LIGIA MITSUKO FURUSAWA

INSERÇÃO DA PSICOLOGIA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NUMA CLÍNICA ODONTOLÓGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Instituto de Psicologia
Universidade de São Paulo

São Paulo
2010

LIGIA MITSUKO FURUSAWA

INSERÇÃO DA PSICOLOGIA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NUMA CLÍNICA ODONTOLÓGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientador: Profa. Dra. Eda Marconi Custódio

São Paulo
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Furusawa, Ligia M.
Inserção da Psicologia em equipe multidisciplinar numa clínica odontológica: relato de experiência. / Ligia M. Furusawa; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2010.
67f.
Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Atuação do psicólogo 2. Interdisciplinaridade 3. Odontologia 4. Psicologia I. Título.

BF636

LIGIA MITSUKO FURUSAWA

Inserção da Psicologia em equipe multiprofissional numa clínica odontológica: relato de experiência

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor.

Tese apresentada e aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

_____ (Nome)	_____ (Assinatura)
_____ (Nome)	_____ (Assinatura)
_____ (Nome)	_____ (Assinatura)
_____ (Nome)	_____ (Assinatura)
_____ (Nome)	_____ (Assinatura)

Aos meus pais, que sempre me estimularam a aprender, o que quer que fosse.

Aos meus filhos, Alfredo e Lívia, com quem tenho aprendido as maiores lições.

À minha neta Aimée, que inaugurou uma nova etapa na minha vida.

Ao Dorival, meu eleito, com quem quero partilhar a vida.

AGRADECIMENTOS

Aqui quero registrar a minha gratidão a todas as pessoas que me acompanharam e me ajudaram nesta jornada nem sempre fácil, às vezes desesperadora, mas recompensadora ao final. Um trabalho como este nunca é uma tarefa solitária e as contribuições chegam, seja como uma indicação de referência ou um gesto de carinho e uma palavra de incentivo que nos dá um novo fôlego, um novo ponto de vista e nos faz avançar a passos largos.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Eda Marconi Custódio, que abraçou a minha idéia e, com paciência, sabedoria e segurança, me deu a liberdade para trilhar diferentes caminhos até definir por onde eu seguiria, acolhendo as várias mudanças pelas quais passou este projeto, até alcançar a forma definitiva. Sem ela, esta tese não seria possível.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Walquíria Fonseca Duarte e Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto, que contribuíram com valiosas críticas e sugestões, as quais refletiram no meu crescimento profissional e pessoal.

À Neuza Maria Franzoi, assistente social da Coordenadoria de Assistência Social, que viabilizou a minha proximidade com meu local de estudos. Sem esse apoio, esta tese não se tornaria realidade.

Ao Prof. Dr. Matsuyoshi Mori, da Faculdade de Odontologia da USP, que abraçou a idéia de ter a colaboração de outros profissionais de saúde na equipe do Serviço de Oclusão e ATM.

Aos pacientes do Serviço de Oclusão e ATM, que permitiram que eu adentrasse em suas vidas e aprendesse tanto sobre as suas DTMs para poder realizar este trabalho.

À Profa. Dra. Irai Cristina Boccato Alves, coordenadora do Laboratório Interdepartamental de Técnicas de Exame Psicológico (LITEP), pelo apoio na finalização desta tese.

À funcionária Maria Olívia Martins Rosa, da CCP-PSA (IPUSP), sempre prestativa. Às funcionárias Claudia Lima Rodrigues da Rocha, Rita de Cássia Damasceno Carvalho, do Departamento de Psicologia Clínica (IPUSP), e também à Profa. Dra. Maria Abigail de Souza, presidente da Comissão de Pós-Graduação do IPUSP, que colaboraram na elucidação de tantos mistérios da pós-graduação.

Aos meus auxiliares de pesquisa, Renata Perez, Ana Paola Rabbat Gurgel e José Israel Guedes Rodrigues, pela troca de experiências, observações, curiosidades, risadas e muita vontade de aprender.

Aos queridos amigos, sempre presentes em meu coração, Valquíria Teixeira dos Santos, Profa. Dra. Fräulein Vidigal de Paula, Cícera Eloi dos Santos de Andrade, Marinete Lisboa Bastos e André Hayato Saguchi, pela inestimável amizade, carinho, apoio e troca de experiências. À Miria Benincasa e ao Helton Rocha Campos, que provocaram uma guinada em minha vida.

Ao meu pai, que agora habita em minha lembrança, à minha mãe e também às minhas irmãs que, a seu modo, sempre me apoiaram para que eu seguisse meu caminho e chegasse até aqui. E aos meus queridos filhos que sempre me incentivaram a estudar, porque sabem que tenho nisso enorme prazer. E agora, também à minha neta, que observa com atenção esta minha trajetória.

Um agradecimento especial ao Dr. Ricardo Soares Silva, que me acompanha há tanto tempo e me faz andar sobre minhas próprias pernas. Também ao Dr. Alberto Custódio, pela sua generosidade, para que eu pudesse estar com minha orientadora.

E o último agradecimento, especialíssimo, ao inegualável companheiro Dorival Ferreira Xavier, que "pegou o bonde andando" e me incentivou a prosseguir, cercando-me de condições para isso, mesmo nas fases mais difíceis desta jornada. O que teria sido de mim sem ele?

À todos que, mesmo não tendo aqui o seu nome, fizeram parte desta história,

Muito Obrigada!!

Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas
Antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio
Chorei, ei, ei, ei

A vida ensina e o tempo traz o tom
Pra nascer uma canção
Com a fé no dia a dia
Encontro a solução
Quando bate a saudade, vou pro mar
Fecho os meus olhos e sinto você chegar

Psico, psico, psico!

Quero acordar de manhã do teu lado
E aturar qualquer babado
Vou ficar apaixonado
No teu seio aconchegado
Ver você dormindo e sorrindo
É tudo o que eu quero pra mim
Tudo o que eu quero pra mim.

Cidade Negra[1]

[1] [1] "A Estrada", de *Toni Garrido / Lazão / Da Gama / Bino, in Cidade Negra Hits & Dubs (2001).*

RESUMO

FURUSAWA, Ligia Mitsuko. *Inserção da Psicologia em equipe multiprofissional numa clínica odontológica: relato de experiência.* São Paulo, 2010, 67p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

Trata-se de um relato de experiência sobre a inserção da Psicologia no Serviço de Oclusão e ATM, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, clínica odontológica especializada em tratamento de desordens temporomandibulares. Chegando nessa clínica, a autora já observa algumas situações que poderiam ajudar aos pacientes se os dentistas trocassem mais informações, num diálogo onde houvesse interesse no relato e na observação do paciente. Também observa a relação do quadro tratado e as queixas de pacientes comentadas em conversas na sala de espera da clínica odontológica, queixas muito freqüentes na clínica psicológica, especialmente na área da psicossomática. Os quadros psiquiátricos/psicológicos encontrados naquela clínica odontológica precisam ser tratados para a melhora e alta do paciente. A partir do momento em que a autora é convidada a participar da equipe de saúde dessa clínica odontológica, percebe-se uma diminuição no tempo de permanência dos pacientes que recebem atenção psicológica naquela clínica, diferindo dos pacientes que recebem apenas a atenção dos dentistas. A equipe de saúde nessa época contava com fisioterapeuta, fonoaudióloga, dentistas e psicóloga (autora). Posteriormente, foram convidados também hipnoterapeutas e quiropraxistas, além de um grupo que fazia aplicações de laser especificamente para quadros álgicos. Em nossa observação, os pacientes, de modo geral, apresentavam sinais e sintomas característicos de depressão e suas co-morbidades, tais como fibromialgia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico. Também tinham características muito parecidas entre eles: excesso de responsabilidades, exagerada disponibilidade para a família e colegas de trabalho, dificuldade em delegar tarefas, dificuldade para aceitar ajuda e culpa em relação a qualquer atividade prazerosa ou que fosse de cuidado pessoal não-médico. Discute-se a adesão ao tratamento promovida pela psicóloga, que fazia intervenções psicológicas e pedagógicas, uma vez que o paciente não percebia as relações entre as recomendações dos profissionais de saúde e seu problema de desordem temporomandibular. A partir do momento em que havia a intervenção da psicóloga e o paciente compreendia essa relação, havia adesão ao tratamento multidisciplinar e conseqüente melhora do quadro, com alta da clínica. Estão descritas a atuação e as especificidades do atendimento, a análise do papel do psicólogo e a importância da sua inserção na equipe multiprofissional.

ABSTRACT

FURUSAWA, Ligia Mitsuko. *Insertion of Psychology in a dental clinic: experience report.* São Paulo, 2010, 67p.. Thesis. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

This is a report on an experience with the insertion of Psychology in the Occlusion and TMA Service of the Faculty of Dentistry of the University of Sao Paulo, a dental clinic specialized in temporomandibular disorder treatment. Arriving at the clinic, the author verifies some situations that might help patients if dentists exchanged more information in a dialogue showing more interest in the patient's report and observation. Also verified is the relation between the condition treated and the patients' complaints commented in chats at the dental clinic waiting room; these complaints are very frequent in the psychology clinic, especially in the psychosomatic area. It is noticed that psychiatric/psychological conditions found have to be treated for a patient's improvement and discharge. As from the moment the author is invited to participate in the health team of that dental clinic, a reduction in the permanence time of patients who receive psychological counseling is observed, differing from patients who only receive attention from dentists. The health team at the time counted on a physiotherapist, speech therapist, dentists and a psychologist (the author). Later, hypnotherapists and chiropractors were also invited, besides a team that made laser applications specifically for algic conditions. In our observation, patients generally presented signs and symptoms characteristic of depression and its co-morbidities, such as fibromyalgia, obsessive-compulsive disorder, panic disorder. Characteristics were also common among patients: excess responsibilities, exaggerated availability to family and colleagues at work, difficulty in delegating tasks, difficulty in accepting aid and guilt towards any pleasurable activity or one of non-medical personal care. A discussion is made on the adhesion to the treatment provided by the psychologist, who conducted psychological and pedagogical interventions, once the patient failed to notice the relations between the recommendations by the health professionals and the temporomandibular disorder problem. As from the moment the psychologist intervened and the patient understood this relation, there was adhesion to the multidisciplinary treatment and a consequent improvement in the condition, with discharge from the clinic. The actuation and counseling specificities, the analysis of the psychologist's role and the importance of her insertion in the multiprofessional team are described.

SUMÁRIO

Apresentação 1

A desordem temporomandibular: o distúrbio, o tratamento
e o paciente 6

A boca: uma porta de entrada para conhecer o sofrimento,
a dor crônica e a depressão 19

Psicologia e Odontologia: interfaces possíveis 31

O relato do trabalho em equipe num serviço de atendimento
de pacientes com desordem temporomandibular 39

Colhendo os frutos 50

Referências 54

APRESENTAÇÃO

Esta tese é conseqüência de alguns anos de trabalho voluntário no Serviço de Oclusão e ATM[2] (SOA), da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, onde pude conhecer mais de perto as desordens temporomandibulares, seus portadores e a interferência dos fatores psicológicos na evolução clínica desse quadro.

Cheguei a esse Serviço como paciente, por encaminhamento de meu dentista, que avaliou o meu caso e concluiu tratar-se de problema na articulação temporomandibular e não nos dentes.

Permaneci como paciente nesse Serviço durante alguns anos, pois precisei intercalar o tratamento com uma correção ortodôntica. Enquanto estava sob os cuidados daqueles profissionais aprendi muito sobre o meu problema na articulação temporomandibular, ouvindo os dentistas trocando informações com seus pares e supervisores. Com isso, percebi que as informações trocadas entre eles poderiam ser muito úteis ao paciente se o próprio dentista, ao perceber as relações entre os sinais e sintomas da desordem temporomandibular com o modo de funcionamento do indivíduo, soubesse orientar o paciente quanto às modificações simples, mas necessárias no seu comportamento, tais como ficar atento para não apertar os dentes, relaxar a musculatura envolvida na mastigação, entre outras orientações. Enfim, a

relação do paciente com a boca enquanto órgão de atenção e que provoca uma reação de dor. As angústias associadas a essas experiências não eram incluídas no diálogo com os dentistas.

Nesse meio tempo, uma mestranda do Instituto de Psicologia iniciou coleta de dados no SOA e solicitou a minha colaboração. A coleta de dados terminou e eu quis dar continuidade ao atendimento de alguns pacientes, pois percebi que um acompanhamento psicológico, mesmo breve, poderia ajudá-los a uma melhor qualidade de enfrentamento da questão.

Uma das minhas primeiras pacientes foi encaminhada pelos dentistas que solicitaram de imediato uma avaliação psicológica urgente, pois não sabiam como conduzir o caso. Tratava-se de uma mulher com idade por volta dos 40 anos, com tantos problemas bucais[3] que os profissionais não sabiam por onde começar. Além disso, apresentava sinais evidentes de que não estava emocionalmente bem, dificultando a própria relação com os profissionais.

Na primeira entrevista agendada dessa paciente, aqui chamada pelo nome fictício de Ana, não foi possível realizar um levantamento dos primeiros sinais para a elaboração de hipótese diagnóstica devido ao seu estado emocional instável: a paciente chorou grande parte do tempo. Foi oferecido primeiro um acolhimento para que ela pudesse, então, iniciar a entrevista e um processo psicoterapêutico nas próximas etapas a partir desse encontro.

O espaço físico do SOA não comportava um ambiente indicado para um atendimento psicológico, mas a situação crítica dessa paciente era tão urgente que foi necessário ouvi-la nesse próprio contexto.

---

[2] ATM: articulação temporomandibular.

[3] Entre os muitos problemas bucais desta paciente, chamou-nos a atenção ela ter *candidíase*, popularmente chamada de "*sapinho*", muito comum em crianças, devido à sua baixa imunidade. Neste caso, o quadro de depressão pode ter deflagrado muitos dos problemas apresentados por esta paciente.

Depois de algumas semanas de acolhimento nessa etapa inicial, a paciente começou a criar vínculo primeiro com a psicóloga e depois com a equipe e, a partir daí, passou a apresentar uma melhor regulação do choro e ampliou a sua capacidade de escuta e comunicação.

Os sinais iniciais de choro e dificuldade de participação na entrevista indicaram uma forte suspeita de depressão. Foi feito um encaminhamento para que a paciente pudesse passar por uma avaliação psiquiátrica e ter um acompanhamento psicológico.

A melhora da paciente possibilitou ao dentista realizar um exame físico minucioso, constatando que a paciente não tinha problemas articulares, “apenas emocionais”, apesar de ter chegado ao serviço com dores terríveis na região da ATM e ter recebido, na época, recomendação para ali permanecer em tratamento.

Como a paciente apresentou visível melhora logo após a medicação prescrita pelo psiquiatra, essa mudança chamou atenção para o nosso trabalho, que ratificou o que se afirmava na literatura estrangeira, que preconizava a necessidade do trabalho multidisciplinar. A equipe do SOA me convidou para integrar a equipe de profissionais dando início ao desempenho do papel profissional da área de Psicologia em equipe multiprofissional.

Com base no que havíamos observado até ali, passamos então a desenvolver um plano de ação para o atendimento aos pacientes. Primeiro, foi necessário dar aos dentistas um treinamento para reconhecer a necessidade de encaminhar o paciente para uma entrevista psicológica. Segundo, foi necessário lidar com a resistência de alguns profissionais em admitir que pudesse haver alguma relação entre o estado emocional e o problema na ATM. Terceiro, era necessário o entendimento dos profissionais de que a entrevista e o atendimento psicológico são diferentes do atendimento clínico odontológico, não podendo ser feito em meio a uma multidão e nem em 10 ou 15 minutos, apenas numa ¨olhada¨ e com intervenções freqüentes.

Um dos resultados evidentes desse trabalho foi a diminuição do tempo de permanência dos pacientes que passavam pelo atendimento multiprofissional. Alguns pacientes já estavam em tratamento há vários semestres, com freqüência regular, fazendo uso apenas da placa miorrelaxante[4] que era verificada semanalmente para corrigir a oclusão[5]. Estes pacientes haviam conseguido uma melhora parcial, estacionando em diferentes patamares e não conseguiam avançar no tratamento para obtenção de alta. A partir do nosso ingresso, pacientes admitidos mais recentemente, quando apresentavam adesão às orientações dadas pela psicóloga, apresentavam condições para alta em um ou dois semestres e raramente precisavam fazer uso de placa miorrelaxante. Portanto, graus diferentes de evolução dos casos já em atendimento foram se evidenciando.

Essa diferença de tempo na recuperação do paciente deveu-se à sua capacidade de adesão ao tratamento multidisciplinar. A equipe contava inicialmente com psicóloga, fisioterapeuta e fonoaudióloga, além dos dentistas. Nem todos os pacientes eram avaliados pelas quatro especialidades da equipe, pois nem todos os dentistas aceitavam a intervenção de outros profissionais.

Mas os pacientes que eram avaliados por essa equipe de saúde sentiam-se especiais, tendo uma equipe inteira a cuidar dele. Talvez esse fato já promovesse no paciente um desejo de investir mais em si mesmo. Entretanto, alguns pacientes mostravam-se desanimados para realizar as tarefas designadas pela fisioterapeuta e pela fonoaudióloga. Porque não entendiam como os exercícios poderiam ajudar na sua recuperação. Confessavam, nas entrevistas psicológicas, que não faziam os exercícios porque eram “bobos e não serviriam para nada”. Passamos então a explicar

[4] Placa miorelaxante, também chamada de aparelho oclusal ou *splint* é um aparelho removível, geralmente feito de acrílico, que cobre as superfícies dentais de uma arcada para criar contatos precisos com os dentes da arcada oposta. Tem a função de promover temporariamente uma posição articular mais estável do ponto de vista ortopédico, que reorganizará a atividade reflexa neuromuscular, resultando numa função muscular mais próxima do normal.

a razão e a utilidade de cada exercício e sua relação com a ATM. A partir daí, aqueles que passaram a fazer os exercícios com regularidade apresentavam rápida melhora e muitas vezes nem precisavam da atenção dos dentistas.

Durante a permanência no SOA, muitas questões foram surgindo: por que alguns pacientes aderem ao tratamento e outros não?; há um meio eficaz de verificar se há ou não adesão ao tratamento?; como motivar o paciente a aderir ao tratamento?; o que fazer com o paciente que não adere ao tratamento?; quais são as características de personalidade dos pacientes que aderem e dos que não aderem ao tratamento?; como dar conta da demanda para psicoterapia, uma vez que a maioria dos pacientes necessita desse tipo de atendimento?; e como detectar quem realmente tem a demanda para psicoterapia?; o que fazer com quem não tem a demanda para psicoterapia? Algumas respostas, aos poucos, foram respondidas ao longo do tempo.

Assim, a tese é o relato da experiência de inserção junto à equipe de profissionais que integravam o SOA, além das reflexões feitas a respeito, que merecem ser discutidas e compartilhadas. Por essas razões, elegemos como objetivo desta tese descrever a atuação e as especificidades do atendimento, analisar o papel do psicólogo e a importância da sua inserção na equipe de atendimento ao portador da desordem temporomandibular em clínica odontológica de enfoque multiprofissional.

[5] Oclusão é definida pelo *Dorland's Medical Dictionary* como "a ação de fechar ou o estado de estar fechado". (*In* Okeson, 2000, p.87). Pode ser entendida como o perfeito encaixe dos dentes das arcadas superior e inferior.

A DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR:

O DISTÚRBIO, O TRATAMENTO E O PACIENTE

Articulação temporomandibular

A articulação temporomandibular, comumente conhecida como ATM, "... é uma articulação dupla cuja função está ligada essencialmente à movimentação da mandíbula, à oclusão dental e à mastigação." (Portnoi e Vasconcelos, 1993); liga a mandíbula ao crânio, localizando-se uma de cada lado e necessariamente precisam trabalhar juntas. Tem relação direta com a região cervical e escapular possuindo um sistema neuromuscular comum. É uma estrutura dinâmica formada de várias partes que realiza movimentos dos mais complexos e está relacionada com praticamente todas as funções do aparelho mastigatório (Spillere & Rosas, s/d).

Segundo a definição dada por Okeson (2000), é um sistema articular extremamente complexo que cumpre o papel de dobradiça ao mesmo tempo em que executa movimentos de deslize. É composta por duas articulações conectadas pelo mesmo osso (mandíbula), o que complica bastante a função do sistema mastigatório, pois cada uma das articulações pode agir de forma diferente ao mesmo tempo e separadamente, sempre exercendo alguma influência, uma sobre a outra.

Oclusão

Na função mastigatória o posicionamento e a oclusão são extremamente importantes. As atividades básicas de mastigação, deglutição e fala dependem da posição dos dentes nos arcos dentais e também da relação estabelecida entre os dentes antagônicos, onde forças opostas devem estar em equilíbrio. (Okeson, 2000)

Desordem temporomandibular

Como o próprio termo refere, trata-se de uma função desempenhada de maneira anômala; ausência de normalidade nas funções do aparelho mastigatório (Maciel, 1998).

A definição de desordem da articulação temporomandibular para Bocchi, Kuhn e Nascimento (1999), é

> "(...) um distúrbio crônico caracterizado por dor, tensão e alteração funcional na articulação da mandíbula e músculos mastigatórios, estalos e criptação durante a mastigação, limitação dos movimentos de abrir e fechar a boca, deslocamento da mandíbula em diversos planos e, ainda, alguns sintomas associados, menos comuns, *tinnitus*[6], vertigem e dor radiando a cabeça, pescoço e ombros." (p.98).

As desordens ou disfunções temporomandibulares (DTM), "... envolvem músculos mastigatórios e estruturas afins, ou seja, as estruturas de tecido mole e duro da face, crânio, pescoço e todas as estruturas intra-orais (...)

[6] Zumbido.

causando dores faciais, de ouvido, cefaléias e disfunções mandibulares". (Silva, Castiglioni e Santos, 2000, p.19).

Caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas, tais como dor na região da ATM, nos músculos envolvidos na mastigação e nas regiões radiadas de cabeça e pescoço. Assim como limitações na abertura da boca, dores de cabeça, de ouvido, tinidos, vertigens e estalidos são queixas freqüentes de quem tem DTM. Alguns pacientes relatam que têm "a impressão de mastigar areia" referindo-se aos ruídos que percebem ao alimentar-se. (Custódio e Furusawa, 2009)

Os sintomas característicos dessa disfunção interferem diretamente na vida do paciente, repercutindo em todas as esferas de sua vida (social, familiar e profissional) e reduzindo sua qualidade de vida. Reconhecendo que os fatores psicológicos têm um significativo papel na etiologia e manutenção da desordem na articulação temporomandibular, há muitos estudos que evidenciam a necessidade de encaminhar o paciente para tratamentos complementares. (Custódio e Furusawa, 2009; Bocchi, Kuhn e Nascimento, 1998, 1999; Dählstrom, 1993; Portnoi, 1993; Seger Jacob, 1991). O reconhecimento dos fatores psicológicos não pode mais ser subestimado pelo dentista que trata de um paciente com desordem da articulação temporomandibular.

Sobre essa questão, autores como Dworkin (1994), alertam aos dentistas sobre a importância de se considerar a desordem de ATM como um distúrbio ou um mal-estar, mais do que uma doença determinada por um evento biológico objetivo, envolvendo distúrbios de estruturas específicas do corpo causados por mudanças patológicas anatômicas ou fisiológicas. Trata-se de uma experiência subjetiva que acompanha um processo de doença anátomo-fisiológica. Em geral, está associada a algum transtorno de humor como depressão ou ansiedade e o paciente expressa

preocupações que implicam em mudanças em sua vida, não conseguindo assumir todos os compromissos cotidianos.

Geralmente o paciente refere dor mal localizada, na região próxima ao ouvido e região temporal, que ficam sensíveis à palpação. A dor quase sempre está relacionada à maloclusão dentária, sendo que alguns pacientes apresentam bruxismo[7] e estalos, mas apresentam também componentes psicológicos que sugerem um transtorno de humor. (Custódio e Furusawa, 2009)

Cabe ao cirurgião-dentista tratar do problema, mas conforme afirma Tomacheski, Barboza, Fernandes e Fernandes (2004) estes profissionais nem sempre estão capacitados a diagnosticar a DTM e tratam apenas o sintoma, sem encontrar solução definitiva para o problema. Os autores sugerem, inclusive, que seja oferecida disciplina temática em cursos de graduação de Odontologia. Os autores apresentam os fatores mais comuns relacionados à DTM: maloclusão, fatores emocionais, ausências de dentes, mastigação unilateral, hábitos orais inadequados entre outros que ainda estão em estudo.

Meira (2002) relata outras características para diagnosticar a DTM: dor intra-articular, espasmo muscular e, além da combinação desses dois fatores, dor reflexa, dor na abertura ou fechamento da mandíbula, dor irradiada na região temporal, laterais e frontal do rosto, dor irradiada no pescoço, cefaléias crônicas, sensação de tamponamento do ouvido, entre outros. Também relata outros fatores que podem desencadear ou perpetuar a DTM: restaurações ou próteses mal adaptadas, má postura, tensão emocional, estresse, patologia ou trauma na articulação, fatores sistêmicos, entre outros.

Okeson (1992) afirma que esses fatores quase sempre estão associados e o que determina se o paciente apresentará DTM é a tolerância fisiológica e estrutural do indivíduo. Este autor afirma que a dor pode ser sempre referida no mesmo local ou

pode estar irradiada. O tipo de dor pode ser definido como difusa ou aguda. Em sua avaliação, a intensidade da dor é definida pelo próprio paciente através de uma escala de dor, pois é um sintoma que varia entre os pacientes e não há um índice único para sua avaliação.

Entre os sintomas da DTM, a cefaléia e dores no pescoço provavelmente são as queixas mais comuns, como se vê na pesquisa de Tomacheski, Barboza, Fernandes e Fernandes (2004) e também nas investigações de Maciel (1998) e Okeson (1992). Assim também ocorreu em nossa observação no Serviço de Oclusão e ATM (SOA). Maciel (1998) afirma que alterações no tônus muscular podem ser responsáveis por 80 a 90% das cefaléias, com um ponto álgico na região cervical desencadeando dor reflexa na região temporal. As causas podem ser as mais variadas: estresse, apertamento dental, bruxismo, traumas locais, alterações musculares por interferência oclusal, entre outros (Garcia e Sousa, 1998, citado por Tomacheski, Barboza, Fernandes e Fernandes, 2004).

Bruxismo e/ou apertamento dental são queixas relatadas com alta freqüência e são decorrentes da sobrecarga na superfície das articulações culminando em alteração biomecânica da ATM e resultando em dores e fadiga nos músculos faciais (Siqueira, 2001). Fraturas de dentes ou restaurações também podem ocorrer e estão associadas às forças oclusais (Tomacheski, Barboza, Fernandes e Fernandes, 2004). Maciel (1998) afirma que a hipertrofia do masseter está diretamente relacionada aos hábitos parafuncionais e pode trazer, como conseqüência, assimetria facial e obstrução do ducto parotídeo.

Por possuir um sistema neuromuscular comum com a ATM, alterações posturais da coluna cervical podem acarretar desordem de ATM e vice-versa (Amantéa, Novaes, Campolongo e Barros, 2004). Os autores avaliaram a importância da má postura como deflagradora ou perpetuadora de DTM. Por ser altamente

[7] Ranger de dentes durante o sono, também conhecido como briquismo.

debilitante, a desordem altera algumas funções essenciais como a alimentação e a fala. Sua incidência vem aumentando com o tempo e atinge principalmente mulheres de meia-idade, que compõem cerca de 80% da população de portadores de DTM.

De acordo com Maciel (1998), cerca de 60 a 70% da população mundial tem pelo menos um sinal de desordem de ATM. Entretanto, somente 25% dessas pessoas relatam sintomas da desordem e apenas 5% dessa população procura tratamento adequado.

O Serviço de Oclusão e ATM (SOA)

Com tantos pacientes com problemas na ATM foi criado, há alguns anos, o Serviço de Oclusão e ATM (SOA) na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Desde sua implantação no Departamento de Prótese da FOUSP, muitos cirurgiões-dentistas passaram por ele, buscando aprendizado ou aperfeiçoamento de técnicas para o tratamento específico das desordens da articulação temporomandibular. Profissionais de outras áreas também buscaram conhecer tanto a desordem em si como os portadores dessa desordem (Jacob, 1991; Portnoi, 1993; Tanaka, 2000; Siqueira, 2001; Tedeschi-Marzola, 2002; Maciel, 2003), realizando trabalhos e pesquisas em conjunto, desenvolvidas no próprio SOA ou em outros serviços similares.

O SOA iniciou suas atividades apenas fazendo uso de placa miorrelaxante, que é uma placa de resina acrílica moldada sobre a arcada dentária do paciente, servindo para criar um distanciamento entre as arcadas dentárias superior e inferior, a fim de criar condições para o relaxamento da musculatura envolvida na mastigação. Também

serve para que ocorra uma melhor acomodação da “mordida”, melhorando a oclusão dentária do paciente.

Com a publicação de estudos estrangeiros nessa área e a prática dos professores envolvidos nesse curso, constatou-se que apenas a confecção da “plaquinha” e o acompanhamento para “ajustar a placa”, a fim de melhorar a oclusão, não eram suficientes para a melhora do paciente. Um grande número de pacientes, após uma rápida melhora nos sintomas, não conseguiam avançar mais no tratamento para obtenção de alta. Muitos já eram atendidos há vários semestres, com pequena melhora inicial e estacionavam num dado patamar do tratamento, não logrando sucesso.

Era hora de buscar alternativas para alcançar êxito no tratamento dos pacientes.

Iniciaram então um trabalho conjunto com fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga. Nem todos os pacientes passavam por uma avaliação e acompanhamento com os profissionais de saúde, pois o encaminhamento era voluntário por parte dos dentistas da equipe. Mas, mesmo assim, aumentou o número de pacientes a ter alta, pois a intervenção dos profissionais de saúde junto com os dentistas completou o tratamento, mostrando-se eficaz. (Custódio e Furusawa, 2009)

Até 2007 o SOA atendia cerca de 60 pacientes por semana, entre triagem e acompanhamento do tratamento. Com o passar do tempo, a equipe de saúde tornou-se multidisciplinar, composta por uma psicóloga (autora), uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um grupo de acupuntura, um grupo que realizava aplicações de laser, um hipnoterapeuta, uma dentista ortopedista-funcional, quiropraxistas[8], além dos vários cirurgiões-dentistas que estagiavam no Serviço.

[8] Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) trata-se de uma profissão da saúde que lida com o diagnóstico, tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas desordens na saúde em geral. Há uma ênfase em técnicas manuais, incluindo o ajuste

A pessoa portadora de desordem temporomandibular

Sabe-se que a experiência de dor é subjetiva, com grande variação de pessoa para pessoa e envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais. Também sofre influência de fatores emocionais, principalmente nos pacientes portadores de distúrbios de humor ou de personalidade (Vilela Filho, 1999).

A dor crônica é a principal queixa dos pacientes do SOA, pois se trata de uma experiência das mais desagradáveis. Quase sempre estes pacientes já passaram por outras especialidades da área médica e, quando chegam ao SOA para "mais uma tentativa", já estão sofrendo com efeitos colaterais de antiinflamatórios, refratário ao efeitos dos medicamentos para dor, além de ter corroídas a qualidade de vida e a vontade de viver. (Guimarães, 1999)

Ao longo do trabalho nesse serviço, constatamos que os pacientes não só sofrem com a DTM, mas também são portadores de transtornos de humor, o que agrava o quadro doloroso e dificulta a adesão ao tratamento. Este paciente já fez inúmeras tentativas sem resultado e acaba por se abandonar nas mãos dos profissionais de saúde, quando não desiste de buscar ajuda.

Quando chegam ao SOA, os pacientes já passaram por uma *via crucis*, como a descrita por Kobayashi (2003, p.12-3). Um grande número de pacientes já passou por

---

e/ou a manipulação articular, com um enfoque particular nas subluxações. Os conceitos e os princípios que distinguem e diferenciam a filosofia da Quiropraxia de outras profissões de saúde são de grande importância para a maioria dos quiropraxistas e influenciam profundamente a atitude e a abordagem destes em relação à atenção à saúde.
A relação entre a estrutura, particularmente a coluna vertebral e o sistema músculo-esquelético, e a função, especialmente coordenadas pelo sistema nervoso, constitui a essência da Quiropraxia e o seu enfoque para a restauração e preservação da saúde. (Fonte: site da Associação Brasileira de Quiropraxia: http://www.quiropraxia.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35:o-que-e-a-quiropraxia&catid=31:quiropraxia&Itemid=53)

várias especialidades médicas, exames e ausência de diagnóstico com encaminhamento para outro especialista. Pelo relato das experiências vividas pelos pacientes, pudemos perceber que são poucos os médicos que estão habilitados a identificar uma DTM e fazer o encaminhamento correto.

A desordem de ATM, por causar sofrimento aos pacientes, acaba transformando o consultório dentário em porta de entrada para a busca de cuidados que dizem respeito ao âmbito da Psicologia. Com uma queixa de dor, que é real, muitas vezes se observa um paciente que necessita, também, de um acolhimento por um profissional de Psicologia.

Visando conhecer alguns aspectos psicológicos desses pacientes, alguns autores estudaram as características de personalidade dos portadores de DTM. Pudemos constatar que algumas dessas características favoreceram a compreensão do distúrbio pelo paciente, no que consistia o tratamento e a importância do seu engajamento pessoal neste processo.

Seger Jacob (1991) apresentou pesquisas que mostram uma incidência maior do problema entre mulheres, embora não houvesse dados conclusivos sobre o tema. Para a sua dissertação de mestrado, avaliou o perfil de personalidade de mulheres portadoras de desordem de ATM, comparadas com pessoas sem o problema. Em sua pesquisa utilizou o Inventário de Personalidade de Minnesota (MMPI) e concluiu que não há associação de distúrbios psiquiátricos e a desordem da ATM. Esse resultado, de modo geral, vai ao encontro das observações de Greene e Laskin e de Solberg, Flint e Brantner (*apud* Seger Jacob, 1991) em pesquisas realizadas na década de 70. Entretanto, a autora observou que as variáveis depressão, histeria e introversão-extroversão diferiam dos referidos estudos. As pacientes com DTM apresentavam a variável depressão mais alta, evidenciando que sentimentos de inutilidade e pessimismo são os mais freqüentes. Evidenciavam também “características de mágoa,

tristeza e sofrimento, falta de interesse pelas coisas, apatia, negação ou recusa à felicidade, incapacidade para o trabalho e sintomas físicos. (...) desconforto em situações de vida e falta de ajustamento" (p.52). Basicamente, revelavam uma personalidade que reage ao estresse com depressão, devido à falta de autoconfiança, tendência a preocupação excessiva, além de estreiteza de interesses e introversão. Mostra, ainda, que são pessoas controladas, indecisas, responsáveis e desconfiadas das próprias capacidades. Traços de hipocondria, depressão, histeria e desvios psicopáticos também foram encontrados entre as pacientes estudadas no trabalho de Woods (*apud* Seger e cols., 1998). Eram mulheres desconfiadas, exigentes e com baixa tolerância à frustração. O mesmo não se pode dizer a respeito dos homens. Estes se mostraram com características sociopáticas e apareceram como mais irresponsáveis, imaturos e egocêntricos que as mulheres.

Bocchi, Kuhn e Nascimento (1998 e 1999) investigaram 15 estudantes universitárias com queixas de DTM utilizando o Método de Rorschach segundo o Sistema Compreensivo de Exner. Constataram componentes narcísicos na organização da personalidade, o que as deixavam mais distantes do seu meio social e prejudicavam a qualidade dos relacionamentos interpessoais. Estas mulheres usavam "do mecanismo de defesa racionalização para estabelecer aspectos de sua auto-imagem afastando-se da realidade externa a fim de neutralizar o prejuízo no funcionamento intelectual devido à interferência da esfera afetiva" (p.139).

Tomacheski, Barboza, Fernandes e Fernandes (2004) encontraram em seu levantamento maior prevalência de mulheres com DTM leve ou moderada, corroborando dados de Moresca e Urias (2001), que também constataram freqüência maior de ruídos articulares no sexo feminino, que tem maior predisposição a desenvolver DTMs. Correia (1983), Ramos (1992) e Souza (1980) encontraram 97,9% de alterações que acarretam em DTM em mulheres e são acompanhadas de sinais e

sintomas característicos. Também Denari (2004), fazendo um estudo sobre o sofrimento vivido por pacientes com doença periodontal crônica, constata uma incidência maior do quadro entre mulheres de meia-idade, e uma avaliação mais aprofundada revelou sentimentos de desilusão, falta de perspectivas e depressão. Doença periodontal crônica pode ser uma conseqüência da DTM, pois o bruxismo, e/ou o apertamento dental pode abalar a fixação dos dentes provocando infiltrações e, em decorrência, inflamações.

Embora haja prevalência do sexo feminino nessas clínicas especializadas, não se pode afirmar que a incidência é maior sobre este gênero, visto que as mulheres buscam ajuda com mais facilidade do que os homens (Smith, 1976). Nossa observação no SOA comprova estes dados, em concordância com os autores anteriores.

Okeson (1992) constata maior flacidez generalizada nos tecidos de mulheres, provavelmente devido ao nível maior de estrógenos. Também as articulações geralmente são mais flexíveis ou frouxas que as do sexo masculino. Tecidos de mulheres suportam menos pressão funcional. Além disso, a literatura médica relata que mulheres são mais suscetíveis ao estresse e às doenças de ordem psicossomática.

Em nossa observação no SOA, também constatamos que há um número significativo de pacientes que apresentam transtornos de humor e de ansiedade nas suas várias formas de manifestação. Entre estes transtornos atendemos muitos pacientes portadores de síndrome do pânico, alguns já com diagnóstico, outros em fase de consultas com especialistas por suspeita de problemas cardíacos ou neurológicos e pacientes ainda sem nenhum diagnóstico, assustados com os sintomas que percebiam e sem coragem de procurar um médico. Os relatos de sintomas são muito parecidos e corroborados pelas afirmações de Ramos (2007) e Castro (2008).

Também há um número considerável de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e um número menor de pacientes que apresentavam discursos hipocondríacos. Depressão sem tratamento é um quadro comum à grande maioria destes pacientes. (Custódio e Furusawa, 2009)

Jacob (1991) e Portnoi (1993) realizaram pesquisas junto aos pacientes portadores de DTM, para identificar o seu perfil psicológico e concluíram que se trata do paciente poliqueixoso, que revela uma necessidade de cuidados, quase sempre do sexo feminino. Acrescentamos que se trata de um paciente que tem muita dificuldade em ser assertivo. São competentes naquilo que fazem, porque são obsessivos e perfeccionistas, sempre sobrecarregados de trabalho porque não delegam tarefas por não confiar na capacidade alheia. (Custódio e Furusawa, 2009)

Por ter estas características de personalidade, tais pacientes têm muita dificuldade em descarregar a agressividade e o fazem na boca, na forma de apertamento e/ou rangendo os dentes. A mordida humana é dotada de uma força extraordinária. Assim, muitos dos pacientes que apresentam problemas na ATM, decorrentes do apertamento da mandíbula e/ou do bruxismo, apresentam dentes fraturados, pinos e dentes implantados estourados, zumbidos/dores de ouvido, enxaquecas, dores de cabeça/ombro/pescoço, entre outros problemas de ordem física aparentemente não relacionados. A relação torna-se ainda mais sutil quando colocamos os fatores psicológicos em pauta. Personalidade e psicodinâmica nunca são associados a problemas como estes, mas estão intrinsecamente relacionados, tal como já afirmamos anteriormente (Custódio e Furusawa, 2009)

Muitos pacientes chegavam ao SOA com sintomas evidentes ou mesmo um diagnóstico e prescrição de medicamentos, mas não aderiam ou sequer iniciavam o tratamento, “para não ficar dependente de remédio” ou “porque são muito fortes”.

Durante a permanência no SOA percebeu-se que a maioria dos pacientes encaminhados para entrevista psicológica tinha sinais/sintomas de depressão. Nesses casos foi feito um trabalho de esclarecimento e encaminhamento para psiquiatras e psicólogos.

Ana, nossa primeira paciente, relatava o desespero de não ter um diagnóstico para as dores que sentia. Chegou a procurar o serviço especializado da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo porque pensava ter câncer bucal. Sentia dores fortes na região do maxilar, ouvidos, cabeça e pescoço. Procurou vários especialistas, fez vários exames, recebeu vários encaminhamentos até chegar ao SOA, nas condições que já relatamos anteriormente.

Assim como Ana, vários pacientes relatavam a mesma história, a mesma *via crucis.*

Uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, a depressão limita o indivíduo no seu funcionamento físico, pessoal e social. Na visão de Peluso e Blay (2008), a forma como a população identifica a depressão, bem como as suas crenças a respeito, influenciam no processo de busca por ajuda e na adesão ao tratamento. Em pesquisa conduzida pelos autores na cidade de São Paulo, menos da metade da amostra reconheceu a existência de depressão no caso apresentado durante a entrevista e uma parcela menor ainda identificou a depressão como uma doença mental. Esse resultado mostra que a população considera a depressão como uma situação pessoal, da própria vida e de caráter transitório.

Uma das queixas mais freqüentes em consultórios médicos, não é reconhecida como um problema crônico e nem como doença pelo paciente. Somente quando há limitação ou mesmo perda da capacidade funcional o paciente reconhece que algo está errado e parte em busca de atendimento médico (Custódio e Furusawa, 2009).

A BOCA:

UMA PORTA DE ENTRADA PARA CONHECER

O SOFRIMENTO, A DOR CRÔNICA E A DEPRESSÃO

A boca: o campo de atuação do dentista

A boca é uma das mais importantes partes do corpo humano. Mesmo antes do nascimento, ela já experimenta sensações e, até o último momento da vida, garante a subsistência pelo alimento. Estabelece comunicação com o meio ambiente e expressa emoções, sentimentos e tensões. Apesar de sua importância, é pouco estudada pela Psicologia. Uma exceção se faz para a Psicanálise, que tem nas questões da oralidade um dos pilares de sua teoria. (Seger, 1998)

Tão importante é a boca que a linguagem se vale de expressões como “comer com os olhos” quando se deseja alguma coisa, “se morder de raiva (ou de inveja)” quando há um sentimento que destrói aquele que sente, “boca” para a zona de prostituição, “comer” como sinônimo para as relações sexuais. Alguns ditados também se valem da boca: “a boca que beija é a mesma que morde”, “quem meus filhos beija, a minha boca adoça”.

Órgão de choque para descarga de tensão, estresse, raiva e outros sentimentos negativos que nem sempre podem ser revelados. Nesse caso, “quem cala, consente”. Emoções que não podem ser expressas livremente, “morrem” na boca. Assim se percebia no discurso dos muitos pacientes atendidos no SOA: pessoas que, no cotidiano são boas, disponíveis, competentes e educadas também são pouco assertivas, sobrecarregadas, estressadas, abusadas.

As dimensões psicológica e odontológica convergem na vida de um indivíduo já no final da sua gestação, quando o sistema mastigatório começa a experimentar as primeiras sensações, pois sabe-se que os fetos sugam os dedos. Trata-se de uma experiência tátil, pois ainda não há experiência gustativa.

O primeiro instrumento de contato é a pele (tato), que registra impressões enquanto o bebê está no útero materno. A boca é o segundo instrumento de contato com o mundo externo e consigo mesmo.

Após o nascimento, o bebê já está equipado com reflexos que garantem a sua sobrevivência. Um dos mais notáveis é o fato do bebê direcionar a boca para qualquer lado em que haja estimulação tátil, especialmente na área da cavidade oral[9]. (Spitz, 1979). Esse reflexo tem a função de garantir a alimentação no seio materno.

Segundo Klein (1936/1973) a primeira satisfação é experimentada no momento da amamentação, quando a boca é estimulada pela sucção no seio da mãe. Nesse momento, o bebê é capaz de reagir aos estímulos desagradáveis e à frustração do seu prazer com “sentimento de ódio dirigido para o mesmo objeto que proporciona o sentimento de prazer, isto é, os seios da mãe” (p.36), ou seja, o mesmo seio que é considerado bom, por fornecer o leite que satisfaz, também pode demorar para satisfazer e, com isso, torna-se um objeto de impulsos sádicos, canibalísticos.

[9] Zona Perceptiva que opera com grande especificidade desde o nascimento, em que os órgãos sensoriais para os estímulos externos encontram-se com receptores sensoriais para os estímulos internos (boca, língua, lábios, face e nasofaringe).

Antes mesmo que o bebê adquira a habilidade de segurar objetos com suas próprias mãos, já existe o reflexo de preensão. E assim que ele adquire a capacidade de segurar objetos, a primeira atitude é levar à boca qualquer coisa que ele consiga segurar, a fim de conhecer o objeto. O conhecimento do mundo se dá, inicialmente, pela boca.

No referencial teórico psicanalítico, os principais autores tratam desse período do desenvolvimento da criança com especial atenção. Na obra de Aberastury (1978), encontramos uma revisão bibliográfica detalhada e comentada a respeito desse tema, sobre os autores mais influentes da escola psicanalítica argentina: Freud, Abraham, Ferenczi e Melanie Klein.

Para Freud (1905, 1938, in Aberastury, 1978, p.164), a primeira dentição é a inevitável marca da distinção entre o prazer e a função de autoconservação pela alimentação, coincidindo com o surgimento dos primeiros impulsos sádicos durante a fase oral. A segunda dentição é um período relacionado aos processos de desenvolvimento da sexualidade. (Freud, 1887, 1896, 1938, in Aberastury, 1978)

Abraham (1924, in Aberastury, 1978, p.170), afirma que a criança passa da fase de sucção para a fase de morder logo que surgem os primeiros dentes. O impulso de morder e o instinto de comer estão intimamente relacionados à libido e é denominado erotismo oral. Os impulsos canibalistas contam com poderosos músculos (masseteres) para a sua realização, além de contar com instrumentos de real capacidade destrutiva (dentes). É o marco da fase oral sádica com predomínio de canibalismo e o aparecimento de conflitos de ambivalência. Ocorrem nessa fase desejos e idéias de morder, devorar, arrancar ou castrar com mordidas o objeto amado. Também aparecem nessa fase as idéias de incorporação e imagens necrofágicas (castrar/destruir X possuir/conservar o objeto).

Ferenczi (1928, in Aberastury, 1978, p.175) afirma que a primeira dentição possibilita a fase oral canibalística, que está a serviço do instinto de autoconservação e também de tendências libidinosas que têm por finalidade penetrar o corpo da mãe usando os dentes como instrumentos para tal objetivo.

Melanie Klein (1946,1952, in Aberastury, 1978, p.177-8) considera a primeira dentição como um forte estímulo para as pulsões e fantasias canibalísticas que, uma ou outra vez, ativa as angústias persecutórias e depressivas, mas não são determinantes dessas. A agressão constitui a relação mais primitiva com o peito materno, antes da aparição dos dentes, que ocorre na época do desmame, estimulando e reforçando as ansiedades pela perda do objeto bom.

Estes quatro autores abordam também o simbolismo dos dentes como pênis. Assim, dentes caídos ou arrancados simbolizam temor à castração ou perda do objeto amado; a manipulação de dentes corresponde à masturbação.

Aberastury (1978) comenta a relação estabelecida por Abraham entre a fixação à fase oral canibalística e diferentes sintomas, especialmente a depressão. Nessa etapa, comer tem o mesmo significado de destruir o objeto. No caso, o objeto é o seio/mãe segundo Klein (1936/1973). Mas aos poucos a criança passa a ter uma percepção mais integrada da mãe, uma pessoa total, acima de tudo um seio que nutre, que satisfaz conquanto nem sempre isto ocorra. Essa percepção se constrói a partir das experiências boas vividas ao lado de uma mãe afetiva, continente. Caso contrário, aumentam as chances de se observar o desenvolvimento de uma pessoa, insegura, imatura, deprimida.

Na experiência do SOA, tivemos várias pacientes que sofreram abandono ou negligência materna no início da vida. As pacientes que sofreram abandono no primeiro ano de vida foram justamente as que apresentavam os quadros mais graves de depressão, com todos os seus indicadores muito exacerbados. Coincidentemente,

essas pacientes conheciam suas histórias de abandono e também conheciam suas mães biológicas, mas não conviveram com elas.

Durante a primeira fase do desenvolvimento, a Odontologia se aproxima ainda mais da área de conhecimento da Psicologia, pois cuidar dos dentes de uma criança requer muita “psicologia”. Lidar com a criança na cadeira do dentista não é tarefa fácil e requer conhecimento sobre a infância, os medos, a ansiedade infantil, as fantasias, a família do pequeno paciente, enfim, a cultura em que a criança está inserida. Klein (1949/1969) faz referência a um paciente de 14 anos, Willy, para o qual, na terceira sessão de análise mostrou-lhe que ele a identificava com o dentista, de quem ele tinha medo. Willy de início não admitiu, mas depois concordou que receava uma extração dentária e, sobretudo, o despedaçamento de todo seu corpo.

Na Argentina, publicações começaram a surgir na década de 50 do século passado, para informar a sugerir aos dentistas o uso de técnicas para lidar com os pequenos pacientes no consultório. (Leyt, 1951; Pichon-Rivière, 1951, 1958, 1961, 1962; Lustman, 1963; Aberastury, 1967; Egozcue, 1967; Saimovici, 1969; Touson, 1971; Mezzano, 1971)

Estas dificuldades de atuação dos dentistas, como vimos, gerou um número expressivo de publicações para a área de Odontopediatria, em que são abordados problemas freqüentes de ansiedade, medo do dentista e como lidar com tais dificuldades. (Possobon, Moraes, Costa Jr., e Ambrosano, 2003; Possobon, Moraes, Ambrosano e Costa Jr., 2004; Silva, Guedes Pinto, Reginato e Chippari, 1992; Cardoso e Loureiro, 2003, 2005; Possobon, Caetano e Moraes, 1998; Rolim, Moraes, César e Costa Jr., 2004; Lorch, 1986; Sandrini, 1995; Josgrilberg e Cordeiro, 2005; Gonçalves, Percinoto, Castro, Sundefeld e Machado, 2003; Fioravante, Soares, Silveira e Zakir, 2007; Rank, Carvalho, Raggio, Cecanho e Imparato, 2005; Daniel, Guimarães, Long, Marotti e Josgrilberg, 2008; Peixoto, Frauches e Costa, 2001;

Tambellini e Gorayeb, 2003). Mas há outro grupo de estudos que buscou conhecer as impressões sobre o profissional a partir de desenhos feitos por crianças.

Klepsche (1984, p.154) realizou um estudo sobre desenhos para avaliar atitudes de crianças em relação a enfermeiras, médicos e dentistas. Encontrou alguns padrões nas produções das crianças. Os dentistas foram desenhados com dentes e/ou mãos ou dedos em tamanho exagerado. Considerando que os dentes são o foco no trabalho dos dentistas e as mãos são seus instrumentos de trabalho, pressupõe-se que dentes e mãos grandes não reflitam atitudes negativas. Muitas crianças desenharam a si próprias na cadeira do dentista, representando as cadeiras muito grandes e a si mesmas muito pequenas. Sugere que as crianças se percebam como perdidas ou insignificantes na situação.

Em estudo anterior, Klepsch (1975, in Klepsch, 1984, p.155) comparou desenhos de auxiliares odontológicas e dentistas. As auxiliares foram representadas mais sorridentes que os dentistas, embora estes também tenham sido representados sorrindo. Com freqüência também houve representação de algum instrumento odontológico, como a broca. Instrumentos relacionados à profissão da pessoa desenhada são freqüentes, pois as crianças parecem não dissociar o profissional da sua ferramenta de trabalho. Isso indica que os profissionais não são percebidos como pessoas comuns, mas alguém que desempenha uma função especial.

Na interpretação desse material, Klepsch (1984, p. 156-7) encontrou indicadores específicos, tais como figuras cômicas como um dentista com apenas um dente, como mensagem para que se escove os dentes todos os dias para protegê-los; dentistas representados como monstros, sombreados ou rabiscados por cima, freqüentemente portando brocas, são associados a dor e desconforto. O tamanho e o tipo de instrumental portado pelo profissional representado podem demonstrar o seu impacto sobre a criança. Os instrumentos provocadores de ansiedade podem ser

representados com sombreados. Desenhos aumentados também são encontrados em material produzido por crianças de pouca idade. Dão a impressão de que estão esmagadas na cadeira, pois se percebem insignificantes em relação a ela. Os profissionais em tamanho grande mostram que as pessoas são significativas, mas se estão agigantadas, sugerem agressividade percebida na situação. Mãos e dedos grandes também são percebidos nas produções infantis, mas provavelmente porque são as partes mais usadas pelos profissionais e que estão em contato próximo ao rosto da criança e não porque tenham uma conotação negativa. Dentes, de modo geral, representam agressividade, mas não nessa situação com os dentistas. Os dentes são o foco do trabalho do profissional, podendo constituir uma fonte de ansiedade ou preocupação na criança, mas não simboliza agressão como poderia ser em desenhos de outros profissionais.

Com o público adulto, os dentistas não têm mais a preocupação de usar a "psicologia" e nem os conhecimentos da Psicologia com seus pacientes. Por serem adultos, supõe-se que estejam capacitados a controlar suas ansiedades e angústias.

Muitos profissionais, conforme afirmam Moraes e Pessotti (1985, p.4), consideram que para lidar com os pacientes basta ter tato e bom senso, ficando a Psicologia no plano metafísico ou subjetivo. Acreditam que sua tarefa é tratar dentes, não necessitando considerar os aspectos emocionais ou psicológicos de seus pacientes (p.6).

Como já vimos no decorrer desta tese, nossa experiência no SOA e a literatura têm apresentado clientes deprimidos em sofrimento que vão em busca de um tratamento para a dor orofacial.

Keefe e Gil (1986, *apud* Seger, 1998) relatam a correlação entre estresse (ansiedade, depressão) e a intensidade da dor vivida pelos sujeitos de sua amostra. Vasconcellos (1985) também citado por Seger (1998), encontrou forte correlação entre

o nível de estresse altíssimo e tensão muscular; 98% dos entrevistados levavam todas as coisas muito a sério.

A depressão normalmente está associada a outras condições clínicas nas diversas especialidades médicas; há redução da auto-estima e da auto-confiança, com idéias de culpa e inutilidade. (Galizzi, 2000). Para Mackinnon (1981) a depressão refere-se tanto a um sintoma quanto a um grupo de enfermidades com traços em comum. Enquanto sintoma, caracteriza-se como tristeza, sentimento de desamparo e redução da auto-estima. Estes autores relatam idéias ou tentativas de suicídio, fato constatado em entrevistas de alguns pacientes do SOA.

O suicídio é considerado uma agressão ao próprio indivíduo, na medida em que não sabendo mais lidar com seu próprio sofrimento e se sentindo não atendido ou considerado devidamente pelos outros, dirige os impulsos sádicos para si mesmo. Cassorla (1985) afirma que muitas vezes a ideação do suicídio vem acompanhada da fantasia de agredir ou causar sofrimento a alguém. Nessa fantasia, o suicida estaria "descolado" de seu corpo, como se ainda estivesse vivo, observando as pessoas que vivem à sua volta, sofrendo com sentimentos de culpa e remorso. Assim a vida poderia continuar. O suicida também pode apresentar uma conduta autodestrutiva fantasiando que, se ele deixar de existir, estará beneficiando as pessoas com quem convive.

Uma das manifestações da depressão seria o sofrimento localizado em uma parte do seu corpo: o órgão de choque. É o caso específico das somatizações. Ou no caso da DTM, seria a boca, ou ainda, é possível observar a necessidade de uma atenção especial para si, desenvolvendo os quadros hipocondríacos.

No SOA tivemos alguns casos de pacientes hipocondríacas. Nesses casos, as pacientes chegavam sempre cedo, para serem as primeiras a serem atendidas e tentavam "esticar" ao máximo a sua permanência conosco. Quando tinham diminuído

o quadro doloroso, ou quando suspeitavam que receberiam alta, desapareciam da clínica. Estas pacientes tinham como características em comum o fato de todas serem donas-de-casa, com filhos já crescidos, queixas de não ter atenção do marido e nem da família. Já haviam feitos inúmeros tratamentos sem sucesso. Uma dessas pacientes (a única solteira e jovem) chegou a montar um dossiê a respeito de sua "doença" onde se podia ver recortes de jornais e revistas a respeito do assunto, as receitas das várias especialidades pelas quais passou em busca de alívio para suas dores. Tudo organizado numa pasta-catálogo,organizada por ordem cronológica.

Nossos pacientes relatavam a dor. Uma dor intensa que, em muitos casos, após passar por diversos clínicos eram encaminhados para o SOA. O quadro se transformava numa dor crônica.

Quando Sims (2001) descreve a psicopatologia da dor, assinala que desde Aristóteles a dor tem sido classificada não como uma percepção, mas como um estado de humor e, assim, excluída dos cinco sentidos. E acrescenta que o significado da dor é mais do que a dor por si só e é a razão para ser interpretada como sofrimento. (p.239)

Barrón e Pérez (1996) a partir da teoria da "porta de controle" também conhecida como "teoria das comportas", formulada por Melzack e Wall em1965 (*apud* Barrón e Pérez*, op.cit.*) evidenciam que existem uma série de fatores físicos, emocionais e mentais que modulam a experiência da dor. E dentro de uma perspectiva biocultural, não se pode deixar de levar em conta os aspectos aprendidos interferindo na percepção da dor e na resposta a ela. A avaliação da dor crônica implica em considerar os vários fatores que podem interferir no processo, tais como os físicos, os emocionais e entre estes, apresenta depressão, ansiedade, as preocupações, tensões, ira... Diante do exposto, os autores fazem uma proposta que implica muito mais que o simples exame clínico e um teste para avaliar problemas

emocionais. Apresentam um roteiro que deverá levar em conta não só estas informações, mas também conhecer o histórico de vida, antecedentes familiares, pessoais, psicopatológicos, histórico da dor, incluindo circunstâncias em que apareceu pela primeira vez e periodicidade; o que agrava e o que diminui a dor; como a dor afeta a vida pessoal e profissional do paciente; como o mesmo vê a qualidade e a quantidade de apoio social recebido e como reage a ele; crenças e atitudes em relação à dor e recursos do paciente para enfrentar a dor, tais como estilos de enfrentamento, habilidades de solução para o problema, entre outros.

Como é possível ver, é uma proposta complexa para ser conduzida apenas pelo clínico médico ou dentista. Requer uma equipe que deverá estar atenta aos casos atendidos e que deverá monitorar cada paciente. Só desta forma as autoras acreditam ser possível ajudar o paciente a aderir ao tratamento e melhorar significativamente. Nas conclusões as autoras comentam "... a avaliação psicológica do paciente com dor crônica é um tema complexo que requer ter em conta uma multiplicidade de variáveis que, de um modo ou de outro, modulam a experiência da dor (...) é uma 'proposta integradora' segundo a qual se deve ter em conta uma ampla gama de variáveis agrupadas nas três dimensões da dor, sugeridas na Multi Assesment of Pain (MAP): físico-médica; psico-social e funcional. (p.178). Proposta formulada por Turk e Rudy (1986) pressupõe critérios de avaliação para considerar um paciente com dor crônica, no qual se integram dados físicos, psicossociais e comportamentais.

Helman (2003) adverte que fatores culturais também intervêm nos quadros dolorosos, entre os quais podemos citar a DTM: "a dor é mais do que um simples evento neurofisiológico; há também fatores sociais, psicológicos e culturais associados a ela que devem ser considerados." (p.170). São esses fatores que determinarão se a dor privada vai se traduzir num comportamento de dor que a tornará pública, assim como a forma que tal comportamento assumirá, além do ambiente social onde vai

ocorrer. A própria reação à dor do outro poderá variar de pessoa para pessoa. A decisão de tornar pública a dor privada depende da significância da dor, interpretada individualmente e que sofre a influência do meio social, econômico, cultural, moral e religioso, tornando a dor tolerável ou não. Isto fica mais evidente quando se fala de uma dor considerada normal, por exemplo, a dismenorréia. Helman fala sobre pesquisas realizadas demonstrando que apenas 18% das mulheres de baixa renda nos Estados Unidos mencionam a menstruação e seus efeitos colaterais como causa de dor.

Há que se considerar ainda as dores de natureza psicogênica, ou seja, devidas exclusivamente a causas psicológicas, tendo em vista a não constatação de causas orgânicas, a qual alguns acreditam que deveria ser ignorada pela equipe da saúde. (Ribeiro, 1998). O fato é que psicogênica ou orgânica, ambas doem do mesmo modo e, portanto, devem ser consideradas pelo clínico e, em virtude disto, mais um motivo para se manter uma equipe multiprofissional nos serviços de saúde.

A dor de natureza psicogênica pode estar presente nos casos de hipocondria, neurose geralmente presente como complicação de alguma condição psicopatológica, como uma neurose, ou depressão compulsivas (Kaplan e Sadock, 1984). Segundo os autores, “impulsos sádicos ou hostis removidos de objetos e representados na forma de queixas orgânicas, podem desempenhar um papel particularmente marcante nas síndromes hipocondríacas”. (p.124). Hipocondríacos são narcisistas, isolados e apresentam monomania segundo os autores. A hipocondria pode desempenhar um papel ego defensivo na economia psíquica.. Impede a pessoa de enfrentar uma auto-estima muito baixa e, assim, o paciente se coloca como um ser fisicamente doente e não como uma pessoa desvalorizada e isto a protege da culpa pelo desejo de investir destrutivamente em relação aos outros. Resta-lhe a impressão de um ser frágil castigado, que sempre busca a atenção do outro. Daí o fato de que hipocondríacos

não procuram o atendimento psicológico e sim médico-cirúrgico, tentando confirmar um câncer ou um tumor cerebral que fatalmente o levará à morte. (Santos Filho, 1992)

O paciente hipocondríaco busca sempre informações sobre doenças e acaba identificando os sintomas descritos na literatura como sendo seus. Percebíamos no SOA que havia “épocas” para as queixas de sintomas de doenças que eram veiculadas nos meios de comunicação: síndrome do pânico, fibromialgia... Particularmente, a fibromialgia é de diagnóstico difícil e acomete principalmente mulheres na idade madura com depressão (Cabral, 2006). Perfil muito semelhante às pacientes do SOA.

PSICOLOGIA E ODONTOLOGIA:

INTERFACES POSSÍVEIS

Como vimos até agora, o paciente que busca o SOA pode apresentar um quadro de sintomas complexo, está muitas vezes em depressão, até porque o próprio sofrimento deve prejudicar sua qualidade de vida, sua produtividade e limitar os contatos sociais. Isto corrobora a necessidade de se pensar num trabalho desenvolvido em equipe, que envolva vários profissionais.

Atualmente vivemos um momento de valorização da saúde, enfatizando a promoção/manutenção da saúde e a prevenção de doenças. A partir dos anos 70 (séc. XX), com a segunda revolução da saúde, houve a mudança da definição de “saúde” como um estado de bem-estar físico/mental/social e não mais apenas como ausência de doença Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007). Com esse novo olhar e diante de necessidades cada vez mais prementes de integração das diversas áreas da saúde, a Psicologia começou a ganhar espaço, inicialmente junto à área médica e mais recentemente também em outras áreas das ciências da saúde. (Custódio e Furusawa, 2009). Alguns estudos começaram a ser desenvolvidos visando exatamente às possibilidades de mudanças de hábitos no que se refere aos cuidados em saúde bucal a partir da tenra idade (Barrela,2001; Castro 2001). Espera-se conhecer, envolver e treinar mães nos cuidados de higiene bucal de seus bebes com o objetivo de

prevenção das cáries de seus filhos e ao mesmo tempo instalar o hábito da escovação o mais prematuramente possível. Há de chegar o dia em que os dentistas não ouvirão mais: “não precisa tratar canal, é caro, arranca, logo vai ter que botar dentadura mesmo!”

Em levantamento realizado nas bases de dados, nota-se um número maior de trabalhos na área de Odontopediatria (Possobon, Moraes, Costa Jr., e Ambrosano, 2003; Possobon, Moraes, Ambrosano e Costa Jr., 2004; Silva, Guedes Pinto, Reginato e Chippari, 1992; Cardoso e Loureiro, 2003, 2005; Possobon, Caetano e Moraes, 1998; Rolim, Moraes, César e Costa Jr., 2004; Sandrini, 1995; Josgrilberg e Cordeiro, 2005; Gonçalves, Percinoto, Castro, Sundefeld e Machado, 2003; Fioravante, Soares, Silveira e Zakir, 2007; Rank, Carvalho, Raggio, Cecanho e Imparato, 2005; Daniel, Guimarães, Long, Marotti e Josgrilberg, 2008; Peixoto, Frauches e Costa, 2001; Tambellini e Gorayeb, 2003), onde se deu o começo da integração das duas áreas, diante da dificuldade do dentista em lidar com o público infantil. Em seguida, estão os trabalhos que tratam das questões de ergonomia no consultório odontológico (Castro e Figlioli, 1999; Cruz, Silveira e Costa, 2005; Rasia, 2004; Moraes, A., Moraes, J.; Moraes, R.; Machado e Possamai, 2004) Em terceiro lugar, aparecem trabalhos enfocando técnicas para lidar com pacientes que têm medo das diversas situações que ocorrem dentro de um consultório odontológico (Possobon, Moraes, Costa Jr., e Ambrosano, 2003; Possobon, Moraes, Ambrosano e Costa Jr., 2004; Cardoso e Loureiro, 2003 e 2005; Possobon, Caetano e Moraes, 1998; Gonçalves, Percinoto, Castro, Sundefeld e Machado, 2003; Tambellini e Gorayeb, 2003; Rolim, Moraes, César e Costa Jr., 2004). E, finalmente, em trabalhos mais recentes, encontram-se artigos abordando a necessidade de integrar os conhecimentos da Psicologia na área da Odontologia (Hirata, 2003; Furusawa e Custódio, 2005; Custódio e Furusawa, 2009; Silva, Guedes Pinto, Reginato e Chippari, 1992; Wolff, 1998; Teixeira, 2006;

Peñaranda, 1990; Lorch, 1986), para familiarizar o cirurgião-dentista no estudo da Psicologia e reconhecer nos pacientes os processos psicofisiológicos, incluindo aí a preocupação com a população idosa, face ao seu crescimento nos últimos anos. Foi encontrado também, na última revisão de referências, o surgimento de artigos enfocando a atenção ao paciente idoso (Shinkai e Cury, 2000; Fajardo e Grecco, 2003; Silva, Goiato, Santos, Barão e Gallo, 2007).

Essa necessidade surge da percepção dos profissionais sobre necessidades específicas de seus pacientes que não são de sua área específica também. Tratar de um paciente com desordem na articulação temporomandibular (DTM) requer não só o tratamento dentro da especialidade, mas também de acompanhamento psicológico e, muitas vezes, psiquiátrico, pois é comum o paciente apresentar um quadro de depressão, além de uma personalidade que tende para o quadro obsessivo, necessitando de um acompanhamento psicológico para lidar com as questões inerentes a essa personalidade que, por sua vez, sem tratamento adequado, acentua os sintomas da DTM. Assim, tratar apenas a DTM sem a participação de outros profissionais da área da saúde mental para complementar esse tratamento, resultará numa melhora relativa e posterior recaída, conforme já consta da literatura. (Custódio e Furusawa, 2009)

Por que juntar as duas áreas? Para que se estabeleça uma relação dentista-paciente mais satisfatória, pois “psico” e “somático” são indissociáveis, o Homem é um ser bio-psico-social e qualquer alteração em uma unidade alterará as outras; os fatores psicológicos interferem diretamente na “doença” e é preciso conhecer de que forma e em que extensão. (Seger, 1998)

Mesmo que a técnica aplicada seja correta, o resultado pode não ser o esperado ao desconsiderar o contexto e a história do paciente, pois isso dá apenas uma percepção parcial do que acontece. Um profissional atento ao entorno do

paciente vai perceber outras variáveis que interferem no problema a ser tratado e, se não forem levadas em consideração, não obterá sucesso no tratamento.

Mesmo trabalhando sozinho em seu consultório particular, não há somente uma boca que se senta na cadeira à sua frente, mas um ser humano que está em relação, o tempo todo. Embora a sabedoria popular diga que “de médico e de louco todo mundo tem um pouco”, é preciso reconhecer a limitação da sua técnica e contar com outras áreas da saúde, para trabalhar paralelamente, com o objetivo de cuidar integralmente do paciente e promover a sua saúde. Não há área de conhecimento que dê conta de tudo. Sempre haverá a necessidade de trabalhar com outros profissionais, especialmente quanto se trata de ter um ser humano como paciente. Mesmo quando se diz que “a cadeira do dentista é igual ao divã do analista”.

Na área da saúde, paciente não é quem tem paciência, mas quem padece.

Conforme afirmaram Groddeck (1966), Perestrello (1996) e Eksterman (1996), citados por Denari (2004), doenças ou acidentes não são frutos do acaso. Possuem um sentido, estão inseridos na história de vida do paciente e refletem a relação do paciente consigo mesmo e com o mundo. Há que se considerar as variáveis sócio-culturais, comportamentais e orgânicas que o circundam e não apenas a boca que apresenta.

Levar em conta as variáveis emocionais e comportamentais amplia a compreensão que o paciente pode ter de si mesmo e essa visão mais abrangente contribuiria para a manutenção da sua saúde geral. Assim, é imprescindível que o profissional conheça bem o seu paciente, como ser humano, até para incentivá-lo a manter a sua saúde bucal, visto que sem essa “cooperação consciente” (adesão ao tratamento), qualquer esforço será em vão. (Todescan, 1993, citado por Denari, 2004)

Baseada em Mello Filho (1992), Rodrigues e Gasparini (1992), Eksterman (1992, 1996), Perestrello (1996) e Howard e Lewis (1999), Denari (2004) afirma que

essa postura pode facilitar o tratamento do paciente. Quanto mais compreendido o paciente, maior o êxito do tratamento. A compreensão do Homem na sua totalidade é o que propõe a psicossomática, corpo e mente somados ao contexto ambiental e cultural.

Conquanto se fale em corpo e mente, o paciente leva a sua dor física e resiste à idéia do encaminhamento aos profissionais de saúde mental. Precisam manter a imagem de alguém “forte”, que não precisam de ajuda. Há dificuldade de reconhecer suas fragilidades e carências. Além disso, há o medo do profissional de saúde mental, “psiquiatra é medico de louco”, “quem vai ao psicólogo não é normal, é fraco”.

Moraes e Pessotti (1985) lembram que, apesar da função do profissional de Odontologia seja a de tratar dentes, nenhum deles atua somente com uma boca, gengivas e dentes; ele lida com pessoas que são portadoras de problemas bucais. E mesmo que a eficácia da atuação do profissional seja somente técnica, isso depende da pessoa do paciente, de sua história, suas experiências, seu estado emocional e sua colaboração no momento da intervenção e também fora do consultório, após o término do tratamento.

Estes autores, na introdução de seu livro, também relatam a “escassez quase completa de textos didáticos sobre psicologia aplicada à situação odontológica, em nosso meio”.

O currículo do curso de Odontologia passou a incluir a disciplina de Psicologia com a Resolução 04 de 03/09/1982.

Ainda hoje não há muitas publicações que integrem as duas áreas. O número de livros que sirvam de base para uma disciplina de Psicologia aplicada à Odontologia no Brasil ainda é inexpressivo. Os cursos de graduação contam basicamente com as publicações de Moraes e Pessotti (1985), Seger e colaboradores (1998) e Wolff (2000).

Na Venezuela existe a interdisciplina Psicologia Odontológica, que trata dos aspectos psicológicos que intervêm como apoio no exercício odontológico (Peñaranda, 2000, p.57):

> "La Psicología Odontológica tendría por finalidad poner a disposición del odontólogo los conceptos, técnicas y hallazgos de la Psicología que son útiles a la práctica odontológica integral y por lo tanto su centro de atención sería el estúdio de factores psicológicos que están presentes en la patología bucal o que contribuyen a su prevención." (Peñaranda, 2000, p. 14)

O curso oferecido pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo sempre contou com a participação do corpo docente do Instituto de Psicologia para ministrar a disciplina de Psicologia aplicada à Odontologia. Atualmente o programa da referida disciplina reflete a preocupação na formação do dentista em poder ter essa leitura mais ampla do paciente, dos aspectos estruturais e funcionais dos dentes e do sistema mastigatório, também a inclusão dos aspectos psicossociais na compreensão dos sintomas, de suas possíveis causas. A formação do profissional em Odontologia inclui as relações humanas nesse contexto.

Moreira, Alencar Jr. e Bussadori (1998) destacam a importância dos fatores emocionais no surgimento ou na manutenção/perpetuação da DTM. Rizzatti-Barbosa, Arana, Cunha Jr. e Morais (2000) afirmam que a DTM apresenta etiologia multifatorial, envolvendo uma equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente.

Em estudo desenvolvido em Ponta Grossa, no Estado do Paraná, alunos do curso de Odontologia realizaram um levantamento entre os próprios colegas do curso utilizando questionário proposto por Maciel (2002), composto de dez perguntas objetivas que apontam a presença de DTM. Dessas dez perguntas, duas relacionam-se ao estado emocional de respondente: "Você se considera uma pessoa tensa, nervosa ou ansiosa?" e "Tem dificuldade para dormir?". Este estudo revela que há profissionais que estão preocupados com questões emocionais relacionadas à DTM.

Afirmam que, em geral, apenas um único fator não é desencadeante da disfunção, mas a associação entre fatores. (Tomacheski, Barboza, Fernandes e Fernandes, 2004)

Pacientes com DTM apresentam anteriorização da cabeça, aumento de lordose cervical e falta de nivelamento dos ombros. Embora não haja consenso na área, Amantéa, Novaes, Campolongo e Barros (2004), afirmam que a posição anterior da cabeça acarreta em diferente posicionamento da mandíbula com conseqüente disfunção, resultando em crescente tensão na musculatura mastigatória e DTM. A posição dos ombros também pode ser alterada com o aumento da atividade muscular mastigatória, que leva a uma hiperatividade da musculatura cervical, elevando os ombros. Um trabalho desenvolvido com profissionais da fisioterapia auxilia, minimizando o sofrimento, a dor vivida pelos pacientes.

Por outro lado, a chupeta, artefato que substitui o dedo na boca, foi o objeto de estudo de Tosato, Biasoto-Gonzales e Gonzalez (2005). Concluiu-se que o tempo de uso de chupeta na infância influencia na prevalência de sintomas de DTM: se usada durante o período de 0-2 anos pode auxiliar no desenvolvimento do aparelho mastigatório, por preparar a língua, os lábios e a mandíbula para a mastigação. Se não for usada, a criança pode apresentar fadiga muscular com a introdução de alimentos sólidos na dieta. Seu uso demasiado pode provocar alterações na oclusão dental, distúrbios miofuncionais ou mesmo interposição lingual que interfere na biomecânica da ATM, gerando cansaço, dor e dificuldade de mastigação. Por este motivo se pensa na importância da inserção do fonoaudiólogo na equipe.

Para compensar uma hiperatividade decorrente de uma disfunção, o corpo humano vai passando por transformações para adaptar-se à nova situação. Assim também se constata na interação mente-corpo. (Custódio e Furusawa, 2009)

Aberastury (1996), psicanalista argentina que retoma a teoria freudiana, afirma que a boca e os dentes possuem um significado inconsciente que “vai muito além de sua utilização quotidiana, como dentes para mastigar e boca para alimentar-se” (p.104). Com o surgimento dos dentes, o bebê descobre que possui um instrumento adequado à destruição (p. 106). Em cada etapa do desenvolvimento a boca possui características inconscientes, que se mantêm na vida adulta de modo recalcado ou deformado (p. 105).

Todos estes trabalhos refletem a importância de uma equipe composta por vários profissionais, tais como o fisioterapeuta, do fonoaudiólogo, psiquiatra, psicólogo e outros profissionais de saúde. Assim, o SOA atualmente conta não apenas com cirurgiões-dentistas, mas também com um corpo de saúde multidisciplinar, integrado por vários profissionais da área da saúde.

Por serem tão interdependentes, as ciências da saúde necessitam de uma maior aproximação, pois no Homem está a integração de todas essas áreas de conhecimento. Nesse sentido, contribuições como a de Alves e Minayo (1994), Bessa (2006), Grilo e Pedro (2005), Helman (2003), Paviani (2006) e Veiga (2006) têm sido de fundamental importância. Faz-se necessário discutir a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade para a compreensão do paciente como ser total e integrado. O início está dado e haverá de trilhar o caminho da interdisciplinaridade.

O RELATO DO TRABALHO EM EQUIPE NUM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR

Alguns instrumentos foram utilizados na avaliação dos pacientes do SOA: Questionário de Dor de McGill (Pimenta e Teixeira, 1996), Questionário de Saúde Geral (QSG) de Goldberg (1996), WHOQOL. (Fleck, 1999).

O Questionário de Dor McGill (McGill Pain Questionary - MPQ) é o instrumento para avaliação de dor mais difundido no mundo, traduzido para mais de 15 idiomas, embora apresente algumas limitações psicométricas. Por isso, Boyle, Fernández e Ortet (2003) sugerem melhorias para o instrumento mais aceito no mundo para avaliação da dor. O MPQ é muito usado na área da saúde por utilizar a linguagem da dor para descrever as sensações por ela provocadas, já que há diferentes qualidades na percepção da dor. Foi o primeiro instrumento a organizar o léxico relacionado à dor e dar a forma de instrumento de avaliação.

Também foram utilizados no SOA um questionário para o delineamento sócio-econômico, com base nos critérios da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado – ABIPEME, o Questionário de Saúde Geral (QSG) de Goldberg (1996) e uma ficha elaborada para rastreamento de sinais e sintomas de transtornos de

ansiedade e de humor (Furusawa e Custódio, 2005). Os dados obtidos foram utilizados para melhorar a qualidade do atendimento prestado à população, visando à melhoria da qualidade de vida desses pacientes (Custódio, 2003, 2002). Embora a coleta de dados não tenha se efetivado, foi possível vislumbrar que o QSG não é um instrumento adequado para uso naquele Serviço, uma vez que os resultados obtidos, em grande número de casos, ultrapassavam o percentil 100. Isso demonstra que a amostra do SOA está fora do que se chama "população normal" apesar do fato dos pacientes serem cidadãos produtivos, mesmo com os problemas de saúde que relatam.

Os profissionais da área, os cirurgiões-dentistas, buscavam um sistema de diagnóstico compreensivo que diferencie alguns pacientes com base em suas características psicológicas (Turk & Rudy, 1995). Buscavam conhecer quais os instrumentos de avaliação dos distúrbios da personalidade, desenvolvidos por psicólogos e psiquiatras, que pudessem ser utilizados para a compreensão de seus pacientes (Dählstrom, 1993). Alguns pesquisadores (Dworkin, s/d, www.rdc-tmdinternational.org; Levitt, 1988), desenvolvem instrumentos que, além da avaliação clínica dos pacientes, buscam conhecer como os mesmos relatam suas preocupações, estresse, auto-estima, angústias, e o quanto a dor e o sofrimento têm prejudicado as atividades do dia-a-dia.

A participação da Psicologia na equipe interdisciplinar

Permanecemos como colaboradora no Serviço realizando plantões psicológicos, atendendo pacientes encaminhados pelos alunos do curso de especialização em Dor Oro-Facial e Disfunção Temporomandibular, a fim de conhecer

a problemática de cada um e dar as orientações e encaminhamentos adequados, uma vez que o Serviço não oferecia as condições necessárias para a realização de atendimento psicológico. Devido às características comuns dos pacientes atendidos (depressão, síndrome de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, etc.), foram encaminhados para acompanhamento psiquiátrico e psicológico aos postos de saúde e clínicas-escolas, por serem pacientes de classe média baixa. Em geral, os atendimentos psiquiátricos foram conseguidos mais rapidamente do que os atendimentos psicológicos. Por isso, enquanto não fosse possível iniciar psicoterapia nos serviços indicados, fizemos atendimento emergencial aos pacientes mais necessitados num espaço improvisado no próprio SOA.

Esse tipo de “suporte psicológico” resultou em maior aderência ao tratamento recebido no Serviço, uma vez que o paciente era orientado sobre a sua parcela de responsabilidade na obtenção do sucesso no tratamento.

Além disso, detectamos alguns pacientes que necessitavam de atendimento psiquiátrico urgente, em face de um estado de depressão evidente, sendo um desses casos potencialmente suicida. Este, entre outros, foi um episódio marcante que culminou no convite para integrar a equipe de modo permanente, que passou a funcionar a partir da mudança na estrutura do Serviço.

A partir do ano 2000 esta autora integra a equipe de profissionais de saúde do Serviço de Oclusão e ATM. Aos poucos, foi desenvolvido um trabalho de entrevistas, detecção de problemas de saúde de ordem emocional e encaminhamento adequado a outros profissionais de saúde, entre os quais psiquiatras, ortopedistas e reumatologistas, além de outros psicólogos para o caso de acompanhamento psicológico.

O encaminhamento ao psiquiatra era feito ao detectar transtornos de humor e de ansiedade nos pacientes entrevistados.

No caso de ortopedistas e reumatologistas o encaminhamento era feito quando havia quadros dolorosos por todo o corpo. “Dói tudo” é o que esses pacientes costumam dizer. Por isso o paciente era encaminhado, para que pudesse ter um diagnóstico correto e tratamento adequado ao quadro doloroso.

Entre os vários problemas de saúde que podem ocasionar um quadro doloroso como os que eram apresentados pelos nossos pacientes, está a fibromialgia. Muitos dos pacientes que chegavam ao SOA para triagem já tinham o diagnóstico de fibromialgia, mas raramente tratada de modo adequado, uma vez que a fibromialgia está intimamente relacionada à depressão. Pode-se ver que essa inadequação do tratamento deve-se, por um lado, ao próprio médico que não encaminha o paciente ao psiquiatra e nem ao psicólogo e, por outro, quando o médico recomenda acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, o paciente não o faz, por resistência e preconceito, entre outras alegações que se ouve na prática.

O que se buscou desenvolver no SOA não era o tratamento do sintoma dor, pois não basta remover o sintoma. Com a participação da equipe interdisciplinar, o SOA buscava a promoção de saúde. O trabalho desta psicóloga foi interventivo e educativo.

Conforme González (1997, 1993), a saúde não é estática, mera ausência de sintomas, mas um processo em que se otimizam os recursos do organismo a fim de diminuir a vulnerabilidade deste frente à ação de agentes e processos que resultam em doença. Para isso, combinam-se fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais e psicológicos.

A função da psicóloga no SOA era integrar as informações e instruções dadas ao paciente, para que ele tivesse condições de promover mudanças no seu cotidiano para resultar numa melhor qualidade de vida.

Foi importante que o paciente compreendesse cada instrução, cada recomendação, cada encaminhamento dado; qual a conseqüência, imediata e de longo prazo, de uma mudança de atitude ou de um diagnóstico correto e a conseqüente adesão ao tratamento.

Assim, competiu à psicóloga reunir, na prática, a saúde mental e a saúde somática. O que deveria ser apenas uma divisão didática cristalizou-se de tal forma na cultura ocidental, que ainda é difícil aos profissionais de saúde pensar numa “saúde integrada”, onde mental e somático influenciam-se mutuamente. Coube à psicóloga mostrar à equipe essa “integração”, bem como viabilizar o diálogo entre as várias especialidades do SOA e o paciente.

Embora não exista ainda nenhum estudo comprobatório, pôde-se ver na prática do SOA que, depois de compreendidas pelo paciente as razões das instruções e encaminhamentos recebidos, ocorria a adesão ao tratamento e a alta era alcançada em um ou dois semestres de acompanhamento no Serviço, incluindo ou não o uso de placa miorrelaxante. Sem a adesão, a permanência dos pacientes prolongava-se por alguns anos, sem resultado satisfatório.

O trabalho da psicóloga no SOA não era explicar a doença pelas teorias psicológicas e nem identificar a causa psicológica da doença, mas possibilitar ao paciente a reeducação para a saúde, pela compreensão das recomendações dadas pelos profissionais nas diversas especialidades em que era atendido, além da Psicologia, dentro do Serviço.

A observação, na forma como recomenda Bleger (1984), foi a técnica utilizada para conhecer o campo de trabalho no Serviço de Oclusão e ATM. Por não fazer parte daquele serviço, podia ter um ponto de vista mais distante para enxergar fatos que às vezes eram óbvios, mas não percebidos por quem fazia parte da instituição. Isso

permitiu viver o papel de elo de comunicação entre os vários profissionais de saúde e os pacientes, fazendo intervenções que chamo de pedagógicas.

Da parte desta autora, sempre houve a preocupação com a promoção da saúde, sendo o significado de prevenção “impedir que se realize” ou “preparar, chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano)” (Czeresnia, 2003, apud Westphal, 2006).

Leavell e Clark (1965) afirmam que são objetivos da medicina preventiva promover um estado de saúde que seja positivo ou ótimo, evitar a perda de saúde e a invalidez depois do ataque da doença. Nessa concepção, a prevenção secundária tem como objetivo a redução de fatores de riscos, propondo práticas preventivas e educativas, além da fiscalização para a adoção ou o reforço dos comportamentos relacionados à saúde e enfrentamento da doença (mudança de alimentação, prática de atividades físicas, etc) (Westphal, 2006).

Pudemos ver em nossa prática que os pacientes, de modo geral, são muito parecidos em sua dinâmica e, quando chegam ao SOA, já sucumbiram frente à dor e à falta de diagnóstico. Estão entregues a tal ponto que não reconhecem o início do problema e sua evolução, tornam-se o resultado de um encadeamento de causas e efeitos. O mesmo acontece com os dentistas, que são incapazes de reconhecer a amplitude do problema.

Isso pode ser visto quando, numa entrevista mais apurada, obtemos informações sobre o comportamento do paciente no seu ambiente familiar profissional. Características obsessivas e incapacidade para reconhecer/admitir e expressar sentimentos negativos (raiva, ressentimento, mágoa, etc) são uma constante nesses pacientes, resultando em dores crônicas e, muitas vezes, problemas gástricos, além do uso abusivo de anti-inflamatórios, embora o discurso seja de parcimônia no uso de medicamentos. Ou seja: uso moderado na quantidade, mas por tempo prolongado. Em

seu discurso o paciente pode relatar quão estressantes são seu trabalho ou suas relações familiares, (quase sempre ambos), mas não é capaz de promover qualquer mudança por menor que seja, para diminuir a quantidade de estresse. O que se percebe é que há certo “orgulho” de ser tão estressado, sendo a diminuição do estresse uma medida que ocasionaria um desmerecimento de sua parte. Não trabalham duramente para atingir metas. Acreditam que só a capacidade de lidar com o excesso de trabalho os torna pessoas de valor.

Assim, o trabalho que realizamos com esses pacientes, na acepção de Leavell e Clark (1965) é, inicialmente, de prevenção secundária, pois realizamos diagnóstico e tratamento, antes que se instale a situação de invalidez, possível quando se trata de dor crônica, e a posterior reabilitação, que caracteriza a prevenção terciária.

Após o diagnóstico, com as orientações e encaminhamentos corretos, se o paciente adere ao tratamento, podemos partir para o processo de prevenção primária extensivo à família, pois nas entrevistas surgem informações sobre familiares com o mesmo quadro do paciente que é atendido no SOA. Conforme Leavell e Clark (1965), considerando-se que todas as pessoas têm saúde em determinado grau, toda doença que leve o paciente ao médico oferece uma oportunidade para aconselhamento. A extensão deste aconselhamento ao resto da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção da saúde de um maior círculo de indivíduos.

No caso do SOA, a prevenção secundária se dá na realização do diagnóstico e tratamento, no intuito de “(...) (2) curar ou estacionar o processo evolutivo da doença, a fim de evitar complicações ou seqüelas e (3) evitar a invalidez prolongada.” (Leavell e Clark, 1965).

Além da intervenção psicológica, com o oferecimento de escuta, havia também a intervenção pedagógica, a fim de promover a adesão ao tratamento, não só do

paciente atendido no SOA, mas também em outras especialidades que complementariam o tratamento ali recebido.

Entende-se adesão ao tratamento quando o paciente segue "... o tratamento conforme as recomendações da equipe de saúde, estando convicto de que estas recomendações e suas ações em favor do tratamento o auxiliarão em sua recuperação." (Sanguin e Vizzotto, 2007). Quando a adesão ao tratamento não acontece compromete todo o tratamento e é um dos problemas mais comuns tanto na prevenção, como no tratamento em si e na reabilitação, quando o paciente precisa se responsabilizar por uma parte do tratamento.

Informar adequadamente sobre seu quadro de doença e sobre a importância de determinadas estratégias interventivas vêm sendo considerado como fundamentais para adesão ao tratamento e fazem parte dos critérios avaliados em escalas ou instrumentos que investigam a qualidade do atendimento oferecido pela equipe de saúde ao paciente e seus familiares. Abdo (1996), citada por Custódio (2002) discute a comunicação e a relação interpessoal entre médico e paciente, a partir do momento em que o profissional compreende seu papel na relação com o paciente e pode definir uma melhor forma de escuta na intervenção.

Houve também a dificuldade do paciente em aderir ao tratamento na própria clínica odontológica, para usar a placa miorrelaxante (quando era o caso), para fazer os exercícios recomendados pela fisioterapeuta ou a fonoaudióloga. O objetivo dos exercícios era alongar as musculaturas envolvidas na DTM, mas isso não ficava claro para o paciente. Quando explicávamos a função de cada exercício, ele conseguia entender o propósito e passava a realizar as tarefas, obtendo melhora em tempo muito mais curto do que aqueles que não o faziam. Quanto à placa miorrelaxante, a adaptação é parecida com a de um aparelho ortodôntico removível: causa incômodo e, até a adaptação acontecer, a pessoa saliva em maior quantidade, além de atrapalhar

a fala. O seu uso é recomendado somente à noite, para dormir, mas mesmo assim alguns pacientes não se adaptam.

Muitos pacientes eram encaminhados ao psiquiatra, pois apresentavam depressão e suas co-morbidades. Também aos reumatologistas ou ortopedistas, quando havia indicação de fibromialgia. Foram feitos também alguns encaminhamentos a cardiologistas, quando o paciente temia ter um ataque cardíaco devido aos sintomas de síndrome do pânico. Somente depois de confirmado pelo cardiologista que não havia nenhum problema cardíaco, o paciente aceitava encaminhamento para outra especialidade.

No caso dos pacientes que apresentavam sintomas de síndrome do pânico e buscavam a avaliação do cardiologista, quando recebiam a notícia de que não tinham nenhum problema cardíaco, ficavam muito aliviados, pois imaginavam que tinham uma doença grave no coração. Saíam aliviados mas, ainda assim, angustiados por não terem um diagnóstico. Alguns eram encaminhados pelo cardiologista para fazer uma avaliação neurológica. Daí, novas fantasias povoavam a mente do paciente, cada vez mais angustiado.

Mesmo diagnosticado, o paciente tem dificuldade em aceitar a depressão e o medicamento prescrito pelo médico. Muitos chegam a pedir uma substituição por vitaminas, ou então não tomam o medicamento, “para não ficar dependente”, “porque é só um período difícil que vai passar”, como a paciente Ana e muitos outros pacientes relatavam em nossas entrevistas no SOA.

Para conseguir adesão ao tratamento psiquiátrico era preciso relembrar, junto com o paciente, há quanto tempo ele se encontrava deprimido, os sintomas que apresentava, as sensações que tinha, o estado em que se encontrava a sua memória e seu raciocínio. Dessa forma, o paciente percebia que estava minimizando o problema e que realmente precisava tomar uma atitude, para não continuar piorando.

Quando era oferecida a escuta ao paciente, a relação se transformava e o paciente tornava-se mais cooperativo com os profissionais e consigo mesmo, passando a buscar formas de melhorar, para sair do quadro em que se encontrava. Numa das tentativas de coleta de dados, Kobayashi (2003) relata a conversa com um médico, que afirmava que “pacientes com dor crônica são ávidos por conversar. Ele acreditava que seus pacientes ficariam agradecidos se pudessem conversar sobre sua dor com alguém que estivesse disposta a ouvi-los”. (p.287)

Esses pacientes passavam a ser cooperativos por encontrar alguém que ouvia suas queixas, não só das dores físicas, mas das dores da alma, que ninguém podia entender, nem eles mesmos. De fato, “a dor manifestada pelo paciente é uma composição de diferentes partes de uma mesma equação” (Kobayashi, 2003). Mas quando passam da condição de um “poço de dor” ou de um “caso de candidíase”, uma “DTM com periodontite” e ganham um nome, uma identidade por parte daquele profissional que o atende, o paciente passa a perceber-se de outra forma. Quando perguntamos a alguém: “como vai?”, não o fazemos apenas para “quebrar o gelo”, mas porque queremos de fato saber como ele está, como está se sentindo, como está se percebendo. E é essa percepção que muda a relação quando o paciente está na presença do profissional de Psicologia. Damos a ele uma identidade e um sentido. Quando perguntamos “como vai”, deixa de responder automaticamente “tudo bem”, porque isso não reflete a realidade. Responde “estou na mesma” ou “estou melhor” ou “estou muito melhor”. E, em seguida, passa a relatar as percepções que teve durante a semana, os problemas e dificuldades que vem enfrentando e, principalmente, as atitudes que vem tomando em relação a tudo isso, passando a ter um comportamento mais assertivo em relação às pessoas que o cercam.

A experiência de acompanhamento psicológico desses pacientes mostrou que o trabalho no foco da depressão permite uma melhor adesão ao tratamento

odontológico e uma diminuição progressiva, não só da cefaléia mas do quadro de dor em geral.

O trabalho de conscientização feito com os pacientes mostrou que é importante deixar claro que ele é o agente de mudança. É ele quem precisa assumir a responsabilidade de sua melhora e não o profissional de saúde, seja qual for.

Na compreensão de Kobayashi (2003)

> "Acredito que a escuta ativa das queixas dos pacientes é elemento fundamental para a compreensão do todo o contexto envolvido na dinâmica da pessoa. Devemos investigar e localizar o ponto gatilho do sofrimento e não apenas a queixa. O olhar atento deve buscar a pessoa que se esconde atrás do sintoma e não o contrário, sob o risco de, ao tratarmos a queixa, condenarmos o paciente a uma cronificação do sofrimento."

Segundo Oliveira (1984), o fator importante para o tratamento é o acolhimento, é a orientação oferecida pelo profissional ao seu paciente. Muitas vezes os profissionais da saúde têm informações avançadas, estão de posse dos mais recentes achados científicos de sua área mas se não souberem ouvir, acolher, explicar para o paciente o que se passa com ele, os resultados da intervenção não são percebidos e a falha na comunicação pode até prejudicar o tratamento. A autora contrapõe a medicina popular à medicina acadêmica e atribui o sucesso da primeira junto à população pelo fato de oferecer respostas concretas aos problemas de doenças e sofrimentos vividos pelas pessoas no seu dia a dia. A autora afirma que "ela aproxima e fortalece as relações sociais entre as pessoas, já que pressupõe ajuda e solidariedade. Além disso, ela é uma medicina barata, próxima e acessível" (p.8-9).

COLHENDO OS FRUTOS

A inserção da Psicologia na área da Odontologia não aconteceu da noite para o dia. No caso aqui apresentado, pode-se dizer que a inserção foi rápida, pois o convite foi em conseqüência de um bom resultado, visível a todos que acompanharam o caso de Ana, a nossa primeira paciente. Mas, ainda assim, a assimilação do nosso trabalho e da importância que ele poderia ter dentro da equipe não foi de cem por cento. Apenas uma parte da equipe aceitou e encaminhou pacientes, em quase dez anos de colaboração.

Isso se deve ao fato de ser um curso de especialização, com um ano de duração. Ou seja, a cada ano entra uma nova turma de alunos e é preciso treinar o grupo novamente.

Mesmo assim, entre as várias questões relacionadas ao atendimento prestado no SOA, vimos que várias dificuldades surgidas durante este percurso foram superadas.

A mais importante foi a aceitação por parte dos profissionais de Odontologia, que passaram a solicitar a entrevista psicológica de pacientes que não teriam bom prognóstico se tratados da maneira convencional (apenas com uso de placa miorrelaxante).

Pode-se dizer que a conquista de um espaço físico que garantisse a privacidade do paciente entrevistado foi a segunda dificuldade superada. No início, foi

preciso procurar um canto onde pudéssemos conversar com o paciente. Um canto no fundo da clínica era o nosso “consultório”, sem nenhuma privacidade, mas com o correto enquadramento se instalava o *setting* necessário para realizar os atendimentos emergenciais. À medida que bons resultados eram obtidos, foi crescendo o respeito pelo nosso trabalho e os próprios dentistas passaram a ter a preocupação de reservar um “canto melhor” para a psicóloga, com a instalação de biombos, até que uma sala foi reservada para as consultas psicológicas. Salas de aula foram usadas por algum tempo como consultório, onde era possível ter privacidade.

Ainda haveria muito a ser superado se permanecêssemos no SOA: a garantia de um espaço físico permanente para o desenvolvimento do trabalho pertinente à Psicologia; a falta de instrumentos para uma adequada avaliação psicológica, quando necessário; um melhor conhecimento da parte dos cirurgiões-dentistas sobre o trabalho do psicólogo e o alcance deste; uma sistematização para conhecer melhor as características dos pacientes, que podem ser consideradas para prognóstico de adesão ao tratamento, trazendo um panorama mais atual e apontando mudanças na forma de orientar o paciente e conduzir o tratamento.

Do ponto de vista prático, trabalhar no próprio SOA possibilitou a discussão multidisciplinar praticamente no momento do atendimento. Ou seja, no momento imediatamente anterior ou posterior do atendimento feito pelo dentista, aproveitava-se a oportunidade de trocar informações e orientações passadas tanto ao paciente como ao dentista e os outros profissionais de saúde.

Trata-se de um campo de trabalho ainda pouco explorado dentro da área da saúde mental, tanto na sua forma prática como na forma de pesquisa. Do ponto de vista social, este trabalho pode trazer mais esclarecimentos tanto à comunidade científica como aos pacientes atendidos em várias especialidades da área da saúde.

Do ponto de vista científico, este trabalho agrega informações mais detalhadas aos estudos sobre as características psicológicas dos portadores de disfunção de ATM.

Bertelli (2004) atenta para a evolução das tecnologias no auxílio para o diagnóstico clínico, criando instrumentos complexos e sofisticados para permitir *insights* importantes em mecanismos íntimos do corpo humano. Isto corrobora para que o médico se transforme num especialista dotado de informações importantíssimas na sua atividade profissional. Por outro lado, o distancia do sofrimento humano. Por facilitar o desvio do seu olhar para os resultados dos exames laboratoriais complexos o médico perde o contato com a pessoa na sua integridade física, psíquica e social. A dor é vista como uma estratégia para um diagnóstico fisiológico específico. O estado psicológico da pessoa que experiencia a dor não é levado em conta, conquanto seja muitas vezes fundamental para o processo de cura. Baseada nessas idéias a autora se propõe a discutir e sugerir estratégias que visem a formação de equipes multiprofissionais prontas para atender a demanda de pacientes de um modo mais eficiente. Entre os dados constatados em sua obra, está o fato de que 60% de usuários buscam um hospital por causa do bom atendimento prestado pelos funcionários conquanto ainda haja uma superlotação.

É necessário ter uma visão integrada do homem, como uma unidade corpo-mente, levando em consideração o contexto em que está inserido (físico, social e cultural) e como se relaciona nele. Assim, pode-se ter um tratamento odontológico melhor e mais abrangente. (Seger, 1998)

Trabalhar num enfoque multi/interdisciplinar, sem dúvida, é uma tendência de todas as áreas do conhecimento e não só da saúde. Cada vez mais os profissionais procuram especialistas de outras áreas para desenvolverem projetos conjuntos, uma vez que se reconhece a limitação das especialidades.

Especialmente quando o objeto de trabalho é o Homem, nenhuma especialidade, sozinha, é capaz de dar conta de tratar de problemas que o afetam, uma vez que esse objeto de trabalho é dinâmico e repleto de nuances, em que o físico e o somático interferem um no outro, pois se completam. Não há um sem o outro.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A. (1962). El bebé antes de la dentición. *Bol. Asoc. Arg. Odont. para Niños,* v.4, n.1, p.8.

_____. (1967). Ansiedades en los padres y en los hijos frente a la experiencia odontologica. *Cuaderno de Psicoterapia.* v.11, n.1.

_____. (comp.) (1978). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones.* Buenos Aires: Paidós.

_____. (1996). Angústia diante da experiência odontológica. In *Abordagens à psicanáli.e de crianças*. (pp. 103-113) Porto Alegre: Artes Médicas.

Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (org) (1994). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Amantéa, D.V., Novaes, A.P., Campolongo, G.D. & Barros T.P. (2004). A importância da avaliação postural no paciente com disfunção temporomandibular. *Acta Ortop. Bras.*, 12(3), 155-159.

Barrón, R.G.; Pérez. V.A.F. (1996). La evaluación Del paciente com dolor crónico. In: Casullo, M.M. (org.). *Evaluación psicológica em El campo de la salud.*Buenos Aires: Paidós.

Bertelli, S.B. (2004). *Gestão de pessoas em administração hospitalar.* Rio de Janeiro: Qualitymark.

Bessa, P.P. (2006). Momentos da transdisciplinaridade. *Contemporaneum*, 1(5),63-75.

Bleger, J. (1984).. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bocchi, A.E., Kuhn, A.M.B. & Nascimento, R.G.S.F. (1998). Características psicológicas de pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. *Anais do 3. Encontro da Sociedade Brasileira e Rorschach e outras Técnicas Projetivas*, p. 136-140.

_____. (1999). Disfunção temporomandibular: algumas considerações psíquicas. *Anais do 2. Encontro sobre Psicologia Clínica.* São Paulo, Universidade Mackenzie, p.98-103.

Boyle, G.J.; Fernández, E.; Ortet, G. (2003). El questionário de dolor de McGill: consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de La Universidad de Chile,* v. 12, n. 1, p. 111-19.

Cabral, M.R.M. (2006). *Avaliação de sintomas depressivos e da qualidade de vida em pacientes com síndrome fibromiálgica.* Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

Cardoso, C.L.; Loureiro, S.R. (2003). Ansiedade frente ao tratamento odontológico em uma clínica-escola: observação de crianças e alunos. *Psico* (Porto Alegre), 34(2):317-31.

_____; _____. (2005). Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. *Estud*. p*sicol.*, v.22, n.1, p.5-12.

Cassorla, R.M.S. (1985). *O que é suicídio.* São Paulo: Abril Cultural/ Brasiliense.

Castro, P.F. (2008). *Caracterização da personalidade de pacientes com transtorno de pânico por meio do Método de Rorschach: contribuições do sistema compreensivo.* Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Sâo Paulo, São Paulo.

Castro, S.L.; Figlioli, M.D. (1999). Ergonomia aplicada à dentística: avaliação de postura e posições de trabalho do cirurgião-dentista destro e da auxiliar odontológica em procedimentos restauradores. JBC J. Bras. Clin. Estét. Odontol. 3(14):56-62.

Correia, F.A.S. (1983). *Prevalência da sintomatologia nas disfunções da articulação temporomandibular e suas relações com idade, sexo e perdas dentais.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Cruz, A.L.C.; Silveira, A.D.S.; Costa, I.C.C. (2005). Importância da ergonomia e sua influência sobre as doenças ocupacionais da prática odontológica. *Revista Odontológica do Brasil Central,* v. 14, n.37.

Custódio, E.M. (2002). Avaliação psicológica no setor da Saúde. In: Primi, R. (org.) *Temas de avaliação psicológica*. Campinas, IBAP.

_____. (2003). Desafios para promoção de saúde na população. Trabalho apresentado no *29º Congreso Interamericano de Psicología*. Lima – Peru.

_____; Furusawa, L.M. (2009). Psicologia e Odontologia: necessidade de integração das áreas nas ciências da saúde. I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. In: Saul Neves de Jesus, Isabel Leal e Manuel Rezende (Org.). *Experiências e intervenções em psicologia da saúde,* Pôsteres interativos, Faro, Portugal, 2009, pp. 395-404.

Dahlström, L. (1993). Psychometrics in temporomandibular disorders: an overview. *Acta Odontol. Scand,* 51 (G) :339-352.

Daniel, T.S.; Guimarães, M.S.; Long, S.M.; Marotti, N.R.L.; Josgrilberg, E.B. (2008). Percepção do paciente infantil frente ao ambiente odontológico. *Odontologia Clin.-Cientif.* 7(2):129-132.

Denari, E.D.C. (2004). *Sofrimento e adaptação: estudo de aspectos psico-sociais e psico-afetivos de pacientes com doenças periodontais crônicas".* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo.

Dworkin, S.F. (1994). Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD. *J. Am. Dent. Assoc.,* 25 (7): 856-863.

_____ (s/d) *Critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares*. Editado no Brasil, por Francisco J. Pereira Jr. Disponível em www.rdc-tmdinternational.org.

Egozcue, M.I. (1967). Tratamiento combinado odontológico-psicológico en niños. *Rev. Asoc. Odont. Arg*., v.5, n.5, p.183-86.

Fajardo, R.S.; Grecco, P. (2003). O que o cirurgião-dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico – parte I: aspectos psicossociais. *JBC j. bras. clin. odontol. integr.,* 7(40):324-330.

Fioravante, D.P.; Soares, M.R.Z.; Silveira, J.M.; Zakir, N.S. (2007). Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Estud. Psicol. (Campinas), v.24, n.2, p.267-77.*

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 21 (1):19-28.

Furusawa, L.M.; Custódio, E.M. (2005). Avaliando os pacientes do Serviço de Oclusão e ATM. Trabalho apresentado no *II Congresso de Avaliação Psicológica,* Gramado-RS.

Galizzi, H.R. (2000). Depressão nas diversas especialidades. In: Fráguas Jr, R. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias.* São Paulo: Atheneu.

Goldberg, D.P. (1996). *Questionário de Saúde Geral: manual técnico QSG: adaptação brasileira.* Tradução Luiz Pasquali, Valdiney V. Gouveia, Wagner Bandeira Andriola. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gonçalves, M.R.; Percinoto, C.; Castro, A.M.; Sundefeld, M.L.M.M.; Machado, A.B. (2003). Avaliação da ansiedade e do comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos e sua correlação com os fatores influenciadores. *RPG rev. pos-grad, 10(2):131-40.*

González Rey, F. (1993). *Personalidad, salud e modo de vida.* Universidad Nacional Autônoma de México. México DF.

_____. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: reflexão e crítica* [online] 1997, v.10, n.2 [citado 19jan2004], p. 275-288. Disponível em http:// scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+ S0102-79721997000200007&Ing=pt&nrm=isso>.ISSN0102-7972.

Grilo, A.M.; Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2005, 6(1):,69-89.

Guimarães, S.S. (1999). Introdução ao estudo da dor. In: Carvalho, M.M.M.J. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.

Helman, C.G. (2003). Dor e cultura. In Helman, C.G. *Cultura, saúde e doença*. (4ª. ed.) (pp.170-179) Porto Alegre: Artmed.

Hirata, R.A. (2003). Paradigmas, transdisciplinaridade e a necessidade da Odontopsicologia. *J. Bras. Clin. Odontol.Integr.* 7(40),346-350.

Jacob, L.S. (1991). *Perfil de personalidade de pacientes portadores de disfunção da articulação temporomandibular (ATM).* Dissertação de Mestrado. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP.

Josgrilberg, E.B.; Cordeiro, R.C.L. (2005). Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. *Odontologia Clin.-Cientif. 4(1):13-18.*

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (1984). *Campêndio de psiquiatria dinâmica.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Keefe, F.G.; Gil, D.M. (1986). Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 54(6):776-783.

Klein, M. (1936/1973). O desmame. In: Rickman, J. (Ed.). *A educação de crianças à luz da investigação psicanalítica.* Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1949/1969). *Psicanálise da criança.* São Paulo: Mestre Jou.

Klepsche, M. (1984). *Crianças desenham e comunicam:* uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kobayashi, C. (2003). *Da história da dor para a dor na história: histórias de vida de pacientes com dor.* Dissertação de Mestrado. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP.

Leavell, H.R,& Clark, E.G. (1965*). Preventive medicine for the doctor in his community*. New York : Mcgraw-Hill.

Levitt, S.R. (1988). The TMJ Scale: cross-validation and reliability studies. *Journal of Craniomandibular Practice*. 6 (1): 17-25.

Leyt, S. (1951). Aspectos psicológicos en paidodoncia.*Rev. Odontológica Arg.* , V.39, N.8, P.345-354.

Lorch, D. (1986). Aspectos inconscientes da oralidade: a psicologia nas disfunções odontológicas. *Arq. Bras. Psicol. 38(2):67-75.*

Lupton, D.E. (1969). Psychological aspects of temporomandibular joint dysfunction. *J. Am. Dent. Assoc.* 79(1):131-136.

Lustman, S.L. (1963). Problemas emocionales infantiles relacionados con ortodoncia. *Rev. Asoc. Odont. Arg.,* v.51, n.3, p. 93-5.

Maciel, R.N. (1998). Parafunções-Disfunções. In: Maciel, R.N. (1998). *Oclusão e ATM: procedimentos clínicos.* São Paulo: Santos, p.195-202.

Maciel, R.N. (2003). *ATM e dores craniofaciais:* fisiopatologia básica. Santos.

Mackinnon, R.A.; Michels, R. (1981). *A entrevista psiquiátrica na prática diária.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Meira, G.S.P. (2002). *DTM x sintomas otológicos*. Disponível em www.aonp.org.br/fso/revista7/rev7712a.htm

Mello Filho, J. e cols. (1992). *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Mezzano, A. (1971). La relación odontólogo-psicoterapeuta: sus indicaciones. *Bol. Asoc. Argentina Odont. Para Niños*, v.12, n.1, p.38-40.

Moraes, A.L.; Moraes, J.A.R.; Moraes, R.B.; Machado, S.S.; Possamai, O. (2004). A ergonomia e a atividade laboral do odontopediatra como um fator indutor de saúde e educação. *Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 24,* Florianóplis.

Moraes, A.B.A.; Pessotti, I. (1985). *Psicologia aplicada à Odontologia.* São Paulo: Sarvier.

Moreira, M.M.S.; Alencar Jr., F.G.P. ; Bussadori, C.M.M. (1998). Fatores psicológicos na etiologia da disfunção temporomandibular. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 52(5), 377-381.

Moresca, R.; Urias, D. (2001). Estudo epidemiológico dos ruídos da ATM em adultos jovens sul-brasileiros. Parte 1. JBA – *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial,* 1(2), 121-129.

Okeson, J.P. (2000). *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.* São Paulo: Artes Médicas.

Oliveira, E.R.(1984). *O que é medicina popular*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense.

Paviani, J. (2006). Interdisciplinaridade ou uma nova disciplina. *Conjectura*, 11(2), 29-42.

Peixoto, L.F.S.; Frauches, M.B.; Costa, A.F.M. (2001). Estudo sobre as variáveis que podem influenciar o comportamento da criança na primeira consulta de um tratamento odontológico. *J. Bras. Odontopeidatr. Odontol. Bebe,* 4 (18):137-41.

Peluso, E.T.P.; Blay, S.L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública,* v.42, n.1, p.41-8.

Peñaranda, P.M. (1990). Importancia de la psicología en la odontología. *Acta odontol. venez. ; 28(2/3):39-48.*

_____. (2000). *Psicología Odontológica.* Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Pichon-Rivière, A.A. (1951). Trastornos emocionales en el niño, vinculados con la dentición. *Rev. Odontológica Arg.*, v.39, n. 8, p.357-8.

_____ . (1958). La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. *Revista de Psicoanálisis,* v.15, n.1-2, p.41.

_____. (1961). La dentición, su significado y sus consecuencias en el desarrollo. *Bol. Asoc. Argentina Odont. para Niños.*, v.3, n.4, p.10.

Pimenta, C.A.M.; Teixeira, M.J. (1996). Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.473-83.*

Portnoi, A.G. (1993). *Stress e disfunção dolorosa da ATM : relação entre variáveis psicossociais do stress e a manifestação e intensidade dos sintomas da disfunção dolorosa da articulação temporomandibular.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____; Vasconcelos, E.G. (1993). *Anais do 2º Congresso Interno do IPUSP*, p. S10.

Possobon, R.F.; Caetano, M.E.S.; Moraes, A.B.A. (1998). Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *Rev. bras. odontol.* 55(2)80-3.

_____; Moraes, A.B.A.; Costa Jr, A.L.; Ambrosano, G.M. (2003). O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: teoria e pesquisa.* V.19, n.1

_____; _____; Ambrozano, G.M.B.; Costa Jr., A.L. (2004). O comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. *Psicol. Estud., v.9, n.1, p.29-35.*

Ramos, H.A.D. (1992). Sinais e sintomas das disfunções dolorosas da articulação temporomandibular. *Odont. Cad. Doc*. 1992, 34(2), 252-5.

Ramos, R.T. (2007). Somatização e transtornos de ansiedade. In Siqueira, M.M.M.; Jesus, S.N.; Oliveira, V.B. (org.) (2007) *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.

Rasia, D. (2004). Quando a dor é do dentista. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Rank, R.C.I.C.; Carvalho, A.S.; Raggio, D.P.; Cecanho, R.; Imparato, J.C.P. (2005). Reações emocionais infantis após atendimento odontológico: avaliação em serviço público, mediante premiação. *RGO* (Porto Alegre), 53(3):176-180.

Ribeiro, J.L.P. (1998). Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.

Rolim, G.S.; Moraes, A.B.A.; César, J.; Costa Jr., A.L. (2004). Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil. *Estudos de Psicologia,* 9(3):533-541.

Saimovici, E. (1969). Algunos aportes del psicoanálisis al significado inconsciente de la situación, instrumental y técnica odontopediátrica. *Bol. Asoc. Argentina Odont. para niños.* v.11, n.1, p.3-7.

Sandrini, J.C. (1995). Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odotologia pediátrica. *Ver. Odontopediatr.* 4(3):109-18.

Sanguin, F.P.S.; Vizzotto, M.M. (2007). Variáveis psicológicas relacionadas ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico. *Mudanças,* v. 15, n. 1, p.13-22.

Santos Filho, O.C. (1992). Histeria, hipocondria e fenômenos psicossomáticos. In: Mello Filho, J. e cols. (1992). *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artmed. p.108-118.

Seger Jacob, L. (1991). *Perfil de personalidade de pacientes portadores de disfunção da articulação temporomandibular (ATM).* Dissertação de Mestrado, São Paulo, Instituto de Psicologia da USP.

Seger, L. e cols (1998). *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora.* São Paulo, Santos.

Shinkai, R.S.A.; Cury, A.A.D.B. (2000). O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. *Cadernos de saúde pública,* v.16, n.4.

Silva, Castiglioni e Santos (2000). Atendimento em psicoterapia corporal aos pacientes do Centro de Dor Orofacial. *Anais. VIII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar*, Curitiba.

Silva, E.M.M.; Goiato, M.C.; Santos, D.M.; Barão, V.A.; Gallo, A.K.G. (2007). Psicologia aplicada ao paciente idoso. *Odontologia Clín.-Cientif.* 6(3):223-227.

Silva, S.R.G.; Guedes Pinto, A.C.; Reginato, S.M.; Chippari, M. (1992). A percepção da criança com relação a odontopediatria: um acréscimo da psicologia à odontologia. *Ver. Odontopediatri.* 1(3)127-55.

Simon, R. (1983). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos.* São Paulo:Vetor.

Sims, A. (2001). A psicopatologia da dor. In: Sims, A. *Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva.* Porto Alegre: Artmed.

Siqueira, J.T.T.; Teixeira, M.J. e cols. (2001). *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida.* Curitiba: Maio.

Siqueira, M.M.M., Jesus, S.N. & Oliveira, V.B. (org.) (2007) *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa.* São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.

Smith, J.P. (1976). The pain dysfunction syndrome. Why females? *J. Dent*., n.4, p.283-286.

Souza, J.A.S. (1980). Síndrome da articulação temporomandibular. *RGO*, 38, 295-8.

Spillere, A & Rosas, F.R. (s/d). *Tratamento fisioterapêutico na disfunção da articulação temporomandibular (ATM): um estudo de caso.* Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de Bacharelado em Fisioterapia, UNISUL (SC), Tubarão (SC/Brasil).

Spitz, R.A. (1979). *O primeiro ano de vida.* São Paulo: Martins Fontes.

Tambellinni, M.M.; Gorayeb, R. (2003). Escalas de medo odontológico em crianças e adolescents: uma revisão de literatura. *Paidéia*, 13(26):157-61.

Tanaka, C. (2000). Relações entre postura e ATM. *Brazilian Journal of Morphological Sciences*, 17: 8-9.

Teixeira, M.C.B. (2006). A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva, v.11, n.1.*

Tedeschi-Marzola, F. (2002). Contribuição da fisioterapia para a Odontologia nas disfunções da articulação temporomandibular. *Ver. Odonto Ciência,* 17 (36): 119-134.

Tomacheski, D.F., Barboza, V.L., Fernandes, M.R. e Fernandes, F. (2004). Disfunção têmporo-mandibular: estudo introdutório visando estruturação de prontuário odontológico. *UEPG Biol. Health Sci*., 10(2), 17-25.

Tosato, J.P., Biasotto-Gonzalez, D.A. e Gonzalez, T.O. (2005). Presença de desconforto na articulação temporomandibular relacionada ao uso de chupeta. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 71(3), 365-368.

Touson, S. (1971). El instrumental y lãs maniobras odontológicas: fantasías y ansiedades que originan en el niño. *Bol. Asoc. Argentina Odont. Para Niños,* v.12, n.1, p.28-33.

Turk, D.C. ;Rudy, T. E. (1986). Assessment of chronic pain states: MAP-ping out the terrain", *Journal of Pain and Symptom Management*, 1(4), 235-237.

_____ . (1995). A dual-diagnostic approach assesses TMD patients. *Journal of Massachussets Dental Society.* 44 (1) : 16-19.

Veiga, I.S. (2006). Filosofia e interdisciplinaridade: elementos a partir da atitude filosófica. *Conjectura*, 11(2), 91-102

Vilela Filho, O. (1999). Prefácio. In: Carvalho, M.M.M.J. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.

Westphal, M.F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G.W.S. ET AL. (2006). *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Wolff, S. (1998). O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Ver. Assoc. Paul. Cir. Dent. 52(4):307-16*

Costumo dizer aos meus colegas de pós-graduação:
O que finaliza a tese não é o esgotamento das referências
e nem das articulações de idéias.
O que finaliza a tese é o prazo.

Boa sorte a todos,
Lígia Furusawa