....”	“Olhe! Aqui a gente não faz o tratamento.”
Comentários descritivos do transcritor	((minúscula))	((indicação com a mão))
Interrupção de fala para análise parcial	/.../	É muito ruim mesmo /.../ agora mesmo tá doendo

FONTE: Projeto NURC – Dino Preti, 2000.



## ANEXO D – RECORTE DAS TRANSCRIÇÕES

### PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS EM RELAÇÃO ÀS ABORDAGENS PROFISSIONAIS ANTERIORES.

/.../ ((A médica)) fez uma pergunta a mim (...) Explicou a diferença de um lado e do outro (...) Aí foi quando ela disse: —“Você não vai ficar aqui não. Eu vou encaminhar você lá pra Camaragibe”. Aí eu vim praqui. (E1)

/.../ tinha feito cirurgia com Dr. C / aí ele se responsabilizou, olhou tudinho / Aí disse que tava com uma difusão (disfunção). Aí me encaminhou aqui pra FOP. Tô fazendo tratamento de massagem (massagens) nos nervos (músculos). /.../ Eles me trataram super bem. Não tenho o que reclamar. /.../ Ela tentou me explicar o que era a difusão, ele também. Teve uma vez que ele explicou que não tinha como (resolver) (...) só com o tratamento / depois de um tempo ia melhorando e pronto. (E2)

Ela disse que não podia fazer nada porque a parte dela é clínica, né? Aí, tinha que botar pra esse médico, doutor (...) Que ele é cirurgião, que é dentista. Aí, quando chegou lá, não era pra lá. Mas eu fui bem recebida. /.../ Examinou direitinho (...) mandou eu abrir a boca, perguntou o que é que doía, quando começou e porque (E3)

Eu fui ao otorrino e ele me encaminhou. Mandou eu procurar o buco-maxilo. Fiz radiografia / tudo. Só que aí ele disse que tinha que ser tratado com o buco-maxilo que era problema de ATM. /.../ Até outro médico, que eu também fui pra ele achava que era inflamação nesse nervinho aqui ((indicação)) que chamam de (...) ah::: esqueci / na mastóide. Aí também fiz radiografia e disse que não tinha nada não, que tinha que ser mais pesquisado /.../ É, foi, foi difícil é chegar. Eu chegava com a dor, eles examinavam e diziam: —“Não tem nada”. Não tem nada, era só um problema de alergia que coçava ((o ouvido)).mas na última vez foi que disse que era problema da ATM. /.../ Eu ficava achando que era alguma coisa mais séria, só depois eu descobri. (E4).

/.../ Aí fui no dentista, falei com ele (...) Aí eu comecei a fazer esse tratamento /.../ Foi, foi (...) Ele desenhava pra mim, ele explicou que abria, e que desce ((a mandíbula)). Que a / com certeza / é como uma porta que abria, e se forçar, empurra. /.../ Tudo ele (o dentista) se preocupa, se envolve. Mesmo com os casos / ele queria saber como eu estava, se estava funcionando / acompanhar tudo de perto. (E5)

Fui uma vez no Getúlio Vargas, já várias vezes /.../ Ele passava remédios, dizia que eu tinha que comer comida líquida, comida pastosa. E, eu ficava tomando uns remédios, aliviava, não passava a dor. Mas aliviava um pouco /.../ Perguntou o que eu tinha, né? Olhou, perguntou como era e tudo mais. Aí passava os remédios. Não explicava, só mandava eu comer coisa líquida e pastosa. /.../ Tem médicos (profissionais de saúde) que atendem tão bem a pessoa, né? Escuta direitinho o que a pessoa tá gostando, mas tem outros que não. Muito mal olha pra pessoa. Tem médicos que muito mal olha pra cara da gente. Só pra escrever lá / compra esse remédio e toma. Tem muitos médicos que é ignorante, agora tem médicos que é atencioso. (E6)

He:: só do lado esquerdo, dava um estralozinho (estalo/clic) e começava a doer do lado esquerdo, e eu não sabia o que era. E, quando eu fui pra dentista, ela disse que era ATM, e me encaminhou pra cá /.../ Porque até eu não sabia que a dor de cabeça era causada por isso / Porque eu tenho bastante, eu já fui várias vezes no hospital, ninguém sabia o que era. Foi o pessoal aí fora ((na sala de espera)) / conversa vai, conversa vem, nunca ia saber que ATM causa a dor de cabeça. Acho, porque a gente se informa (...). A gente, às vezes (se informa), até com o pessoal ((leigos na sala de espera)), mais do que com os próprios dentistas /.../ Ela (a dentista que fez o encaminhamento) disse que ATM / ela me explicou, mas eu não lembro muito bem o que ela disse. Ela disse que não tinha cura, mas tinha um tratamento. Aí ia me encaminhar pra cá pra fazer o tratamento. /.../ Porque o pessoal vai dizer o que eles sentem, e aí a gente vê que a gente também sente ((com outros leigos na sala de espera)). Tem gente há mais tempo fazendo o tratamento, só que eu estou começando aqui agora, eu não sei como é /.../ He::... porque foi um choque pra mim. Quando ela me dizia assim: — “Não tem cura, vai ter que tratar, mas nunca vai ter cura.” (...) No momento que procurei ela (a dentista) eu estava sentindo muita dor, aí eu pensei que aquela dor ia ser eterna, e assim (...) não pensei que ela ia e depois voltava, eu pensei que eu ia ficar direto com essa dor. Eu fiquei em pânico. A pessoa saber que tem algo que nunca mais vai ter cura. (E7)

“Ele só falou mais a parte que é da área dele, né? Que é (...) Hé::... olhou o ouvido, olhou (...) Disse que num é pra mexer no ouvido. /.../ Ele passou um remédio pra botar (...) gota no ouvido. Passou remédio pro nariz, he:: / falando de alergia, He::... E no caso da articulação (ATM), ele disse que não é (que não é para ele). Tem que procurar um dentista porque (...) He::... “Porque essa sua dor não tem nada a ver com o ouvido. Porque a articulação (...) O osso é que tá chegando no ouvido. Aí você tem que ir lá nele” ((disse o otorrinolaringologista referindo-se ao dentista)) “pra ver o que é”. “Enquanto você não vai, você tome remédio e passe compressa. Coloque compressa quente que passa mais a dor”. (E8)

Toda vez que eu vou pro otorrino, ela diz que é dos dente. /.../ Quando eu ia pra a médica, ela mandava eu procurar, há tempo, um dentista. Que é pra poder ver / pra colocar um aparelho / que eu tô precisando botar

aparelho (...) Por causa do dente de trás e esse daqui ((indicação)). Não sei qual é não. Ela disse que (a dor) é por causa do dente, que tá querendo se mexer e não pode. (E9)

A dentista, disse que seria bom eu ver isso. Ela disse que eu tinha que fazer exame mais detalhado. E (...) teria que usar aparelho. E, possivelmente, se fosse mais grave, cirurgia. Aí, então foi aí que eu procurei saber pra vim pra aqui. Ela não examinou. Ela só fez só a consulta dentária. Agora, disse que seria bom que eu procurasse alguma especialidade. Porque até então lá não fazia. (E11)

Já procurei nas Clínicas, mas só que lá tem uma burocracia maior, e eu faltava muito tempo no trabalho. Aí acabei desistindo. Tava faltando muito tempo de trabalho. Aí no Getúlio eles diziam que não adiantava tratar não, e me encaminharam pra cá.” (E13)

/.../ Aí fui na clínica geral. Ela disse: — “Não, eu não trato disso. Tem que ser no cirurgião dentista”. Aí, eu fui. Aí contei pra ele. Aí ele disse o problema é a mandíbula, que você está (...) “Mas aqui eu não trato”. Aí me encaminhou pro Hospital Geral de Areias, e de lá começou tudo /.../ A primeira disse que não tratava lá. Foi a clínica, que não era área dela. Já o cirurgião dentista que eu fui, ele foi muito assim (...) ficou muito assim / observando. Falou comigo muito bem, fui bem tratada, bem recebida, e ele me encaminhou bem. Aí eu disse a ele que tava percebendo que ela podia também soltar (o maxilar, se poderia luxar). Até perguntei a ele se tinha o risco de soltar. Ele disse: — “Corre sim. Agora isso você vai ter que tratar no hospital da face, porque aqui eu não faço”. Aí me encaminhou pra lá. Quando eu cheguei lá, disse que tinha que fazer um raio-x: — “Olhe! Aqui a gente não faz o tratamento.” Aí me encaminhou pra aqui /.../ Não explicou tudo, porque os médicos têm esse lado (...) Ele falou que eu tava com problema na mandíbula, mas não explicou totalmente como, como eu ia me tratar. Só quando eu chegasse aqui (que teria explicação) /.../ Eu fiquei assim (...) Como aconteceu? Por que ocorreu? O que vai fazer? /.../ Eu tenho esperança de ser bem encaminhada aqui e resolver meu problema. /.../ Assim (...) Uns eu achava que eles deviam ter um pouco mais de atenção, entendeu? Cada um tem seu ramo. Às vezes devido a uns pacientes / mas não justifica. Agora, acho também que era residente (estudante). Eu não gostei muito dele. Esse último agora, que ele falou: — “Vá em tal canto!”, não me explicou totalmente onde era. Tive que ir na recepção, saber informação, me informar. (E14)

“É a primeira vez. Eu vim assim, eu vim, foi pra saber como é o atendimento aqui, como foi que eu expliquei as meninas aí elas viram que atendia a necessidade, aí como teve uma vaga, aí elas encaixaram, aí me encaminharam pra doutora A. C. , aí ela me falou, aí eu vim, e ela disse que eu ligasse pra ela ou ela me ligava na minha casa pra eu vim a partir desse mês, porque eu tô aqui desde junho.” (E15)

/.../ Eu não sabia, assim / uma coisa que poderia evitar de ter essa dor, né? Porque eu achava que era normal. Até hoje, eu não tomo nada. Porque depois que eu vou vim pra cá, né? Que vai dizer se tem como

evitar, assim (...) quando tiver doendo, assim / ajude a passar, né? Um remédio que evite essa dor, quando tiver dando. Aí, eu não sei de nada. Porque eu não tive instrução nenhuma ainda sobre ela ((a dor)) /.../ Tem dia que amanhece com a cabeça doendo, tem dia que é a nuca, enxaqueca. Mas, por isso que eu fico, assim / querendo saber, né? O que é, de fato /.../ Porque depois que eu fiquei sabendo que eu tava / porque o agente de saúde me disse que (a dor) não era normal /.../ ele começou a conversar comigo perguntando como era (a dor), como não era. Aí eu disse que quando eu abria a boca dava um estralo (estalo/clic), dóia. Se eu tivesse deitada, eu não podia abrir a boca muito, porque se abrir, dói. Até, assim (...) se eu ficar de lado, se eu abrir a boca também dói. Aí, ele fez: — “Isso não é normal, não”. Aí, ele olhou e disse: — “Eu vou passar você”. Aí, ele passou pra cá, né? Que já era pra eu ter vindo. Mas, eu fiz / pra vim pra cá, ia ter que vim todo mês, todo mês, acompanhando, né? Aí, eu no pensamento, botando dificuldade. Aí, pronto. Aí, graças a Deus eu consegui, né? /.../ Quem indicou o dentista foi o agente de saúde. Ele disse que foi por causa das perda dos dentes. Porque eu perdi seis. Aí, ele disse que tinha que botar a prótese. Porque tudo que eu tirei cedo, aí, afetou /.../ Eu não sabia de nada /.../ Eu gostei muito. Eu fiquei até alegre. (E16)

Procurei ((algum profissional de saúde)). Tinha marcado a cirurgia com o cirurgião. Então, ele me indicou pro ortodontista. Ele falou que era uma raiz do dente que tava incomodando. Foi constatada que era uma fratura no maxilar / e mais ele não resolvia nada. Dizia que tinha que fazer a cirurgia, marcava e desmarcava, pois ele não tinha como resolver o meu problema. /.../ Não fiquei satisfeito. Porque o maxilar estralar (estalar), pode acontecer uma vez, mas estralou de novo, e ele continuou pensando o mesmo. E a dor lá. “No seu caso é a raiz de um dente que incomoda” ((dizia ele)), e não era. Porque eu continuava com dor. E tomava medicamento. E parcialmente melhorava a dor, mas voltava. Ele não conseguia explicar. /.../ Ele me encaminhou para o ortodontista, e ele (o ortodontista), me encaminhou pra cá. (E17)

/.../ quando ficou aquela dorzinha, aí eu procurei logo um médico pra saber, né? Pra saber do ouvido. Aí fizeram todos os tratamentos do ouvido, não tinha nada, nada, nada, nada. Tudo que foi tratamento eu fiz. Aí disseram que o ouvido tava ótimo, o problema era o maxilar. /.../ Me encaminharam pra cá. /.../ Não, não chegou assim a explicar direitinho, né? Eu assim (...) Uma menina que eu conversei / porque a gente passa por esses problemas, e ela me deu a orientação de procurar o médico certo aqui, aí eu gostei muito dos profissionais daqui. (E18)

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA DOR

“Essa dor é o seguinte: ela não **aperreia** assim diretamente, mas de vez em quando ela **aperreia** é aqui/ oh **vem** assim do lado da cabeça assim, por aqui ((indicação com a mão)) na hora de refeição assim é quando mais ela **aperreia**. Quando vai fazer a refeição dá aquela dorzinha **fininha** assim (...) Assim **abusada** /.../ **Ela começou**... aquela dorzinha **abusada**, né. Mas depois passou, né. E depois dela, aí começou aqui em baixo ((indicação com a mão))” (E1).

“Ela **começa** como uma simples dor de cabeça, doendo só de um lado, depois que eu fiz cirurgia no queiro. Então começa doer de um lado só depois **ela vem passando** pra cá ((indicação)) aí começa a estalar e doer muito que eu fico trancando os dentes sem nem conseguir falar direito /.../ É uma **dor cansada** que nem teja **apertando** (...) muito **forte** que não dá pra (...) É uma dor **horrível**” (E2).

“É uma dor que **dá assim de repente**, Inté parece que vai soltar (mandíbula). Quando eu vou abrir a boca a::i! Que eu não consigo abrir a boca. Essa dor dá dor de cabeça, dói o olho, dói tudo. Na hora. /.../ É mais ou menos assim. Quando eu vou abrir a boca / é já ta doendo. É uma dor bem  **fina**. Que parece mais que vai largar essa parte daqui ((indicação com a mão)) (...) no dia mesmo que eu vim tava inchado / fica feito inchado” (E3)

“Essas dores são mais assim, **começa** próxima ao ouvido e quando eu faço movimento na boca. De abrir e fechar. Principalmente quando eu abro a boca de manhã cedo. Tem dia que eu tenho que segurar a mandíbula pra poder abrir a boca (...) É uma dorzinha muito **forte**, porque fica difícil de dizer, mas é uma dorzinha bem **chatinha**, que **passa rápido**. Passa, com movimento que eu faço passa, passa e depois com outros movimentos que eu vou fazer, volta tudinho de novo (...) É uma dorzinha **fina**, que até o otorrino fez um teste comigo assim de apertar aqui / que eu senti uma dor que fui no outro mundo e voltei, no dia que ele fez o teste /.../ Uma dorzinha assim como alguma coisa inflamada, um cortezinho, uma feridinha inflamada que tá sempre incomodando. Aí fica aqui atrás do ouvido a sensaçãozinha de incômodo. Normalmente não é uma dor forte, mas tá sempre / tá assim essa dorzinha esse incomodozinho. Aí depois eu boto a mão assim e sinto como se estivesse um pouquinho inchado” (E4)

“São dores que geralmente, quando eu vou virar a mente ( a cabeça), dói muito e estrala (estala), e assim incomoda e depois fica inchado / e chegou assim / não caiu todo, mas desceu um pouco, e já chegou a cair três vezes /.../ como se fosse uma pancada, como você bate e fica bastante dolorido, quando assim (...) chega a cair eu não consigo, passo um tempo assim sem comer, sem falar /.../ Como se você tivesse com algum lugar ferido, machucado, e tivesse **batendo** alguma coisa,

**penetrando** alguma coisa /.../ **É, muito fina**, dói, é **horrível**, muito, muito mesmo” (E5)

“É uma dor muito **forte**, a gente fica assim(...) dá uma dor de cabeça tão grande na cabeça, que dá vontade de sair, mudar fora, que é uma dor muito forte, que fica doendo, dói até dentro do ouvido /.../ Dói a cabeça, e dói isso aqui assim ((indicação com a mão)), chega dá uma “chunchada” Aqueles **pinicão** /.../ É lateja, é.” (E6)

“Incomoda bastante, né? Aqui assim, é no ouvido, e muita dor de cabeça, principalmente de manhã quando eu acordo /.../ É uma **dor fina** que incomoda bastante.” (E7)

“He:: No ouvido, tipo como se (...) He:: se tivesse /.../ como é que eu posso dizer (...) **puxando!** Como se tivesse tapando o ouvido. A pessoa sem escutar (...) Como se fosse, He::... Que até se eu tivesse perdendo a audição. He:: , fica (...) He:: num tem uma televisão quando ela ta (...) He:: tá com problema que a gente coloca na televisão / na parte que ela he:: fica chiando? Pronto! Fica tipo um “chio” no ouvido /.../ Começou (...) primeiro (...) eu fui num otorrino porque eu pensava que era o ouvido mesmo. Aí, eu fui no otorrino. Doía muito a articulação, tipo **furando**. Como se tivesse chegado no ouvido mesmo. **Furando, furando, furando...**” (E8)

“Dói feito essa “zuadinha” “zum zum”, como um besouro dentro do ouvido. Aí dói aqui **assim descendo**, aí **volta** aqui. Ah, é quando eu falo, “estrala”(estala) aí começa a doer o ouvido (...) uma hora depois que começa a doer o ouvido /.../ Aqui tipo **entrando**, vai **descendo** aí fica bem pouquinho / dói depois **passa**. Não dói muito não.” (E9)

“Agora, é uma dor tipo uma câimbra. É uma dor **forte**. **Ela vem** forte, aí depois **ela passa**. Geralmente é aqui ((indicação com a mão)). Aí, ela dá uma dorzinha no ouvido **fina**, depois ela passa. Ela é uma dor assim que **vem**, como se tivesse subindo. É uma dorzinha **vem** e **vai afinando** o ouvido, aí passa. /.../ É um desconforto muito grande. É uma dor, assim (...) **forte**. Como se fosse realmente uma câimbra que desse. Aquela dor, né, bem **fina**, forte. Aí vai amenizando, amenizando, amenizando, aí **passa**” (E11)

“É uma **dor cansada**, é **cansada** também porque ele cai /.../ Fica uma **dor fina**, agora fica por vários dias, não posso fumar cigarro, não posso nada, quando **começa** é a noite inteira.” (E13)

“A dor é aguda, **puxando** um pouquinho pro ouvido, não chega ser uma dor muito assim, freqüente, **forte**, mas ela incomoda o ouvido, e chega a **tampar** um pouco a audição (...) Aí incomoda e tá **crescida** assim também no lado da mandíbula /.../ Assim **mais fininha**, começa uma dor **bem lenta**, não chega a ser uma dor muito **forte** /.../ Ela **vem** e **vai** /.../ ela

começa assim um **pouco lenta**, e depois vai e aumenta. Aí depois normaliza” (E14)

“É uma dor **constante**, doutora, **estressante** /.../ Ela dói muito, incomoda muito, assim como se osso estivesse se partindo, estralando (estalando), estralando, mexo com a boca aí estrala, aí estrala, tem um momento até quando vou me alimentar e estrala, é horrível, é horrível, mesmo /.../ É uma dor  **fina, incomodando, mexendo** no ouvido, entendeu?” (E15)

“É **furando**. Dá um estralo, aí **fica furando** /.../ é uma dor **muito grande**. Fica difícil de dizer, né. Porque tem hora que eu fico até com medo de abrir pra não doer. Porque é muito **grande** a dor. Aí, eu faço de tudo pra não ter ela, né? Aí, pronto. É **furante** /.../ É insuportável, a dor. Aí, primeiramente, ela estrala (estala). Aí, fica, assim, aquela dor, assim, **furante, pra dentro**, bem **profundo**. Aí, não tem como resistir não. Eu fico até com medo.” (E16)

“Ela **começa** aqui na mandíbula, como você falou, na região do dente, do lado direito pro lado esquerdo. Tenho dificuldade de abrir a boca / minha maior dificuldade por causa dos estralos (estalos). /.../ É como se fosse (...) não tem problema nenhum com a audição, é uma dor que incomoda muito, é uma coisa **chata** que **incomoda** o tempo todo, e o cansaço na mandíbula, e inchaço, como se tivesse inchado na parte da mandíbula.” (E17)

“Olhe! É uma dor **repuxando** (...) **ela vem repuxando** na frente do ouvido. No ouvido dá aqueles pontinhos assim (...) como se tivesse repuxando, só que aquela dorzinha bem **fina**, entendeu? Que viesse vindo dali / dá aquela dorzinha e **sobe** /.../ tem dia (...) não é todo dia, o dia que eu tô assim parada, aí dá aquela coisinha assim de dentro, aí depois dá um **beliscãozinho** do mesmo jeito, aquela dorzinha **fina** que eu tenho que colocar a mão assim ((indicação)), porque é aquela dor assim que **incomoda** mesmo, **chata**.” (E18)

## IMPACTOS DA DOR

### DIFICULDADES GERAIS NA EXPERIÊNCIA DE SER PORTADOR DE DTM:

#### a. Trabalho

“Eu estudo. Com certeza ((está atrapalhando)) porque até na escola mesmo / tem dias que eu faltava / que agora que agora eu terminei. Já pensou? Faltava por causa da dor de cabeça /.../ Até o curso que eu tô fazendo agora (...) Foi essa semana que eu tive muito forte. Fiquei em casa arriada e não pude ir ((para o curso)).” (E2)

“Em se tratando de Quando tá (doendo), eu fico deitada. Quero só tomar remédio pra dormir.” (E3)

“Não atrapalha (...) He:: É assim(...) dói, mas não é uma dor pra ficar direto. Nem assim, dor muito forte pra ficar incomodando. Aí, às vezes a médica dá uma medicação pra dor, aí melhora.” (E4)

Dá uma impaciência, mas eu tenho que costurar /.../ quando eu tô com dor eu diminuo a minha capacidade ((diminui a quantidade de costuras)).” (E6)

“Tem dia que eu já passei sem ir (para o colégio) uma semana, quase. Porque a cabeça / dói a cabeça. Aí, dói o ouvido. Sai doendo é tudo. Se for doendo eu não estudo /.../ Não dá vontade de assistir televisão, não dá vontade de fazer nada/.../ Ficar quieto /.../ tava doendo muito o ouvido. Aí eu não posso ir pra escola por causa da zuada. Aí tem que ficar(...) assim. Aí eu fico sem paciência e fico logo sentado, agitado. Aí dói. Aí eu não vou.” (E9)

Me dá dor de cabeça. Aí, causa aborrecimento, chateação. Fica, assim, chateada. Fica assim / sem ter ânimo pra fazer qualquer outra coisa. Você fica sem ânimo. Fica impaciente, fica nervoso, se toca, fica nervoso. Aí, você começa a tomar um analgésico, toma alguma coisa, aí ela demora um pouquinho pra passar. (E11)

É assim: dormia muito tarde, que às vezes ficava no computador. Não podia ficar até muito tarde pesquisando um negócio, aí caia ((quando bocejava com sono)) /.../ Às vezes cai (no trabalho). Já caiu até na rua / prejudica e muito. Eu trabalho de motorista. (E13)

“Eu percebi que na audição sim, porque eu trabalho com crianças às vezes eles gritam, começa incomodar um pouco /.../ Muito forte dentro do ouvido o grito((das crianças)), aí eu peço - Por favor, não gritem! Brinquem sem gritar.” (E14)

“Atrapalha e muito. Tem dia que eu tô sem paciência. Fico nervosa. Eu sei que a moça lá fora fora ((atendente que realizou a triagem inicial)) fez: você tá nervosa agora? Eu fiz: to! Começo a suar e fico nervosa. [...] É insuportável. É insuportável. Aí, eu faltei até o colégio. Eu faltei. Meu deus do céu. E não era nem pra eu faltar. Aí, eu faltei porque eu não tava agüentando / Enxaqueca, vontade de vomitar / Aí, eu vou faltar! Porque foi insuportável mesmo.” (E16)

“É, eu trabalho o dia todo falando, e eu tô sentindo dificuldade pra falar. É, tá atrapalhando.” (E18)



**b. Lazer**

Teve um dia mesmo que tava todo mundo em festa. Aí era aniversário da minha tia. Todo mundo na festa e eu lá deitadinha com a dor. Só no lado direito /.../ É horrível, né? Porque fica a turma toda brincando. (E2)

Se eu tiver com ela ((com a dor)), num participo não. Que adianta tá num lugar e ficar noutra. E não posso abrir a boca /.../ Porque se abrir a boca, dói. Não posso nem fazer assim ói ((demonstração)), nenhum movimento na boca. Parece que tudo aqui ((indicação)) vai descer. O melhor é ficar em casa. (E3)

“Ultimamente eu não ando saindo muito não. Eu tô mais caseira.” (E4)

Com certeza. Eu cantava na igreja e não canto mais. /.../ Preciso estender muito a voz e eu não posso porque senão ele (o maxilar) estrala (estala). Aí eu tenho medo quando ele estrala, porque já aconteceu isso /.../ É tão ruim. Eu gosto tanto /.../ É muito ruim, é horrível. Desde pequenininha eu cantava na igreja, aí no ano passado eu tava fazendo parte do coral da igreja. Eu tive que sair porque na hora do ensaio eu fui dar um agudo e não agüentei. Aí ele (o maxilar) desceu. Aí chamou a minha mãe. É horrível. Aí não canto mais na igreja. (E5)

“A gente não sente vontade de passear, de fazer lazer. Dá vontade só dá pessoa ficar assim (...) num canto, parada, quietinha /.../ Eu saía, passeava, mas agora que eu mudei.” (E6)

“Mudou.” (E7)

“Ah::: Quando tá doendo muito eu vou, mas sempre fico lá naquele cantinho, mais quieto. /.../ Quando tá doendo um pouquinho eu participo. Agora, quando tá doendo, doendo mesmo aí eu fico lá quietinho, na minha.” (E9)

“Algumas(vezes), só quando eu estou com muita dor mesmo que eu não tenho vontade de sair de casa.” (E13)

Impede. Principalmente assim / porque meu esposo gosta de sair pra dançar. Aí eu acho ruim pro ouvido. Faz bem uns dois meses que eu não saio. Assim(...) porque o barulho incomoda. A dor, feito eu disse, não é **frequente**, não é toda hora. Aí eu fico com medo, assim (...) tá entendendo? Na hora chegar doer lá (na dança) e eu ter que ir embora, aí eu fico com medo de ir. (E14)

“Sim, porque eu sou evangélico, toco na igreja, e isso me incomoda muito. Me impossibilita de estar ali por mais de uma hora cantando.” (E17)

“Mudou um pouco. Porque quando tá me incomodando eu não saio. Porque eu sei que eu não vou me sentir bem e vou incomodar as pessoas, aí eu não saio.” (E18)

**c. Atividades Domésticas**

“Não num atrapalha muito não, mas de vez em quando ela aperreia. Eu também sou uma pessoa muito atarefado com coisa de família, eu luto muito com doença” (E1)

“Impede. Que você querer fazer aquilo com dor / que pode tomar qualquer remédio pra ver se alivia aquela dor. Agora, se fosse direto eu acho que eu não agüentava não. Que tem gente aqui ((pacientes na sala de espera)), que diz que é direto. Eu não vou dizer que é direto, que não é. De repente ela chega assim(...) de repente.” (E3)

“Quando eu sinto dor aí dá vontade de ficar deitado em casa. Dá vontade de deitar e ficar só colocando compressa no quente.” (E8)

“Serviços domésticos, não. Só dor na nuca. Ocorre dor na nuca, torcicolo freqüente. Tenho na (...) no caso, no trapézio /.../ Às vezes, dói. A dor vem. Eu posso tá deitada, eu posso tá sentada, eu posso tá fazendo qualquer coisa. Aí, a dor vem e passa.” (E11)

**DIFICULDADES ESPECÍFICAS NA EXPERIÊNCIA DE SER PORTADOR DE DTM:**

/.../ pra comer / eu não mastigo chiclete, não chupo pirulito, eu não rôo osso eu não gosto de nada duro. Incomoda bastante. Pra bocejar dói muito, uma dor fina. É horrível. É muito ruim mesmo /.../ agora mesmo tá doendo. Quando eu acordo pra escovar os dentes, dói. Quando eu vou falar (...) quando eu falo ou fico bocejando. Às vezes quando eu tô normal assim / fica latejando aqui ((indicação)). (E6)

**d. Mastigar**

“Ela impede, impede. Quando eu vou fazer as refeições aí ela aperreia” (E1)

“Dói quando mastiga. Ela dá uma dor fina e começa a estalar /.../ O duro é mais difícil. Os moles é mais fáceis /.../ Aqueles coquinho de macaíba... Tinha tempo que eu comia aquilo demais. Agora eu não posso.” (E2)

/.../ num é freqüente não. Passa 2 mês, aí ela (a dor) vem. Aí dá a dor no ouvido. Fico que eu não posso nem mastigar nada e sem abrir a boca. /.../ Até 3Kg eu perdi porque não consigo comer de jeito nenhum. Porque quando eu tô com essa dor, eu não consigo comer nada. “Se for assim (...) principalmente coisa dura. Se for pastoso, eu ainda / eu como porque não vai mastigar, né? Se for algo duro, eu não consigo mastigar não.” (E3)

“É. Eu passo a noite toda com a boca fechada. Aí, de manhã, quando eu faço o primeiro movimento, eu sinto dor. [...] Quando eu vou comer ou quando eu mastigo alguma coisa dura (...) Alguma coisa mais dura. /.../ Às vezes, não é nem que eu vou mastigar... Às vezes é só no movimento que eu vou abrir a boca aí já dói. Às vezes eu tenho que segurar aqui ((indicação)) um pouquinho, botar a mão, porque pra fazer os movimentos / porque ela dói. Agora mesmo tá doendo. Mas, é uma dorzinha que tá incomodando, uma dorzinha fina lá dentro. Mas se eu for fazer um movimento mais forte, aí ela dói mais.” (E4)

Assim (...) eu gosto muito de ossinho, não posso mais. Carne dura, eu não posso, assim, pegar e puxar. Dói. Tem que ser assim cortadinha (a carne). Tem que ser o mínimo de mastigado possível /.../ teve um tempo assim, que quando tava doendo muito, muito, muito, aí eu comecei evitar (de comer alimentos duros). Trocando o almoço por um copo de suco ou por uma vitamina. Aí foi quando eu perdi três ou quatro quilos por causa disso. Eu era bem cheinha. (E5)

Assim (...) nos primeiros tempos quando eu almoçava, eu não almoçava na mesa porque estralava ((estalos/clics provenientes da ATM)). Toda vez que eu comia / muito alto. Incomodava quem tava na mesa, tá, tá, tá. Minha mãe botava o almoço, eu ia pro quarto. /.../ Incomodava. (E5)

Impede. Totalmente. Eu, ultimamente, estou tendo que comer mais coisa assim (...) líquida, alimento mais mole. Eu não posso morder a fruta, eu tenho que cortar os pedacinhos pra poder botar na boca ou então machucar. Ou então liquidificar. Eu não posso morder alimentos sólidos, não. Eu sentia prazer em mastigar uma maçã, uma laranja; abocanhar aquela fruta com prazer. E agora não. Até a banana (...) a banana não é mole? Eu não posso abocanhar ela assim ((demonstração)), eu tenho que cortar os pedaços dela ou machucar. (E6)

“(impede de mastigar) Só quando eu me acordo logo de manhã. Eu não consigo tomar café (da manhã). Tenho que comer coisa líquida que não precise mastigar. Alimentos duros, sim /.../ Quer dizer, quando tá doendo, como eu disse / comida que eu tenho que mastigar, eu evito. Mas quando não tô sentindo dor, eu como.” (E7)

“Ah sim! Não tem dias, assim (...) que a pessoa só dá vontade de comer menos do que comia? Num sei se é o organismo que pede menos. Comer alimento duro eu como. Agora, só que quando é um dia que num tá doendo, aí a pessoa come. No dia que tá doendo, prejudica um pouco né? /.../ Pão (...) se tiver doendo, pão dói.” (E8)

“De vez em quando, dói. Quando tá mastigando (...) aí dói um pouquinho (até para mastigar) chiclete... “Pipoca não pode comer porque tem que ficar assim (...). Não pode pegar a pipoca pra botar na boca. Tem que colocar de pouquinho. Porque senão pode bater ((o caroço nos dentes)).” (E9)

“Às vezes. Alimentos mais consistentes, assim (...) a maçã. Assim (...) a maçã. Não é que seja dura, mas assim, o ato de morder a maçã (...). Alimento assim / até o pão mesmo, isso às vezes dói.” (E11)

“Impede (de mastigar). Quando eu tenho que mastigar, dói /.../ Eu ultimamente tenho comido coisas mais pastosas. (E13)

Sim, assim (...) um pouco. Porque quando eu tô mastigando / às vezes eu sinto quando o outro lado fosse, como se fosse aberto (desocluido). Eu mastigo desse lado ((indicação)), não sinto direito. Quando eu vou pra esse ((indicação)), eu percebo que tá dificultando esse lado. Aí eu digo: “e agora? Como eu vou mastigar?” (E14)

“Porque eu não gosto de mastigar desse lado ((indicação)), eu gosto de mastigar desse ((indicação)), e ele tava incomodando /.../ incomoda muito /.../ mudei totalmente, muita coisa que eu comia não como mais.” (E15)

“Assim, coisa mais dura, né? Aí, eu tô evitando. Num tô (...) assim / quanto mais mole é melhor pra mim.” (E16)

““Limita (de mastigar) /.../ O pão, eu sinto dificuldade de comer pão, principalmente pela manhã. Na hora do almoço as pessoas que eu conheço, ou não conheço, nota alguma diferença, principalmente quando estrala (estala) e alguém está do meu lado /.../ além de incomodar, me causa dor, e me deixa constrangido com o estralo. (E17)

“Um pouquinho. Olhe! Assim (...) frango. O frango assado, eu evito porque é mais duro, tá entendendo? Aí eu evito milho, assim (...) pamonha, que é mais durinha, também já evito também, já pra não sentir dor.” (E18)

**e. Tomar líquidos**

**f. Fazer exercícios físicos**

“Eu procuro mais deitar” (E3)

Impede. Foi o que fez eu procurar o (...) o médico pra saber se eu tenho que diminuir porque eu fazendo exercício. Eu tava fazendo exercício com pena assim (...) com pena de tá sofrendo por causa disso, né?. Aí eu diminuí os exercícios com menos peso, pra / fazer exercício leve já por isso /.../ Eu levo como se fosse um descanso, né? Só descansar um pouquinho, mas só que se tem que parar de fazer um pouco, de pegar muito peso, tem que parar pra primeiro ver o que é, né? [...]“ Porque só eu fazer exercício forçado, aí dava (a dor). Fui pra academia aí (...) doeu. No outro dia já ficou chiando (ruídos na ATM) / já sentia a articulação.” (E8)

“A cabeça de vez em quando dói, na educação física.” (E9)

“Eu tô com medo de fazer musculação pra não fazer muita força.” (E13)

**g. Sorrir e gargalhar**

“O meu modo de rir é esse que eu to rindo aqui ((demonstração)). Se eu rir mais um pouquinho, estala.” (E2)

“Ah::: Isso aí impede, e como. Porque quando eu vou abrir a boca não consigo, que parece vai arrebentar tudo.” (E3)

“As vezes incomoda um pouquinho, mas eu faço mesmo assim.” (E4)

Quando tá atacada (na crise), eu não posso rir”. (E6)

“Às vezes.” (E7)

“Assim (...) não é que me impede. Porque a pessoa “tá” com dor aí quer ficar calada né (...) quer ficar parado, tudinho né? Ficar (...) He:: “queto” (E8)

“Não posso. Tenho que ficar com a boca fechada. Se eu ficar com a boca aberta, ele cai.” (E13)

“Sim, assim (...) eu percebo se sorrir muito incomoda. Aí eu digo: “vai doer!” Aí eu acho que vai incomodar. Aí eu evito porque vai doer.” (E14)

“Assim (...) eu acho assim (...) incomoda de gargalhar. Às vezes dói.” (E15)

“/.../ tinha época que até eu ria mais. Aí, agora eu fico até com medo. Porque posso dá um (sorriso)(...). Porque eu gosto muito de rir, aí, eu fico até com medo.” (E16)

Sorrir incomoda. E quando eu abro o sorriso no maxilar, a parte inferior, ele (o maxilar) muda (desvia). Desvia para o lado. /.../ É, pro lado esquerdo. Então, eu tenho que controlar o sorriso. Tem muita gente que não sorri pra não abrir muito a boca. (E17)

“Incomoda” (E18)

#### **h. Atividade sexual**

“Só o beijo. Porque dói, estala.” (E2)

“Quando eu tô com qualquer dor você não consegue fazer. Qualquer dor que você (...).” (E3)

“Às vezes incomoda pra namorar.” (E5)

“Atrapalhou no início. Quando meu esposo vinha me beija. Às vezes ele vinha assim (...) de supetão. Aí doía.” (E6)

“Quando eu tô sentindo dor, incomoda.” (E7)

“Também, impede.” (E16)

“Beijar incomoda.” (E17)

#### **i. Fazer higiene oral e da face**

“Prejudica.” (E1)

Só na hora da escovação. Quando bate aqui ((indicação)) aí dá uma dorzinha fina.” (E2)

“Isso aí, sempre.” (E3)

“Escovar, com fio dental, machuca.” (E5)

“Quando “tá” escovando os dentes, dói um pouco.” (E9)

“Não posso. Tenho que ficar com a boca fechada. Se eu ficar com a boca aberta, ele cai.” (E13)

“Às vezes incomoda um pouco, queima, mas tem que fazer também, né?” (E15)

“Impede. Ontem mesmo eu fui escovar os dente. Aí eu fui abrir muito, aí doeu.” (E16)

“Passar fio dental, incomoda muito /.../ eu sinto muita dificuldade, porque quando eu abro, ele desloca. Com a deslocação vêm os estalões (clics/estalos). O cansaço vem também. Eu sinto muita dificuldade”. (E17)

“Rapaz (...) (escovar) os dentes tem hora que incomoda. (lavar) A face não. Mas os dentes (...)” (E18)

## **j. Bocejar**

“Fui proibida. Fui proibida pelo cirurgião bocejar. Ele disse que eu bocejasse segurando, por causa da dor.” (E2)

“Sempre.” (E3)

“Incomoda um pouquinho. /.../ Aí eu tento não abrir a boca muito, ou então às vezes eu fico segurando um pouquinho aqui ((indicação)).” (E4)

“Oh:::, demais, demais /.../ Pra bocejar dói muito. Uma dor fina. É horrível! É muito ruim mesmo.” (E5)

“Atrapalha. Eu não posso! Eu fico prendendo. Assim (...) pra não bocejar, que dói.” (E6)

“Muito... Eu sinto muita dor. Fico com muita dor“ (...) Fico procurando um jeito assim (...). Quando tá doendo mesmo, eu evito o máximo.” (E7)

He::: Essa questão aí não impede porque não sei se é porque eu num tenho esse hábito não de (...) de bocejar. Eu não sei o porquê. Só durante (...) he:: como é que chama? Quando eu acordo num dá vontade. Só dá vontade (de bocejar) meio dia. Num sei se tem pessoas que é assim também. (E8)

Dá uma dor triste! Quando abre, dói. Dói até estrala (estala) e faz de novo aquela zoada (zumbido) “zum”. Quando abre a boca de vez (bruscamente) aí eu vou parando e voltando, aí abro bem devagarzinho que não dói [...] Aí eu paro e vou fechando a boca bem devagarzinho pra não doer muito. (E9)

“Estrala. Dói. Essa (...) esqueci o nome disso aqui ((indicação)). Aí, eu sinto como se realmente parece que descesse. A mandíbula parece que desce / o maxilar. Aí, eu fico mexendo, mexendo, até que (...)” (E11)

“É o pior. Dá pra conversar / o pior é quando fica com sono “/.../ não posso muito abrir a boca, não posso. Passo as horas de sono, porque se eu abrir muito cai (luxa). Quando cai, quando cai é difícil de colocar (reduzir).” (E13)

“Sim, eu fiquei com trauma de abrir a boca. Tem que abrir só um pouquinho, porque parece que vai descolar não sei que / fica isso na minha cabeça.” (E15)

“Não posso. Dói. Estrala (estala) e dói. Sempre tem que ter esse estralinho (estalinho), aqui ((indicação)).” (E16)

“Bocejo com a boca meio aberta, meio bocejo /.../ dói.” (E17)

**k. Engolir**

**l. Falar**

“Como eu lhe disse, é péssimo. Não é? Porque tem várias coisas que eu gostaria de fazer e não posso fazer por causa da dor de cabeça que dá. /.../ Agora mesmo eu tava conversando com a menina ((na sala de espera)) e deu a dor fina no maxilar. Eu parei(...) Deu uma dorzinha aqui ((indicação)).” (E2)

“Conversar também. Eu evito conversar. Porque se abrir a boca (...). Qualquer movimento, dói /.../ É uma tortura.” (E3)

“Às vezes, quando converso. /.../ Agora mesmo tá doendo.” (E5)

“De início me atrapalhava, doutora. Eu não podia conversar direito, eu ficava falando com a boca assim, quase fechada. Que eu não podia abrir a boca. /.../ Eu tô me adaptando a conviver assim. Eu fico assim um pouco detida. Dá vontade (...). Tem vezes eu nem abro o meu ateliê (de costura). /.../ Prefiro assim (...) ficar deitada. Não quero nem conversar com ninguém. Tomo remédio e deito. Fico lá quietinha. (E6)



Quando tá doendo, sim.”(E7)

“Só quando eu tô conversando, falando muito rápido, aí trava um pouquinho. Mas num instante destrava /.../ Eu tô falando normal, aí quando eu começo a falar muito rápido é que dói. Aí paro... Aí tem que falar bem devagarzinho.” (E9)

Isso incomoda no dia-a-dia. Agora, assim (...) em trabalho / questão de trabalho. Porque eu já fiz seleções de empregos pra casos de teleatendimento. He::: Call Center. E justamente quando eu passo pela tal da fonoaudióloga (...). Aí ela mede, ela aperta, ela nota que tem dor, ela me reprova. /.../ Já passei por / assim / são quatro fases. Você faz prova escrita, faz teste de digitação, faz várias provas. Faz dois tipos de dinâmicas diferentes. Aí quando chega à última fase, que é a fase da fonoaudióloga, aí estralou (estalou). Estralou três vezes. Aí, ela apertou e, no caso, eu senti dor. Ela viu. Eu não disse a ela que eu estava sentindo dor, mas ela notou. E::: viu pelo estralo. Pegou e me reprovou. Duas vezes. /.../ Eu fiz três seleções diferentes e todas as três eu fui reprovada. Por esse motivo. Sempre, na parte da fonoaudióloga, ela me reprova. (E11)

Tem vezes. Eu sou muito tagarela e (...) Eu evito.” (E16)

Eu trabalho falando. Não posso ficar assim. Me incomoda muito. /.../ Assim como eu tô aqui falando com você aqui. Não posso abrir muito a boca. Agora, (falar) mais alto, (e) mais grosso, eu não posso. /.../ A dicção / não. Porque eu trabalho com telemarketing, e não pode ter dificuldade pra quem está ouvindo. (E17)

**m. Ficar com o rosto normal – sem aparência de dor ou de triste**

Ah::: meu Deus! A gente tenta disfarçar, né doutora? Mas dói. Só Deus é que sabe. E como diz o ditado: “que só quem tá calçando o sapato é que sabe onde tá apertado”, né? Imagine a gente que convive com essa dor. Às vezes a gente tenta disfarçar, mas não dá o que saber a todo mundo, o que a gente tá sentindo. (E6).

“Quando tá doendo muito, (a aparência) fica um pouco triste.” (E7)

“Aí é difícil né? É difícil.” (E8)

“Impede (de ficar com o rosto normal). Eu fico meio amuado, vou dormir cedo.” (E9)

“Sempre com o rosto de dor.” (E13)

A cara de triste eu fico. Porque eu sinto um pouco. Porque quando a gente tá com problema e não resolve (a dor que não melhora), aí você bota aquilo na cabeça. Eu mesmo sou assim, enquanto não resolver o problema não consigo ficar feliz. Fico um pouco triste, né? /.../ Mas aí me incomoda, aí eu fico triste. (E14)

Eu tô sempre com rostinho de triste. Quem vê pensa que eu tô sentindo dor. Tem vezes que tá incomodando, aí, eu fico meio triste. Aí, tem gente que pergunta, né: “tá sentindo dor? Tais com fome?”. Mas, é porque tem vezes que tá incomodando, doendo. Aí, eu: “não, tô com uma dorzinha”. (E16)

Impede sim. Porque quando você está com a dor, você não fica tão relaxado, você fica contraído. Se contrai. Você não se distrai com outra coisa, porque tem dor. E ela (a dor) acaba lhe tirando prazer de certas coisas. (E17)

Ah:: tem hora, sabe? Porque tem hora que incomoda bastante. Tem hora que faço de conta que é besteira. Faço de conta que não tá nem acontecendo. Pra mim não. Porque se você falar e pensar que aquilo tá incomodando, piora mais ainda. Eu faço de conta que não tá me atingindo em nada. (E18)