

UNIVERSIDADE TIRADENTES

LILIAN CRISTINE ALVES PAES SANTOS

TRATAMENTO DE DTM's EM UMA VISÃO
AMPLIADA PELA ANTROPOSOFIA: RELATO DE
CASO

Aracaju

2012

LILIAN CRISTINE ALVES PAES SANTOS

TRATAMENTO DE DTM's EM UMA VISÃO
AMPLIADA PELA ANTROPOSOFIA: RELATO DE
CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel em
odontologia.

MARGARITE MARIA DELMONDES FREITAS, MSc.

Aracaju

2012

LILIAN CRISTINE ALVES PAES SANTOS

TRATAMENTO DE DTM's EM UMA VISÃO AMPLIADA
PELA ANTROPOSOFIA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel em
odontologia.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Professora Orientadora: Margarite Maria Delmondes Freitas, MSc.

1° Examinador: _____

2° Examinador: _____

Tratamento de DTM's em uma Visão Ampliada pela Antroposofia: Relato de Caso

Lilian Cristine Alves Paes Santos^a, Margarite Maria Delmondes Freitas^b

^(a) Graduada em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b) MSc. Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

Resumo

A Articulação Temporomandibular (ATM) é a única articulação funcional bilateral, a qual é constituída de diversas estruturas anatômicas. Apresenta um disco articular, o qual permite o deslizamento e movimentos do complexo côndilo-disco. Disfunção Temporomandibular (DTM) são condições que desencadeiam dores na região pré-auricular, dores na ATM, músculos mastigatórios, limitação e desvios durante os movimentos da mandíbula e pode ser originada por diversos fatores. Vários tratamentos têm sido relatados na literatura e a medicação antroposófica é uma alternativa para o tratamento de DTMs, pois é natural e estimula o organismo a produzir forças autocurativas, sem, contudo, prejudicar ou causar danos para o ser humano. Criada em 1921, por Rudolf Steiner em trabalho conjunto com a médica Ita Wegman, na Suíça, tem seus medicamentos fabricados a partir do meio ambiente e são processados, rigorosamente, desde o plantio, colheita e extração, seguindo regras científicas, nas quais se leva em consideração o estágio de maior vitalidade da planta. Tem sido aplicada como tratamento auxiliar em processos inflamatórios e degenerativos e diversas doenças sistêmicas articulares, musculares. Este trabalho teve como objetivo geral apresentar uma revisão de literatura e trazer uma abordagem terapêutica com relato de caso clínico em paciente portador de Disfunção Temporomandibular baseada na visão ampliada pela Antroposofia, desde a análise anamnésica ao acompanhamento da terapia aplicada.

Palavras-chave: medicação antroposófica; articulação temporomandibular; dor orofacial.

Abstract

The temporomandibular joint (TMJ) is the only bilateral functional joint, which consists of various anatomical structures. It presents an articular disc, which allows sliding movements and the condyle-disc complex. Temporomandibular Disorders (TMD) are conditions that trigger pain in the preauricular region, TMJ pain, masticatory muscles, limitation and deviation during jaw movement and can be caused by several factors. Various treatments have been reported in the literature and anthroposophic medication is an alternative for the treatment of TMDs, because it is natural and stimulates the body to produce self-healing forces, without damage or harm to humans. Founded in 1921 by Rudolf Steiner in collaboration with doctor Ita Wegman in Switzerland, their products are manufactured from the environment and are processed strictly from planting, harvesting and extraction, following scientific rules, in which it takes into account the stage of greater vitality of the plant. It has been applied as adjuvant treatment in inflammatory and degenerative joint and several systemic and muscular diseases. The objective of this study was to present a therapeutic approach with a case report on female patient suffering from Temporomandibular Disorders based on the vision expanded by Anthroposophy, since the anamnestic analysis to the monitoring of the applied therapy.

Keywords: anthroposophical medicine, temporomandibular joint; orofacial pain.

1. Introdução

A Medicina/Odontologia ampliada pelos princípios da Antroposofia, designada por Medicina e Odontologia Antroposófica, amplia os conhecimentos acadêmicos pela concepção de que o ser humano, além de seu corpo físico, também é uma realidade psíquica e espiritual individualizada, que interage com seu meio ambiente, sociedade e cultura (STEINER, 2006).

Essa metodologia está fundamentada na obra do filósofo social Rudolf Steiner e em seu trabalho conjunto com a médica Ita Wegman, proporcionando um novo conceito de saúde, enfermidade e cura (GALITESI, 2001).

Seu início remonta aos meados da década de 1910 e desde a década de 20 ela vem se expandindo à partir da Europa, sendo praticada em vários partes do mundo, atuando em cerca de 30 países. O Brasil atualmente conta com o segundo maior contingente de médicos antroposóficos do mundo, somente atrás da Alemanha. Em 1920 Rudolf Steiner começou a ministrar cursos especificamente para médicos (MORAES, 2005).

Os médicos que acompanhavam estas idéias buscavam a possibilidade de melhoria na compreensão da medicina do ponto de vista espiritual. (MORAES, 2005).

A antroposofia tem uma tarefa especial em relação a esse enigma individual que é o homem (STEINER, 2006).

Deste ponto de vista, o ser humano pode ser compreendido a partir dos conceitos da quadrimembração e trimembração. Nesta cosmovisão, somos seres espirituais em desenvolvimento dotados de corpo e alma. A espiritualidade é tudo aquilo que não vemos, mas que intuímos existir e é responsável pela nossa individualidade,

pois não existem duas pessoas idênticas no nosso planeta (GALITESI, 2001).

Os medicamentos da medicina e odontologia ampliada pela Antroposofia surgiram em 1921, na Suíça, através do primeiro laboratório antroposófico do mundo, a Weleda, tendo na sua criação a orientação filosófica de Rudolf Steiner, com auxílio da médica Ita Wegman, e do químico alemão Oskar Schmiedel (WELEDA, 2010).

Na análise do corpo físico humano a Articulação Temporomandibular (ATM) é constituída de diversas estruturas anatômicas. Se localiza entre o côndilo da mandíbula e a parte cranial do osso temporal, conhecida como fossa articular da ATM. É uma das articulações mais complexas do organismo, caracterizada como ginglemoartroidal, pelos aspectos peculiares da sua movimentação. Sendo a única articulação funcional bilateral do corpo humano, realiza seus movimentos em conjunto com o lado oposto, de modo sincronizado (KITSOULIS et al., 2011).

Se destaca ainda por ser uma articulação complexa, composta e sinovial onde o côndilo mandibular articulando-se bilateralmente, apresenta um disco articular interposto às superfícies articulares, o qual permite o deslizamento e movimentos do complexo côndilo-disco. Esse disco apresenta superfície avascular e fibrocartilagem não inervada, possuindo alta capacidade de regeneração. O revestimento da membrana sinovial comum, regula a produção e composição do líquido sinovial, que por sua vez, mantém a vitalidade dos tecidos articulares, envolvendo-se nas funções de nutrição, defesa dos tecidos articulares e da cápsula articular que envolve e protege a articulação. Sendo de extrema importância para a correta

funcionalidade da cavidade oral e a mastigação, também exerce um papel importante para com a deglutição, fonação e nutrição (KITSOULIS et al., 2011).

Segundo a Academia Americana de Desordens Temporomandibulares, as Disfunções Temporomandibulares (DTM's) abrangem "vários problemas clínicos, os quais envolvem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) propriamente dita e estruturas associadas ou ambas". Todavia, na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS-1987), a DTM é um subgrupo distinto das desordens musculoesqueléticas e reumatológicas da região orofacial sendo a dor orofacial, por sua vez, o item "11" na classificação geral de cefaléias (SILVEIRA et al., 2007), e número K06.7 no Código Internacional de Doenças (CID).

Por outro lado, DTMs são condições que apresentam diversos sinais e sintomas desencadeados para os músculos da mastigação, para as estruturas da ATM e associados, identificados como dor na região pré-auricular, dor na ATM, dor nos músculos mastigatórios, com ou sem limitação de abertura de boca e desvios durante os movimentos da mandíbula (PASINATO et al., 2011).

Aproximadamente 40% a 60% da população em geral, possuem sinais subclínicos, mesmo com ausência de sintomatologia de DTM (OKESON, 2000, MARTINS et al., 2008).

Além disso, as DTMs originam dores orofaciais e dores de cabeça crônicas, ruídos articulares, sensibilidade e dor nos músculos do pescoço e músculos da cabeça. Desta maneira, estes sinais e sintomas, conseqüentemente, irão ocasionar desconforto, diminuindo a qualidade de vida dos

pacientes afetados. (CAPELLINI VK, SOUZA GS, FARIA CRS., 2006).

Estima-se que cerca de um terço dos adultos acometidos com DTM, tem sua condição patológica relacionada ao estresse, idade, gênero, aspectos emocionais e outros fatores sistêmicos associados (BUESCHER., 2007, KITSULIS et al., 2011).

Múltiplos fatores, entre eles os oclusais e emocionais, podem levar ao desequilíbrio funcional do aparelho estomatognático ou da biomecânica da ATM, e predispor às disfunções temporomandibulares (DTMs) (MARTINS et al., 2007).

Diversos tratamentos têm sido relatados na literatura, dentre eles o aconselhamento do paciente, terapia comportamental, fisioterapia, com o uso de ultrassom, eletro-estimulação transcutânea, laserterapia, exercícios, massoterapia e mobilizações; acupuntura, fonoaudiologia, placa miorrelaxante, ajuste oclusal, cirurgia e intervenções medicamentosas (CHO SH, WHANG WW., 2010, BORIN et al., 2012).

Este trabalho teve como objetivo geral apresentar uma revisão de literatura e trazer uma abordagem terapêutica com relato de caso clínico em paciente portador de Disfunção Temporomandibular baseada na visão ampliada pela Antroposofia, desde a análise anamnésica ao acompanhamento da terapia aplicada.

2. Revisão de Literatura

A medicina/odontologia antroposófica possui uma imagem ampliada do ser humano. Diante de uma doença, o tratamento antroposófico visa o desenvolvimento emocional do paciente, como ele tem conduzido sua vida através dos anos, sua história de vida ou biografia. O diagnóstico

convencional é profundo e individualizado. O tratamento envolve o uso de medicamentos produzidos com substâncias da natureza, através de manipulação homeopática. Além da medicação antroposófica, também se prescrevem orientações alimentares, de saúde em geral e de estilo de vida, além de terapia artística, massagem rítmica ou terapia biográfica (GALITESI, 2001).

Para realizar o diagnóstico na visão ampliada da antroposofia é necessário além de analisar criteriosamente a história de vida do paciente, realizar minucioso exame clínico e acurado exame físico, observar o temperamento do paciente e apoiar o tratamento com base na quadrimembração (corpos): físico, etérico, astral, organização do eu e trimembração (sistemas): rítmico, neurosensorial e motor, buscando a individualidade (MORAES, 2005).

A quadrimembração é a composição de quatro membros, organizações ou corpos essenciais e sutis que permeiam a organização físico-corpórea do homem atual (GALITESI, 2001).

O corpo físico é considerado o mais completo, pois é constituído por quatro estados materiais: sólido, líquido, gasoso e calórico. É o reino mineral sólido, no qual se manifestam as leis terrestres. O corpo etérico faz parte do reino vegetal, compenetrando a organização do líquido e mantém a relação entre cosmo, terra e ritmo, fazendo com que haja um equilíbrio, repondo vitalidade. O corpo astral faz parte do reino animal, possui suas leis na organização aérea e é o portador da capacidade de percepção, dos sentimentos e da consciência (GALITESI, 2001).

A organização do eu é muito mais complexa do que os outros corpos, é uma organização. A busca do 'eu' é a busca indivisível, contendo um espírito que atua equilibrando e harmonizando. Somente o homem tem

um eu. É a manifestação do espírito, tornando possível a consciência do próprio ser e torna-se visível nas manifestações do ser humano: andar ereto, capacidade de falar e pensar (GALITESI, 2001).

A quadrimembração, no ser humano, está presente em cada sistema orgânico, mas todos eles a realizam de maneira própria, seguindo suas características (GALITESI, 2001).

No fundo, a verdade é que todo homem se apresenta com seu temperamento próprio; entretanto podemos distinguir determinados grupos de temperamentos. Sendo assim, segundo o aspecto principal, existem quatro temperamentos humanos: o sanguíneo, o colérico, o fleumático e o melancólico. E mesmo que essa divisão não seja bem exata, no caso de aplicarmos a indivíduos isolados, os temperamentos, em cada indivíduo, estão mesclados das maneiras mais diversas, de modo a só podermos dizer que nestes ou naqueles aspectos de uma pessoa predomina este ou aquele temperamento (STEINER, 2006).

Pesquisas evidenciam que fatores socioeconômicos e demográficos têm uma forte influência em relação à DTM e a mulher tem uma diferença de percepção em relação à saúde. Sendo assim, as mulheres avaliam seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, o que promove mais morbidade e problemas psicológicos. Percebe-se que as mulheres apresentam maior tensão e nervosismo e possuem uma maior dificuldade para com o alívio da mesma (MARTINS et al., 2008).

Para realização do exame convencional para obtenção de diagnóstico, verificando além da limitação de abertura da boca, os músculos da mastigação e anormalidades na função da mandíbula, utiliza-se anteriormente a anamnese e exame clínico, buscando

auxílio em exames complementares adicionais aos complementares geralmente incluídos como radiografia panorâmica, tomografia e ressonância magnética (SIQUEIRA et al., 2007).

Os sinais e sintomas clínicos devem ser observados, através da palpação dos músculos mastigatórios e articulação temporomandibular, se há sensibilidade à dor, bem como ruídos articulares durante o movimento limitado do côndilo e da mandíbula ou movimento assimétrico (JOHN MT, DWORKIN SF, MANCLLA., 2005; RODRIGUES et al., 2012). Dor e pressão atrás dos olhos; ruídos ou sensação de desconforto ao abrir e fechar a boca; dor ao bocejar, ao abrir muito a boca ou ao mastigar; travamento em boca aberta e/ou fechada; fadiga dos músculos da mastigação; brusca e repentina mudança no modo em que os dentes superiores e inferiores se encaixam; zumbidos no ouvido e bruxismo (SILVEIRA et al., 2007).

Sugere-se que a maior prevalência de DTM em mulheres, seja devido à fatores emocionais. Porém, fatores anatômicos podem estar relacionados em mulheres, devido à tendência da cabeça do côndilo estar retroposicionada, se comparadas com os homens. Considera-se que haja uma predominância de deslocamento anterior de disco e frouxidão ligamentar, assim como mudanças dos hormônios juntamente com o ciclo menstrual que podem justificar a grande incidência de tal patologia nas mulheres (CONTI AACF, FREITAS MR, CONTI PCR., 2008).

Os músculos da mastigação não possuem correlação com a enxaqueca. Porém, estes, associados com a ATM, recebem inervação sensorial do nervo trigêmeo, o qual ainda é responsável pela condução de impulsos nociceptivos oriundos dos vasos sanguíneos do

crânio e, então, há uma possível sobreposição de estímulos nociceptivos em casos de comorbidade (SILVA et al., 2011).

Por conseguinte, a DTM causa um impacto excitatório na enxaqueca, principalmente em pacientes mais susceptíveis à sensibilização central, promovendo dores severas e frequentes (MERRIL., 2007, SILVA et al., 2011).

O aumento na amplitude de movimento das articulações é produzido pela hiper mobilidade generalizada, a qual é hereditária (CONTI et al., 2000; PASINATO F, SOUZA JA., CORRÊA ECR, SILVA AMT., 2011). Por isso, mudanças bioquímicas para a estrutura do colágeno, ocasionando perda de resistência à tração, frouxidão e conseqüentemente o aumento da mobilidade articular, fazem com que haja uma amplitude do movimento articular (PASINATO F, SOUZA JA., CORRÊA ECR, SILVA AMT., 2011 et al., 2011).

Um hábito parafuncional, como o bruxismo, pode ser ocasionado devido ao pressionamento dos dentes. É um fator etiológico, o qual é responsável pelo início ou perpetuação da DTM (PASINATO F, SOUZA JA., CORRÊA ECR, SILVA AMT., 2011). O estresse e o bruxismo fazem com que haja uma intensa sobrecarga de tensão nos músculos da mastigação. Dor crônica, pode ser observada, geralmente em um paciente com depressão (RUGH et al., 2000; PASINATO F, SOUZA JA., CORRÊA ECR, SILVA AMT., 2011).

A DTM pode ser de origem muscular e de origem articular. Se de origem articular, é ocasionada por uma irregularidade na ATM com interferência na movimentação normal da mandíbula, ou seja, o disco articular da ATM está em uma posição inadequada. O deslocamento de disco articular pode

ser com redução e sem redução (MAYDANAL et al., 2010).

Pacientes com deslocamento anterior de disco articular assintomático é mais comumente encontrado se comparado com os diagnósticos de deslocamento do disco articular sem redução, que são relativamente raros, pois estes, não necessariamente precisam estar associados à dor, mas podem estar associados a limitações na abertura de boca (MAYDANAL et al., 2010).

Dores na ATM, dores de cabeça e dores musculares podem ser provocadas pela hiperatividade muscular. A dor de cabeça pode estar associada a macrotrauma, mastigação unilateral e bruxismo (ZUIM et al., 2006).

A dor de origem muscular é lenta, localizada e está presente nos músculos elevadores da mandíbula e ao redor do ouvido, podendo ocorrer quando em repouso e ser agravado durante a função mandibular. A dor, na maioria das vezes, surge pela manhã ou à noite, sua intensidade é variada e causa limites de movimento e sensação de ouvido tapado. A dor da musculatura mastigatória pode ser generalizada, como a fibromialgia. Na artralgia da ATM, a dor é aguda, mais localizada, de intensidade moderada, irradiando para a porção auricular, piorando durante a carga e função da ATM, limitando seu movimento (MINSON FP, FONSECA APZ, BENASSI JD., 2010).

A hiperatividade muscular pode ser denominada uma parafunção (OKESON, 2000; CAPELLINI VK, SOUZA GS, FARIA CRS., 2006). O bruxismo pode ser incluído nesse grupo, sendo que o mesmo, é um ato involuntário, inconsciente e excessivo (CAPELLINI VK, SOUZA GS, FARIA CRS., 2006). A massagem da região como tratamento conservador, atua para reduzir a dor e a tensão muscular,

diminuindo a possibilidade de complicações temporomandibulares (CAPELLINI VK, SOUZA GS, FARIA CRS., 2006).

Pacientes submetidos a massagem, em sua maioria, apresentam excitabilidade nociceptiva, fadiga, microtrauma, fatores psicológicos ou espasmos musculares e a mesma proporciona redução da percepção da dor, oferece suporte emocional e relaxamento e promove uma boa circulação local (CAPELLINI VK, SOUZA GS, FARIA CRS., 2006).

A terapia laser de baixa intensidade é uma alternativa para o tratamento de dores musculares. A área dolorida é irradiada com atenuação dos sintomas. O laser tem efeito anti-inflamatório e analgésico (SANDOVAL et al., 2009; MAZZETTO MO, HOTTATH, PIZZO RCAL., 2010).

A harmonia corporal pode ser desorganizada por desvios posturais, o que poderá refletir no sistema crânio-cérvico-mandibular (OLIVO et al., 2006; BASSO D, CORRÊA E, SILVA AML., 2010). Fisioterapias, como exercícios posturais, eletroterapia e reeducação proprioceptiva trazem benefícios para a DTM e desvios posturais (MEDLICOTT MS, HARRIS SR., 2006, BASSO et al., 2010). A reeducação postural global (RPG) também é utilizada para a melhoria da postura e de DTM (BASSO D, CORRÊA E, SILVA AML., 2010) Esta, faz com que haja alongamentos terapêuticos, visando o equilíbrio das tensões miofasciais e postura corporal (TEODORI RM, GUIRRO ECO, SANTOS RM., 2005; BASSO et al., 2010).

A estimulação elétrica de alta voltagem (EEAV) possui uma onda monofásica efetiva e então, é um exemplo de conduta fisioterapêutica utilizada para realizar inúmeros

tratamentos, inclusive age no controle da dor. (GOMES et al., 2012).

A acupuntura tem sido usada devido aos efeitos positivos sobre o alívio da dor aguda e crônica. Aumenta a amplitude de movimento das ATM's, ativa a liberação de serotonina, encefalina e endorfina e proporciona o relaxamento dos músculos mastigatórios com consequentemente redução da dor (BORIN et al., 2012).

A placa miorelaxante comumente utilizada visa proporcionar a estabilização neuromuscular, relaxar a musculatura, principalmente os músculos masseter e temporal, estabiliza as forças interoclusais e diminui significativamente a atividade do bruxismo (GLAROS AG, OWAIS Z, LAUSTEN L., 2007; ALENCAR F JR, BECKER A., 2009; GIANNASI et al., 2012).

O tratamento de DTM's através de cirurgias deve ser postergado, ou seja, na maioria das vezes, deve-se realizar uma terapia conservadora, minimamente invasiva e de caráter reversível por um período de aproximadamente três meses (PERTER RA, GROSS SG., 2005, GROSSMANN et al., 2011). Não são procedimentos de eleição, pela complexidade e por envolver grandes potenciais para complicações, principalmente relacionadas à inervação local e nervo facial, tendo indicação restrita a alguns casos (GROSSMANN E, GROSSMANN TK., 2011).

Os procedimentos terapêuticos e as terapias medicamentosas utilizadas na Antroposofia permitem que os princípios ativos contidos em vários exemplares da natureza possam ser acessados por meio de medicamentos dinamizados com aperfeiçoamento antroposófico, medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, pedagogia e educação (ritmos), reorganização

neurológica, euritmia, terapias artísticas (terapia de cores), musicoterapia, etc. Também há procedimentos substitutivos e invasivos em situações especiais (GALITESI, 2001).

As medicações antroposóficas são significativamente importantes, pois são naturais e estimulam o organismo a produzir forças autocurativas, sem, contudo, prejudicar ou causar danos para o ser humano. A contra-indicação de tais medicações é se o paciente tem hipersensibilidade (WELEDA, 2010).

São eficazes no tratamento auxiliar de articulações, ossos, contusões e dores musculares, quando há risco de infecção, bem como estresse, inflamações e trato gastrointestinal e seus produtos são de origem natural, processados rigorosamente, desde o plantio, colheita e extração, seguindo regras científicas, nas quais leva em consideração o estágio onde a planta se apresenta com maior estado de vitalidade. E, uma substância mais eficaz para a confecção de determinado produto é alcançada se todos esses estágios do processo forem adequadamente realizados (WELEDA, 2010).

A medicina/odontologia antroposófica propõe a ponte entre o conhecimento das forças cósmicas (espirituais) e as forças físicas (bioquímicas) terrestres que atuam sobre os reinos da natureza – mineral, vegetal, animal e humano (GALITESI, 2001).

4. Relato de Caso

Paciente E.S.S.P., gênero feminino, 50 anos de idade, ASA II, procurou a disciplina de Introdução ao Estudo da Oclusão, na Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes relatando "sentir fortes dores de cabeça de forma constante; dor de ouvido; dor na nuca; zumbido no ouvido; estalos em

ambos os lados ao abrir a boca; dificuldade para mastigar; dificuldade para manter a boca aberta por muito tempo; dor na garganta; cansaço físico e mental. A paciente relatou que “tudo começou depois de ter realizado uma limpeza para retirar um tártaro e o dentista utilizou um líquido que os dentes ficaram fracos e começaram a quebrar” (S.I.C).

Na anamnese, observou-se que a paciente apresentava sinais de temperamento colérico com quadro de hipertensão controlada, prolapso da válvula mitral, esteatose hepática grau I, dores na coluna, gastrite crônica, rinite alérgica, alto grau de estresse, alterações hormonais. História de internamento hospitalar por distúrbio neurovegetativo e para cirurgia vascular (safena e varizes). Como hábitos parafuncionais, foi observado apertamento dental e hábitos orais nocivos de morder e chupar objetos, além de respirar pela boca. Relatou adicionalmente solidão com dificuldade para encontrar com quem conversar e se divertir, tendo hábito de “guardar tudo” para si. Uso habitual de chá, café, suco e de vez em quando cerveja, com uso diário de uma “alimentação bastante colorida”.

Segundo relato da paciente, depois de várias tentativas sem solução, resolveu abandonar o tratamento e somente retornou quando “sentiu as dores que sentia anteriormente”. O profissional solicitou radiografia panorâmica e a encaminhou para um ortodontista, que indicou o uso de placa miorrelaxante. Mesmo utilizando a placa, a paciente “continuou sentindo dores cada vez mais intensas”.

A paciente relatou haver procurado ajuda à vários médicos, os quais solicitaram exames diversos como ecodopplercardiograma transtorácico, eletroneuromiografia e teste ergométrico,

mas não conseguiram diagnosticar com precisão ou reduzir a dor.

Na 1ª consulta na UNIT as autoras realizaram exame clínico e exame físico amplo. Apresentava-se com 74kg, 1.68m, com exames recentes apontando Frequência Cardíaca Máxima (FC Max): 170 batimentos por minuto (bpm); FC submáx: 144bpm, parcialmente dentada, fazendo uso de próteses removíveis. Foi observado contração muscular acentuada na região de ombros e membros superiores e aspectos faciais correspondentes ao tipo colérico, com componente melancólico.

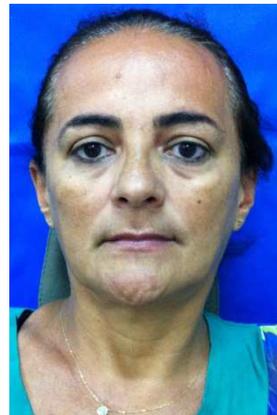


Figura 1. Vista frontal da paciente antes do tratamento.



Figura 2. Vista lateral (L.D.) (1ª consulta).



Figura 3. Vista lateral (L.E.) (1ª consulta).

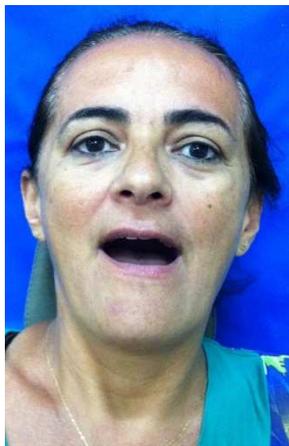


Figura 5. Deflexão para o lado esquerdo (1ª consulta).



Figura 6. Abertura máxima: 30 mm (1ª consulta).

Foi aplicada a Escala Visual Analógica – EVA, obtendo-se o valor 10, que significa o máximo de dor no nível intenso. Esta escala permite a aferição da intensidade da dor no paciente, se constituindo em instrumento importante para verificar a evolução durante o tratamento e a cada atendimento, de

maneira mais fidedigna. Também é útil para analisar se o tratamento está sendo efetivo e quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor (Figura 7).



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Figura 7. (EVA) - Escala Visual Analógica.
Fonte: (www.saudeemmovimento.com.br)

Palpação Muscular e da ATM Intensidade da dor (0 a 3)		
Região	L. D.	L. E.
ATM Região Posterior	3	3
ATM Região Lateral	3	3
M. Temporal Anterior	2	2
M. Temporal Médio	3	3
M. Temporal Posterior	2	2
M. Masséter Profundo	2	2
M. Masséter Superficial	3	3
M.Esternocleidomastóideo	2	3
M. Trapézio	3	3
M. Suboccipitais	3	3

Quadro 1: Palpação da ATM e Muscular (1ª consulta).

O quadro 1 apresenta os índices relativos à dor em resposta à palpação muscular e ATM (Escala de 0 a 3), sendo 0 (ausência de dor); 1 (desconforto); 2 (dor moderada); 3 (dor com fuga).

5. Tratamento Antroposófico

1ª Consulta: prescreveu-se como terapêutica antroposófica a opção por medicação fitoterápica: Arnica Weleda D3, Bryophyllum D2 e Erysidoron para remissão da sintomatologia dolorosa, do

estado de tensão, ansiedade e diminuição do processo inflamatório. A dosagem das medicações recomendadas 10 gotas, 3 vezes ao dia, a serem utilizadas por 3 meses, com alteração dessa dosagem a cada avaliação mensal, podendo ser incluído outros medicamentos.

A *Arnica Montana D3 (uso oral)* ou *Arnica Weleda D3*, foi utilizado como auxiliar no tratamento da inflamação, dor e risco de infecção. Também por ser eficaz na regeneração dos tecidos após insultos mecânicos e isquêmicos, bem como traumas fechados, hematomas, entorses, distensões, estiramentos e contraturas musculares, reumatismo, inflamações de articulações, tendões, pré e pós-operatório, varizes e hemorroidas (WELEDA, 2010).

O *Bryophyllum calycinum*, foi utilizado no tratamento auxiliar dos distúrbios do sono, ansiedade, agitação, medos, esgotamento, astenia, choque pós-traumático e tendência histérica. Inflamações recidivantes e distúrbios funcionais do sistema metabólico (WELEDA, 2010).

O *Erysidoron* foi utilizado como medicação auxiliar do processo inflamatório (WELEDA, 2010).

Foi solicitada pelas autoras radiografia panorâmica, tomografia computadorizada das ATM's ultrassonografia de abdômen total, hemograma completo e avaliação psicológica.

2ª Consulta: foi observado que houve melhora nos índices avaliados conforme a EVA, a qual apontou na segunda consulta, após 5 dias, redução para o nível 8. Após uso continuado da medicação, houve alteração no índice de dor à palpação (Quadro 2).

Palpação Muscular e da ATM Intensidade da dor (0 a 3)		
Região	L. D.	L. E.
ATM - Posterior	2	2
ATM - Lateral	1	1
M. Temporal Anterior	2	2
M. Temporal Médio	0	0
M. Temporal Posterior	2	2
M. Masséter Profundo	0	0
M. Masséter Superficial	0	0
M. Esternocleidomastóideo	0	0
M. Trapézio	3	3
M. Suboccipitais	3	3

Quadro 2: Palpação da ATM e Muscular (2ª consulta).

3ª consulta: Após 12 dias, houve maior movimentação da boca em lateralidade e abertura máxima. A dor apresentou-se de pequena intensidade e duração passageira e ausente no temporal médio, masseter profundo, masseter superficial e esternocleidomastóideo.



Figura 9. Frontal da paciente Após o início do tratamento (3ª consulta).



Figura 10. Perfil lado direito (3ª consulta).



Figura 11. Perfil lado esquerdo (3ª consulta).



Figura 12. Abertura máxima na 3ª consulta após duas semanas

4ª consulta: Após 19 dias, houve maior movimentação da boca em lateralidade e abertura máxima. A dor apresentou-se com quase nenhuma dor ou intensidade mínima nos músculos temporal anterior e temporal posterior (Quadro 3).

Palpação Muscular e da ATM Intensidade da dor (0 a 3)		
Região	L. D.	L. E.
ATM - Posterior	0	0
ATM - Lateral	0	0
M. Temporal Anterior	1	1
M. Temporal Médio	0	0
M. Temporal Posterior	1	1
M. Masséter Profundo	0	0
M. Masséter Superficial	0	0
M.Esternocleidomastóideo	0	0
M. Trapézio	0	0
M. Suboccipitais	0	0

Quadro 3: Palpação da ATM e Muscular (4ª consulta).



Figura 13. Frontal da paciente Após 19 dias de tratamento.



Figura 14. Perfil (L.E.)



Figura 15. Perfil (L.D.) (4ª consulta).

6. Discussão

A medicação antroposófica atuou de forma significativa. Após 5 dias houve redução dos índices avaliados conforme a escala EVA, a qual apontou na segunda consulta, redução de dor para o nível 8. Houve alteração no índice de dor à palpação e após 12 dias, ocorreu um aumento da movimentação da boca em lateralidade e abertura máxima. Porém, a dor relatada pela paciente, na terceira consulta foi uma dor de intensidade leve e duração passageira.

Entretanto, após 19 dias, a dor estava ausente ou de intensidade mínima, houve maior movimentação da boca em lateralidade e abertura máxima e melhora no aspecto físico e emocional, os quais podem ser verificados após o início do tratamento.

Conforme a paciente, o nível de tensão, estresse, qualidade do sono, bem como o estado colérico melancólico que ela apresentava, reduziu bastante após o uso da terapia antroposófica aplicada.

O tratamento de DTM foi proposto, baseado no aspecto físico, emocional, sinais e sintomas avaliados na paciente.

A antroposofia não é uma terapia atual, tendo seu início em meados da década de 1910, porém, na odontologia, a terapia antroposófica ainda não é muito utilizada, sendo necessários outros estudos com objetivos de aplicação desta metodologia em uma quantidade maior de pacientes portadores de DTM's. Para a

odontologia, essa terapia natural pode se constituir numa forma de beneficiar o paciente, sem causar danos ou prejudicar o organismo, dispondo de produtos oriundos da natureza. Os autores não encontraram na literatura artigos com esta aplicabilidade.

7. Conclusões

Com o uso da terapia antroposófica houve redução nos níveis de dor mensurados pela escala EVA e pela palpação da ATM e dos músculos mastigatórios na 2ª consulta.

Houve aumento no valor da mensuração da abertura de boca de 30mm para 45 mm entre a 1ª e a 3ª consulta (12 dias).

A abordagem antroposófica no tratamento de doenças não se trata de oposição à medicina/odontologia que trabalha com os métodos científicos reconhecidos. Esta abordagem aponta novas possibilidades do saber e da habilidade médico/odontológica como um caminho para a arte de curar.

A medicina/odontologia antroposófica não é uma simples técnica de diagnóstico e medicação; ela possibilita um caminho de desenvolvimento interior do profissional, permitindo-lhe conferir, além desses preceitos médicos, um auxílio no processo de conhecimento e desenvolvimento próprio e de seus pacientes.

Deve ser colocado em prática somente por médicos/odontólogos plenamente qualificados no sentido dos princípios científicos.

Referências

1. ALENCAR F JR, BECKER A. Evaluation of different occlusal splints and counseling in the management of myofascial pain dysfunction. **J Oral Rehabil.** v.36 n.2 p.79-85, 2009.
2. BASSO D, CORRÊA E, SILVA AM, Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvi-

- os posturais, **Fisioter. Pesqui.** v.17 n.1 São Paulo Jan./Mar., 2010
3. BORIN GS, CORRÊA ECR, SILVA AMT, MILANESI JM, Avaliação eletromiográfica dos músculos da mastigação de indivíduos com desordem temporomandibular submetidos a acupuntura, **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** v.17 n.1 São Paulo Jan./Mar., 2012.
 4. CAPELLINI VK, SOUZA GS, FARIA CRS, Massoterapia para o tratamento da DTM miogênica: um estudo piloto. **J. Appl. Oral Sci.** vol.14 n.1 Bauru Jan./Feb., 2006.
 5. CHO SH, WHANG WW. Acupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review. **J Orofac Pain.** v.24 n.2 p.156-62, 2010.
 6. CONTI ACCF, FREITAS MR, CONTI PCR, Avaliação da posição condilar e disfunção temporomandibular em pacientes com má oclusão de Classe II submetidos à protrusão mandibular ortopédica, **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial** vol.13 n.2 Maringá Mar./Apr., 2008.
 7. CONTI PCR, MIRANDA JES, ARAUJO CRP. Relationship between systemtaic joint laxity, TMJ hypertranslation and intra-articular disorders. **Cranio.** v.18 p.192-7, 2000.
 8. EVA. Escala Visual Analógica. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acessado em: 20/03/2012.
 9. GALITESI CRL. **As Mil e Uma Faces do Dente.** Odontologia, Antroposofia e Evolução. São Paulo: Ed. Antroposófica, 2001.
 10. GIANNASI LC, HIRATA RP, POLITIL F, NACIF SR, FILHO FSSL, OLIVEIRA LVF, A novel protocol for occlusal splint adjustment to treat TMD in sleep bruxism, **Fisioter. mov.** v.25 n.1 Curitiba Jan./Mar., 2012.
 11. GLAROS AG, OWAIS Z, LAUSTEN L. Reduction in parafunctional activity: a potential mechanism for the effectiveness of splint therapy. **J Oral Rehabil.** v.34 n.2 p.97-104, 2007.
 12. GOMES NCMC, BERMI-SCHWARZENBECK KCS, PACKER AC, BIGATON DR. Efeito da estimulação elétrica de alta voltagem catódica sobre a dor em mulheres com DTM. **Rev. bras. fisioter.** v.16 n.1 São Carlos Jan./Feb., 2012.
 13. GROSSMANN E, GROSSMANN TK, Cirurgia da articulação temporomandibular, **Rev. dor.** v.12 n.2 São Paulo Apr./June., 2011.
 14. JOHN MT, DWORKIN SF, MANCL LA. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. **Pain** v.118 p.61-69, 2005.
 15. KITSOULIS P, MARINI A, LLIU K, GALANI V, ZIMPIS A, KANAVAROS P, PARAKESVAS V, Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders Related to the Degree of Mouth Opening and Hearing Loss. **BMC Ear, Nose and Throat Disorders.** p.11:5, 2011.
 16. MARTINS RJ, GARCIA AR, GARBIN CAS, MARÇA ML, SUNDEFELD M, Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular, **Rev. bras. epidemiol.** vol.10 n.2 São Paulo June, 2007.
 17. MARTINS RJ, GARCIA AR, GARBIN CAS, MARÇAL ML, SUNDEFELD MAZZA, Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular, **Ciênc. saúde coletiva** vol.13 n.2 Rio de Janeiro Dec, 2008.
 18. MAYDANAL AV, TESCH RS, DENARDIN OVP, URSIL WJS, DWORKIN SF, Possíveis fatores etiológicos para desordens temporomandibulares de origem articular com implicações para diagnóstico e tratamento, **Dental Press J. Orthod.** vol.15 n.3 Maringá June, 2010.
 19. MAZZETTO MO, HOTTA TH, PIZZO RCA, Measurements of Jaw Movements and TMJ Pain Intensity in Patients Treated with GaAlAs Laser, **Braz. Dent. J.** v.21 n.4 Ribeirão Preto, 2010.
 20. MEDLICOTT MS, HARRIS SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. **Phys Ther.** v.86 p.955-73, 2006.
 21. MERRILL RL. Central mechanisms of orofacial pain. **Dent Clin North Am.** v.51n.1 p.45-59, 2007.

22. MINSON FP, FONSECA APZ, BENASSI JD. **Sociedade Brasileira para o estudo da Dor**. Ano Mundial contra Dor Músculoesquelética, 2010.
23. MORAES WA. **Medicina Antroposófica: Um Paradigma para o século XXI**. São Paulo: Ed. Antroposófica, 2005.
24. OKESON JP. Etiologia e identificação dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: Okeson **JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. v.4 p.117-272 São Paulo: Artes Médicas, 2000.
25. OLIVO AS, BRAVO J, MAGEE DJ, THIE NMR, MAJOR PW, FLORESMIR C. The association between head and cervical posture and temporomandibular disorders: a systematic review. **J Orofac Pain**. v.20 p.9-23, 2006.
26. PASINATO F, SOUZA JA, CORRÊA ECR, SILVA AMT, Disfunção têmporo-mandibular e hiper mobilidade articular generalizada: aplicação de critérios diagnósticos. **Braz. j. otorhinolaryngol.** vol.77 no.4 São Paulo July/Aug.,2011.
27. PERTER RA, GROSS SG. Tratamento clínico das disfunções temporomandibulares e da dor orofacial. **Quintessence**. p. 254-72 São Paulo, 2005.
28. RODRIGUES JH, GONZALEZ DAB, BUSSADORI SK, MESQUITA-FERRARI RA, FERNANDES KPS, TENIS CA, MARTINS MD, Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders and Their Impact on Psychosocial Status in Non-Patient University Student's Population, **Physiother. Res. Int.** v.17 p. 21–28, 2012.
29. SANDOVAL MC, MATTIELLO-ROSA SMG, SOARES EG, PARIZOTTO NA. Effects of laser on the synovial fluid in the inflammatory process of the knee joint of the rabbit. **Photomed Laser Surg** v.27 p.1-7, 2009.
30. SILVEIRA AM, FELTRIN PP, ZANETTI RV, MAUTONI MC, Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. **Rev. Bras. Otorrinolaryngol.** vol.73 no.4 São Paulo July/Aug.,2007.
31. SILVA RS, CONTI PCR, MITRIRATTANAKUL S, MERRILL R, Estudo do impacto da enxaqueca na severidade da dor miofascial da musculatura mastigatória, **Dental Press J. Orthod.** vol.16 n.4 Maringá July/Aug., 2011.
32. SIQUEIRA SRDT, NÓBREGA JCM, TEIXEIRA MJ, SIQUEIRA JTT, Masticatory problems after balloon compression for trigeminal neuralgia: a longitudinal study, **Journal of Oral Rehabilitation** v.34 p.88–96, 2007.
33. STEINER R. **O Mistérios dos Temperamentos**. As bases anímicas do comportamento humano. São Paulo: Ed. Antroposófica, 2006.
34. TEODORI RM, GUIRRO ECO, SANTOS RM. Distribuição da pressão plantar e localização do centro de força após intervenção pelo método de reeducação postural global: um estudo de caso. **Fisioter Mov.** v.18 p.27-35, 2005.
35. WELEDA. ArnicaD3, Erysidoron, Briophyllum D2 Argento Culta, 2010. Disponível em: <http://www.weleda.com.br/weleda/medicamantropo.asp>. Acessado em: 20/05/2012.
36. ZUIM PRJ, GARCIA AR, TURCIO KHL, HAMATA MM, Evaluation of microcurrent electrical nerve stimulation (MENS) effectiveness on muscle pain in temporomandibular disorders patients, **J. Appl. Oral Sci.** v.14 n.1 Bauru Jan./Feb., 2006.