PETERMAM PEREIRA DA SILVA

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM PACIENTES COM ASMA

SÃO PAULO

2008

PETERMAM PEREIRA DA SILVA

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM PACIENTES COM ASMA

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Homeopatia para Médicos do Instituto de Cultura Homeopática; orientação da Dra. Barbara Susanne Metzner

SÃO PAULO

2008

À Dra. Barbara Susanne Metzner, cuja orientação se transformou num grande aprendizado.

RESUMO

Através do relato de três casos clínicos de asma o autor procura demonstrar a eficácia de tratamento homeopático unicista, respeitadas as individualidades de cada paciente.

Comenta a restrita bibliografia referente ao tema, com multiplicidade na abordagem. Através de estudo resumido da fisiopatologia do mal e dos recursos diagnósticos complementares comenta o resultado obtido por tratamentos alopáticos; conclui pelo sucesso obtido com abordagem homeopática que inclui minuciosas anamneses e individualização.

Palavras-chave: Asma. Homeopatia.

ABSTRACT

Throughout report of three clinical cases of asthma the author is studious to demonstrate the effectiveness of homeopathic unicist treatment, with special attention to individualities of each patient.

It comments the narrow bibliography that refers to the subject, with multiplicity of boarding. Throughout abstracted study of physiopathology of the disease and of complementary diagnosis resources comments the obtained result by allopathic treatment; it concludes by obtained success with homeopathic boarding that includes detailed anamnesis and individualization.

Key-notes: Asthma. Homeopathy.

SUMÁRIO

Introdução..... 1

1.Asma..... 7

1.1Patogenia..... 7

1.2Diagnóstico..... 9

1.2.1 Diagnóstico clínico..... 9

1.2.2 Diagnóstico funcional..... 10

1.2.3 Diagnóstico imunológico..... 11

1.3 Diagnóstico diferencial..... 11

1.4 Tratamento alopático..... 12

2. Casos clínicos..... 14

2.1 Caso clínico I..... 14

2.2 Caso clínico II..... 19

2.3 Caso clínico III..... 24

3.Conclusão..... 29

Referências bibliográficas..... 31

Anexos.....

Repertorizações.....

Autorização.....

INTRODUÇÃO

Desde sua introdução a homeopatia tem sido vista como a última das alternativas de tratamento por pacientes e médicos, quando o uso de medicamentos alopáticos forneceu ao doente pouca ou nenhuma melhora de crises asmáticas ou os efeitos adversos tão conhecidos na medicina clássica. A intenção deste trabalho é mostrar a eficiência de medicamentos homeopáticos na melhora das crises de asma dos pacientes envolvidos, uma vez que os mesmos demonstraram interesse pelo tratamento, já esgotados pela administração de xaropes e inalantes que traziam melhoras momentâneas dos sintomas, sem sucesso na extinção das crises freqüentes que apresentavam.

O tratamento homeopático da asma, tão solicitado por pacientes e até indicado por especialistas como alternativa de tratamento é um grande desafio, já que recidivas ou intercrises são muito comuns durante a evolução da doença. Quando tais fenômenos são tratados com os medicamentos homeopáticos a evolução do quadro é bem melhor no que diz respeito à intensidade dessas crises e da forma que o paciente se comporta durante as mesmas. As crises que podem aparecer constituem fator que levam muitos dos pacientes abandonarem o tratamento homeopático, pois acabam pensando que a terapêutica não está obtendo resultados, muitas vezes lentos em aparecer. Tudo deve ser informado pelo próprio médico no início do tratamento para que os envolvidos saibam o que pode ocorrer.

> *Anualmente ocorrem cerca de 350.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se na quarta causa de hospitalização pelo SUS (2,3% do total) e sendo a terceira causa entre crianças e adultos jovens. Há registro de aumento desse número de internações entre 1993 e 1999 e indícios de que a*

prevalência da asma esteja aumentando em todo o mundo, inclusive no Brasil. Em 1996 os custos do SUS com internações por asma foram de 76 milhões de reais, 2,8% do gasto total anual e o terceiro maior valor gasto com uma doença. Estudo multicêntrico (International Study for Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC) realizado em 56 países mostrou uma variabilidade de asma ativa de 1,6% a 36,8%, estando o Brasil em 8º lugar, com uma prevalência média de 20%. A mortalidade por asma ainda é baixa, mas apresenta uma magnitude crescente em diversos países e regiões. Nos países em desenvolvimento a mortalidade por asma vem aumentando nos últimos 10 anos, correspondendo a 5 - 10% das mortes por causa respiratória, com elevada proporção de óbitos domiciliares. [FRITSCHER , 2002]

Diversos trabalhos vêm sendo desenvolvidos pela comunidade científica utilizando diferentes técnicas terapêuticas. A medicina tradicional já publicou inúmeros trabalhos comparando as diferentes terapêuticas clássicas como uso de broncodilatadores de curta ou longa duração associados ou não à corticoesteróides, sempre divulgando dados positivos a cada publicação. Infelizmente o paciente não consegue se desvencilhar de tais medicações pela dependência a que dão origem, pelos efeitos colaterais que tais drogas geram, apesar de que a indústria farmacêutica, por sua vez, para minimizar esses efeitos, desenvolve cada vez drogas que supostamente trazem menos efeitos adversos. O paciente consegue passar um período sem as crises asmáticas porém quando estas retornam apesar do medicamento já utilizado e não tendo o efeito anterior, o médico então diagnostica falha de tratamento e busca uma droga substituta. O doente acaba relatando que as crises continuamente se tornam mais intensas e, dessa forma, vai se criando uma “bola de neve” em que o paciente está no centro,

bombardeado por drogas de última geração, com complicações inerentes às mesmas além de novos diagnósticos através de métodos cada vez mais sofisticados, havendo freqüentemente necessidade de intervenção de outros especialistas.

O médico homeopata deverá perceber o que há para ser curado nas doenças de forma individual para cada paciente, perceber o que é curativo nos medicamentos e saber unir esses dois parâmetros de forma a atingir o equilíbrio do indivíduo. Para isso o profissional deve estar apto não só à seleção do medicamento mais apropriado, mas também à maneira de sua preparação, quantidade e freqüência de administração.

Através dos princípios hahnemannianos propomos mostrar a eficiência do tratamento homeopático através da evolução do paciente, foco de nosso tratamento, já que a doença é fruto do desequilíbrio da vontade e do entendimento. [KENT]

Crítica freqüente aos médicos homeopatas é a pequena amostragem em escassas pesquisas, afim de mostrar comprovação real da terapia; no caso do tratamento da asma ocorre o mesmo. Existem inúmeras publicações sobre o tratamento homeopático da asma, conforme pode ser conferido na bibliografia deste trabalho. A maioria data de algumas décadas atrás; poucas seguem o paradigma da pesquisa como é o caso do trabalho de Riveron-Garrote e colaboradores (1998); a maioria se restringe à publicação do relato de casos enaltecendo por vezes medicamentos pouco utilizados pelos homeopatas em sua clínica diária.

Tais trabalhos referem-se a relatos de técnicas utilizando homeopatia unicista ou pluralista. Não existem indícios de que a primeira obteve melhores resultados do que a segunda e vice-versa. O que observamos de comum nos trabalhos é que os pacientes recebiam doses repetidas dos medicamentos e não doses únicas. Autores como Herculano Chaves (1938), Francisco José de Freitas (1992), Márcia Caran Miranda (2000) não justificaram os motivos dessa técnica, em detrimento da utilização de doses

únicas, nem mesmo início do tratamento com dose única e posterior alteração para doses repetidas por falha do tratamento.

Em seu estudo duplo-cego e randomizado, Riveron-Garrote et cols demonstraram uma eficácia de 97,4% no grupo que fez uso de medicamento homeopático, sendo que no grupo placebo a piora dos pacientes foi de 70,8%, mostrando, assim, um índice de melhora da asma com o tratamento homeopático, não sendo possível estabelecer índice de cura devido ao tempo de apenas um ano em que foi estabelecido pelo estudo, porém foi verificado que os pacientes tiveram freqüência de crises de asma durante o tratamento bem menor em relação ao grupo placebo, quando mesmo nas crises, o medicamento utilizado era do tipo homeopático. No início do estudo se manteve o uso de β-agonistas como salbutamol e outros medicamentos como antihistamínicos, anticolinérgicos, xantinas e cromoglicato sódico, porém os próprios pacientes foram reduzindo seu uso durante o tratamento homeopático. [Riveron-Garrote, 1998]

Outras publicações tentam mostrar à comunidade científica não o sucesso de casos tratados com medicamentos homeopáticos, mas, para maior aceitação da ação da homeopatia por não homeopatas, a atuação do medicamento com base em alterações orgânicas. É o caso de artigo no *Bristish Journal of Clinical Pharmacology*, que demonstrou os efeitos de duas substâncias em grandes diluições, no processo de inibição da degranulação dos basófilos: *Apis melifica* e *Pulmo histaminum*. Através deste estudo ficou comprovado que tais medicamentos bloqueiam completamente a degranulação celular responsável pela instalação da asma. [FISHER, 1988]

Outra forma de tratamento da asma foi descrita pelo pluralista Dr. Francisco José de Freitas (1992), que publicou estudo fornecendo classificação da forma de tratar a asma bem como o paciente, reunindo aqui medicamentos os mais semelhantes possíveis

para facilitar ao médico a escolha dos mesmos, levando em consideração o biotipo do paciente afim de determinar o *simillimum*, utilizando a potência CH200 em dose única além de medicamento complementar em baixa potência em doses diárias com afinidade pela sintomatologia específica das crises.

Pesquisas mais atuais revelam detalhes dos mecanismos que envolvem as reações alérgicas e imunológicas com o psiquismo. Todos devem se precaver das emoções que nos sensibilizam na presença de algumas pessoas, seja pelo envolvimento passional, a proximidade ou mesmo no pensamento desencadearão reações emocionais e somáticas. E ainda o fato de se tornar "alérgico" a alguém, quando aparecem reações irracionais quando se menciona ou se encontra uma pessoa que não lhe é agradável. Essas são reações extremas, mas que geram mecanismos bioquímicos e manifestações fisiológicas semelhantes a reações alérgicas. [Twentyman, 1985]

Vannier sugere como medicamentos mais importantes *Antimonium tartaricum*, *Arsenicum album*, *Ipeca*, *Kali carbonicum*, *Lobelia inflata*, *Sambucus nigra* e *Senega*. E ainda outros autores, exemplificando, citam: *Blatta orientalis* (Freitas, 1990); *Cannabis sativa* (Winterbum, 1967); *Cuprum metallicum* (Twentywan, 1985); *Cyclamen europaeum* (Khariwala, 1996); *Natrum muriaticum* (Delattre, 1990); *Natrum sulphuricum* (Coquillart, 1994) *Palladium metallicum* (Morrison, 1994; Grizthaert, 1996); *Pulmo anaphilaticum* (Boucinhas, 1990; 1991); *Sepia succus* (Gnaiger, 1990); *Staphisagria* (Salzman, 1994).

Não podemos deixar de citar trabalhos em livros de terapia como os de León Vannier e H. Voisin que pretendem mostrar os medicamentos de uso mais freqüente em diferentes formas e manifestações da asma. Como exemplo temos o quadro abaixo retirado do livro de Voisin.

Tabela dos sintomas modalizados de asma e seus respectivos medicamentos.

	AGRAVAÇÃO OU APARECIMENTO								MELHORA	COM	
	Frio seco	Umidade (1)	Antes da meia-noite	Pela meia-noite	Depois da meia-noite	Calor >ar livre	Poeiras fumaças	Movimento	Mar	Cianose	Obstrução brônquica
SECO.	ARAL RAC. MOSCH. SAMB.	KALI IOD. TELA AR.	ARAL.RAC. GRIND.	ARS. CUPRUM SAMB. SPONG.	ARS. CUPRUM KALI CARB. KALI IOD. KALI NITR. NATR.MUR.	KALI IOD. NATR.MUR. SPONG.	BROM. POTHOS F. SAMB. SOLAN.LYC.	KALI NITR. HYDROC.AC. PULMO VUL.	BROM. MEDOR.	CUPR. HYDROC.AC. SAMB.	
Úmido EXPECT. FACIL QUE >	ARAL.RAC.	KALI IOD.	ARAL.RAC.		KALI IOD. KALI NITR.	KALI IOD.					
QUE NÃO > EXPECT. DIFÍCIL		HYPERIC (2)				IPECA 4 ou 5 H NATR.MUR.	IPECA 4 ou 5 H	IPECA 4 ou 5 H		IPECA 4 ou 5 H	
MUC. FLUIDA					Amm.c.	AMM.C. IPECA 3x				IPECA 3x	IPECA 3x ERIODYC.
MUC.ESPESSA			Grind.		Ant.tart. Kali c. Zinzib.	Ant.tart. NAPHTAL.	LOBEL.	Grind. Kali c. LOBEL. QUEBR.		QUEBR.	QUEBR.
MUCO-PURULENTA											BLATTA OR

(1). Para os remédios de base ver mais adiante.
(2) Há melhora se a expectoração for abundante.

No presente trabalho abordaremos a asma como doença propriamente dita, sua patogenia. Apresentaremos três casos clínicos atendidos em Unidade Básica de Saúde do município de Guarulhos, com ênfase no Programa de Saúde da Família (PSF) e não possui atendimento homeopático para a população; o objetivo é de mostrar a evolução dos pacientes submetidos ao tratamento homeopático e sua eficácia. Para que houvesse adesão ao tratamento sem perda do seguimento do paciente os medicamentos foram doados, tendo sido mantido contato próximo para que crises agudas, se ocorressem, pudessem ser medicadas com remédios homeopáticos. Os pacientes assinaram termo de autorização para publicação de suas anamneses neste trabalho, que consta o modelo em anexo.

I - ASMA

A asma é doença inflamatória crônica das vias respiratórias que se caracteriza por aumento da responsividade da árvore traqueobrônquica a diversos estímulos [McFADDEN, 2002]. Manifesta-se por estreitamento disseminado das vias respiratórias, clinicamente exteriorizado por paroxismos de dispnéia, tosse e sibilância, aliviados espontaneamente ou como resultado de tratamento. Alguns pacientes apresentam episódios de curta duração (minutos a horas), outros podem apresentar episódios graves que cursam com obstrução das vias aéreas por dias ou semanas, podendo até causar morte.

A asma pode ser classificada atualmente como: alérgica e idiossincrásica.

A forma alérgica está associada a história pessoal e/ou familiar de doenças alérgicas como rinite, urticária e eczema, com aumento dos níveis séricos de IgE e/ou resposta positiva a testes de provocação mediante inalação de antígenos específicos.

A forma idiossincrásica caracteriza os pacientes com asma sem história pessoal ou familiar de alergia, com testes cutâneos negativos e níveis séricos normais de IgE.

1.1– Patogenia

A doença se manifesta por hiperirritabilidade inespecífica da árvore traqueobrônquica, sendo que a medida que essa reatividade das vias respiratórias é alta, os sintomas serão mais graves e persistentes.

Essa reatividade se apresenta com infiltração eosinofílica, degranulação de mastócitos, lesão intersticial da parede das vias aéreas, ativação de linfócitos Th e produtores de interleucinas, podendo gerar aumento no conteúdo de colágeno da membrana basal epitelial e também hipertrofia glandular. Os mastócitos brônquicos

participam através da liberação de histamina, leucotrienos C, D e E, triptase e prostaglandinas E2, F2α e D2; os macrófagos liberam interleucinas 2, 3, 4, 5, fator alfa de crescimento de colônias de granulócitos (GM-CSF); os eosinófilos liberam mediadores lipídicos e citocinas; os neutrófilos liberam elastase e as células epiteliais, endotelina-1, mediadores lipídicos e óxido nítrico. É através desses mediadores que ocorrem as lesões do epitélio respiratório, alterações no tônus das vias aéreas, alterações na permeabilidade vascular, hipersecreção de muco, disfunção mucociliar e hiperreatividade da musculatura lisa destas vias. Os mediadores ainda destroem o epitélio ciliado com conseqüente proliferação de células epiteliais e miofibroblastos, depositando colágeno na lâmina reticular da membrana basal, levando ao seu espessamento.

Os estímulos que promovem a reatividade das vias respiratórias e incitam os episódios de asma podem ser agrupados em sete categorias principais. São elas:

- Alergenos. O epitélio das vias respiratórias e submucosas contém células dendríticas que capturam e processam o antígeno. Através da interação antígeno-anticorpo na superfície dos mastócitos pulmonares há geração e liberação de mediadores de hipersensibilidade imediata. A asma alérgica costuma ser sazonal (principalmente no outono/inverno). A forma não-sazonal pode resultar de alergias a penas, escamações animais, ácaros de poeira, mofo entre outros antígenos ambientais.
- Estímulos farmacológicos. Os principais fármacos associados ao desencadeamento de episódios de asma são ácido acetilsalicílico, corantes como tartarazina, antagonistas β-adrenérgicos e agentes sulfitantes. Há grande reatividade cruzada entre o ácido acetilsalicílico e outros antiinflamatórios não-

esteróides inibidores da ciclo-oxigenase tipo I tais como indometacina, fenoprofeno, naproxeno, zomepirac sódico, ibuprofeno, ácido mefenâmico e fenilbutazona.

- Poluição do ar. As causas ambientais estão relacionadas às condições climáticas fomentadoras da concentração de poluentes e antígenos atmosféricos, tais como os poluentes do ar (ozônio, dióxido de nitrogênio e dióxido de enxofre).
- Fatores ocupacionais. A broncoconstrição pode resultar do trabalho ou exposição a sais metálicos, poeira de madeira ou vegetal, agentes farmacêuticos, produtos químicos industriais e plásticos, enzimas biológicas e poeiras de animais e insetos, soros e secreções.
- Infecções. Os vírus respiratórios são os principais fatores etiológicos. Em crianças pequenas são os vírus sincicial respiratório e parainfluenza; em crianças maiores e adultos, o rinovírus e o vírus influenza.
- Exercício. Em alguns pacientes é o único estimulador da asma. As variáveis críticas que determinam a gravidade da obstrução são os níveis de ventilação alcançados e a temperatura e umidade do ar inspirado.
- Estresse emocional. As alterações no calibre das vias aéreas parecem ser mediadas pela modificação da atividade eferente vagal, bem como pelas endorfinas [McFADDEN, 2002].

1.2– Diagnóstico

1.2.1 – Diagnóstico clínico: a tríade sintomática da asma é dispnéia, tosse e sibilos, sendo estes últimos considerados quase que imprescindíveis. Inicialmente o paciente tem a sensação de constrição no tórax, muitas vezes com tosse seca. A respiração torna-

se ruidosa, devido ao aparecimento dos sibilos, com prolongamento da expiração e ainda taquipnéia, taquicardia e hipertensão sistólica branda. Ocorre hiperinsuflação pulmonar com aumento do diâmetro antero-posterior do tórax. Pode ainda ocorrer participação dos músculos respiratórios acessórios e pulso paradoxal; estes dois sinais sendo usados como indicação de gravidade da obstrução. O final de um episódio agudo é freqüentemente assinalado por tosse que produz muco espesso, viscoso [McFADDEN, 2002], podendo ainda apresentar-se nas vias respiratórias distais com presença de eosinófilos e cristais de Charcot-Leyden. Nas situações críticas os sibilos podem se reduzir ou desaparecer e a respiração tornar-se ofegante à medida que ocorre obstrução extensa por muco e asfixia iminente, podendo ser necessária assistência ventilatória mecânica.

Os pacientes que apresentam episódios intermitentes de tosse improdutiva ou dispnéia relacionada com o esforço podem mesmo em períodos sintomáticos apresentar murmúrio vesicular normal, mas podem sibilar após expirações forçadas repetidas e/ou mostrar pioras ventilatórias quando testados em laboratório [McFADDEN, 2002], quando na ausência desses dois sinais o teste de broncoprovocação deve ser realizado para definir o diagnóstico.

1.2.2 – Diagnóstico funcional

1.2.2.1 – *Espirometria*: redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) (<80% do previsto) e da sua relação com a capacidade vital forçada – ou volume total expirado (VEF1/CVF); desaparecimento ou melhora da obstrução do fluxo aéreo após broncodilatador de curta duração, podendo não haver resposta com o uso de medicação (não devendo ser compreendido como obstrução irreversível das vias aéreas); aumento espontâneo do VEF1 ou após uso de corticosteróides.

1.2.2.2 – *Pico de fluxo expiratório*: diferença superior a 20% em um período de duas a três semanas entre a maior de três medidas de pico de fluxo expiratório efetuadas pela manhã e à noite; aumento do pico de fluxo expiratório de 20% em adultos e 30% em crianças após 15 minutos do uso de broncodilatador de curta duração.

1.2.2.3 – *Teste de broncoprovocação*: demonstração da hiperresponsividade das vias aéreas através de agentes broncoconstritores (metacolina, histamina, carbacol) ou por exercícios, evidenciando redução do VEF1 em mais de 10%.

1.2.3 – Diagnóstico imunológico: a alergia é diagnosticada através da identificação de prováveis alergenos durante a anamnese e confirmados por provas cutâneas ou por determinação de concentração sangüínea. Na prova cutânea são utilizados extratos biológicos padronizados através da técnica de puntura, sendo os ácaros das espécies *Dermatophagoides pteronyssimus* e *Blomia tropicalis* os mais freqüentes. A determinação de IgE sérica confirma e complementa os testes cutâneos, porém devido ao alto custo não é realizada de forma rotineira.

1.3– Diagnóstico diferencial

Durante a determinação do diagnóstico de asma outras patologias devem ser afastadas, como fibrose cística, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome de Löffler, embolia pulmonar, refluxo gastroesofágico, obstrução alta das vias aéreas, disfunção das cordas vocais, carcinoma brônquico, massas mediastinais, bronquiolite, bronquiectasia, insuficiência cardíaca, infecções virais e bacterianas, aspergilose broncopulmonar alérgica, apnéia obstrutiva do sono, fístula traqueoesofágica.

1.4– Tratamento alopático

O tratamento é dividido em duas categorias específicas: melhora dos sintomas agudos e manutenção para prevenirem recidivas. A melhora dos sintomas agudos é feita à base de β2-agonistas de ação rápida, brometo de ipratrópio e aminofilina; os fármacos de manutenção escolhidos são os corticosteróides inalatórios e sistêmicos, cromonas, antagonistas de leucotrienos, β2-agonistas de longa duração e teofilina de liberação lenta [FRITSCHER, 2002].

Os corticosteróides entram na célula, ligam-se a um receptor, são transportados a seu núcleo e ligam-se à seqüência de DNA induzindo ou suprimindo os diversos genes envolvidos na produção de citocinas, moléculas de adesão e receptores importantes no processo da inflamação [FRITSCHER, 2002].

Os corticosteróides inalatórios são administrados por espaçadores ou aerossóis promovendo absorção através dos pulmões, trato digestivo e mucosa oral, pois parte da droga se deposita na orofaringe, é deglutida para então ser absorvida. Um efeito colateral comum nesses casos é candidíase oral devido à supressão de mecanismos de defesa locais e por isso os pacientes são orientados a lavar a boca após o uso do medicamento. Outro efeito comum é a rouquidão devido à miopatia dos músculos da laringe, tosse e irritação na garganta por propelentes ou detergentes associados nos aerossóis.

Os corticosteróides sistêmicos são administrados via oral, em geral em dose única diária em pacientes com asma persistente grave. Os efeitos colaterais dependem da dose, duração, forma de uso e formulação empregada [FRITSCHER, 2002]. Dentre esses efeitos encontra-se a redução do funcionamento das adrenais, sendo recomendada a retirada lenta do corticosteróide oral pois a recuperação adrenal é lenta; osteoporose

devendo ser controlada com atividade física regular, exposição ao sol, alimentação rica em cálcio e uso oral de bifosfonatos [FRITSCHER, 2002]; aumento do risco de catarata e glaucoma, adelgaçamento da pele e equimoses, miopatia aguda nos casos de altas doses ingeridas, diabete melito.

Estudo publicado no *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005* não mostrou diferenças importantes no resultado final para o paciente usuário de corticosteróide inalatório em combinação com β2-agonista de longa duração quando comparado com o usuário de corticosteróide inalatório apenas, em pacientes com obstrução de vias aéreas leve a moderada por asma persistente. Os autores concluíram que não há evidência suficiente para recomendar o uso de terapia combinada em vez do corticosteróide isolado como primeira opção de tratamento [CHROININ et al, 2004]. Dessa forma evita-se que mais uma droga tenha de ser usada pelo paciente, expondo-o à mais efeitos colaterais decorrentes do uso do medicamento.

II – CASOS CLÍNICOS

Aqui apresentaremos três casos clínicos de pacientes asmáticos crônicos, expostos por anamnese, seleção dos sintomas e evolução.

Caso clínico I: atendimento dia 03/07/08.

Identificação: R.S.R, sexo masculino, 7 anos, estudante da 2ª série do ensino fundamental, natural de Guarulhos.

Queixa principal: *Bronquite*.

História da doença atual: Paciente: *Começa com dor de garganta. Tosse e o peito começa a chiar. Fico cansado, minha mãe diz que meu olho afunda, não dá fome, faço inalação e não adianta.*

Mãe: *Eu faço inalação só com soro e não adianta nada. Se está frio ela vem, ou quando tá muito seco e chove, é quando vira o tempo. Ele ta sempre agasalhado. Eu sou chata com limpeza. O quarto não tem tapete, não tem urso de pelúcia, é aberto. Gelado ele nem toma, porque eu já sei que ele vai ter crise. O chiado que fica na crise é quando ele puxa o ar. Ele já foi internado com 1 ano e 7 meses por causa da crise que foi forte. Meu pai morreu disso aí também.*

Tem crise que ele não come e tem crise que tem vontade de comer.

Na tosse tem muito catarro, bem amarelo. Ele tem os dentes ruins, acho que é muito tratamento. Já tomou muito antibiótico. O dente é tudo estragado, ele tá tratando com a dentista aqui do posto e tá ficando bom. A boca dele fica com um cheiro ruim, é

forte, não sei dizer com o que parece, só sei que é forte. Na crise ele fica parado no sofá, mas conversando, brinca pouco.

A crise começou com 1 ano e 7 meses mesmo. De lá pra cá foi direto. Já fiz muita simpatia. Nessa época ele começou a ficar cansado e no Raio-X que a médica fez deu pneumonia, só teve essa. Não me lembro de nada que aconteceu em casa nessa época, não teve nada antes, simplesmente o R. começou com esse cansaço porque tinha virado o tempo mesmo.

A gestação foi muito boa, não tive complicação, eu queria uma menininha, aí veio ele. Eu soube no pré-natal. Fiquei parada ali. Não pensei nada de mal. Eu e meu esposo nunca brigamos. A gente se dá muito bem. Depois que o R. nasceu foi normal. Ele nasceu e eu pensei: "Foi mais um", mas foi com amor. Nossa relação é normal, o meu outro filho diz que eu paparico muito o R. Eu gosto de dar carinho pra ele, eu acompanho na escola, abraço ele, beijo ele.

Paciente: *Eu fico com dor de garganta e vai aumentando, fica fazendo cosquinha na garganta. O catarro é meio mole, não tem gosto. Às vezes o catarro é meio preso, mas sai bastante quando eu tusso. Eu fico no sofá, sentado, é melhor quando dá a crise.*

"Transpiração, como é?" *Eu não transpiro.*

Mãe: *Ele sua quando tem febre, não é toda crise que dá febre, mas quando dá ele fica pálido, mole, pede água.*

Paciente: *Eu gosto de água sem gelo.*

"Sede, como é?" *É bastante, de golão.*

Mãe: *Ele dorme muito de lado, do esquerdo, dorme coberto no frio e no calor é sem cobrir, não sua à noite. Ele tem sono calmo, desde bebê foi assim, não teve cólicas, era tranqüilo.*

Paciente: *Todo dia eu acordo cedo, eu gosto, mesmo nas férias. Gosto de bife, coxinha, não gosto de macarrão.*

"Intestino?" *Não faço cocô todo dia, é dia sim, dia não. Não precisa fazer muita força, às vezes tem que fazer.*

"Urina?" *Meu xixi é normal, não sinto nada.*

Mãe: *Ele fez cirurgia no saquinho, porque não desceu a bolinha e tinha hérnia na virilha.*

"Sonhos?" *Eu sonho brincando na rua com meus amigos.* "Muitos amigos?" *Eu tenho pouco amigo, não gosto muito de sair na rua, eles não gostam de brincar comigo.*

Mãe: E*le até chora por causa disso, o meu filho mais velho não liga muito pra ele.*

"Como assim, R.?" *Quando alguém me xinga eu choro e quando eu lembro disso eu também choro.* "Na frente dos outros?" *É, toda vez. Eu levo bronca e eu choro, mas passa logo. Gosto de jogar vídeo-game e bola e eu tenho uma lousa e fico escrevendo a lição. Teve um dia que a professora me chamou pra ir na frente da sala mostrar meu caderno que tava bom.* "Como foi pra você?" *Foi normal, meu caderno é bem colorido.*

Mãe: *Não tem orelha, é certinho mesmo o caderno dele.*

"Medo?" *Do filme do Chuck e de aranha.*

Mãe: *Eu percebo nele uma criança muito parada, não é ativo, de mexer, é muito observador. Ele é paradão, não é agressivo, não é de falar palavrão, nunca nem fui chamada na escola.*

<u>Exame físico</u>: Peso: 26,2 kg; Estatura: 132,2 cm;

Corado, hidratado, eupnéico.

ACV: Ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros;

AR: Murmúrios vesiculares audíveis, sem ruídos adventícios;

Demais aparelhos sem alteração.

Sintomas selecionados na repertorização:[RIBEIRO, 1996]

1. Mental/Choro/admoestação, por – 20 II;
2. Mental/Consciencioso – 30 II;
3. Mental/Medo, apreensão, pavor/aranhas, de – 86 I;
4. Face/Coloração:Pálida/febril, calor, durante – 360 II;
5. Boca/Odor(respiração)/ruim – 400 I;
6. Dentes/Cáries, deteriorização – 415 II;
7. Estômago/Sede/grandes quantidades, para – 480 II;
8. Laringe e Traquéia/Cócegas/Laringe, na – 672 I;
9. Respiração/Asmática/tempo/mudança de tempo – 685 I;
10. Expectoração/Amarela – 717 I.

Este paciente é intelectualmente ativo, procura fazer o melhor, está sempre "certinho", tímido, emotivo e muito sensível, tem a sensibilidade como sua marca, não gosta de se relacionar com muitas pessoas, porém teme a solidão. Estes, além da pontuação fornecida pela repertorização, foram os motivos pelos quais priorizou o medicamento escolhido: *Lycopodium clavatum*.

Conduta: *Lycopodium clavatum* CH12, três gotas à noite, dose única. Mãe orientada a fazer contato em caso de crise aguda e já recebeu orientação sobre a realização de plus do mesmo medicamento: 5 gotas em 100ml de água e uma colher (chá) 5/5 minutos, caso necessário.

Retorno da consulta em 13/08/08.

Mãe: *Eu dei o remédio pra ele no dia 24/07/08. Ele teve uma crise só. Ele tomou o remédio dia 24 e no dia seguinte ele teve uma coceira na garganta, começou uma tosse e eu dei aquele plus, ele tomou umas seis vezes e passou, depois disso não precisou mais. Foi muito bom pra ele, porque mudou o tempo várias vezes nesses dias e ele não teve crise. Ele passou com a pneumologista que já estava marcada, examinou ele, disse que não tinha nada e pediu uns exames de sangue pra ele e não passou remédio nenhum. Não teve febre nesse mês nem quando quis começar a crise dele.*

R.: *Eu nem chorei nesse mês, nem levei bronca.* "Mas e com seu irmão?" *Ele fica me provocando algumas vezes mas aí eu saí de perto quando ele ficou me provocando. Não tive mais aquela cosquinha na garganta.*

"Sede?" *Tô bebendo bastante água.*

"Urina?" *Tá normal.*

"Intestino?" *Tá igual, do mesmo jeito, normal.*

"Sono?" *Bem, durmo direto, nem sonhei mais.*

"Mãe": *Ele até tá dormindo dos dois lados agora, não fica mais só de um lado.*

"R.": *Eu briguei com meu irmão e ele me bateu. Ele fica me pedindo pra fazer as coisas pra ele, pegar as coisas pra ele e eu não fiz mais, aí ele me bateu.*

"Mãe": *Continua a mesma coisa, meio paradão, na dele.*

<u>Exame físico</u>: Peso: 26,4 kg; Estatura: 132,2 cm.

Corado, hidratado, eupnéico.

ACV: Ritmo regular, dois tempos, sem sopros.

AR: Murmúrios vesiculares audíveis, sem ruídos adventícios.

Demais sistemas sem alteração.

Conduta: Sem medicação.

Evolução: Período de observação foi de três meses, sem apresentar crises.

Caso clínico II: atendimento em 27/06/08.

Identificação: S.M.S., sexo feminino, 36 anos, vendedora de pão, natural de São Paulo.

Queixa principal: *Bronquite*.

História da doença atual: *Desde os três anos de idade. Primeiro eu começo espirrando, a garganta começa a coçar, eu sei que vem e já vem a falta de ar, cansada, não tenho febre. Agora na gestação está direto. Mudança de tempo, ar seco, cigarro, cheiro de perfume, mofo. O nariz também começa a coçar. É mais à noite que agrava. Quando tá fraco eu uso a bombinha de Berotec®, duas bombadas, mas quando é forte eu vou pro pronto socorro, inalação, injeção. Antes da gestação era mais distante, agora tá direto. Eu fico pálida. Eu consigo dormir melhor com três travesseiros, quase sentada. Eu fico sufocada se tiver tudo fechado, acho que é psicológico. Eu puxo o ar e não vem, dá muita dor de cabeça, nela toda, como uma pressão na cabeça toda. Não sinto sede nem fome.*

Aos três anos eu tive meningite, fiquei internada e de lá saí com a bronquite. Minha mãe conta que eu não quis mais leite, não tomo até hoje. Eu tento empurrar pra dentro.

A última menstruação veio dia 6 de Fevereiro. Não foi planejado. Eu tenho três filhos prematuros. Foi difícil aceitar, ainda vem na cabeça tirar, mas agora aceito bem, ta desejada. Está correndo tudo bem. Não tenho desejos, não tem nada de diferente.

"Sede?" *Bebo água no calor, mas na gravidez tenho mais sede, gosto de água natural, goles grandes.*

"Transpiração?" *Não é muito, quando vem é na testa, axila, não tem cheiro, nem mancha a roupa.*

"Intestino?" *Funciona bem, duas a três vezes por dia, ta escuro por causa do sulfato ferroso.*

"Urina?" *Não sou de urinar muito, não tem cheiro diferente.*

"Apetite?" *Normal, se eu comer muito fico fatigada. Gosto de pão. Só leite que não gosto muito.*

"Como você é como esposa?" *Sou compreensiva, paciente até demais, porque ele é muito estourado. A gente trabalha na rua, ele fica com raiva quando não vende, já antes de ficar grávida já era assim.*

"E com os filhos?" *Sou compreensiva, nasci pra ser mãe, converso bastante, dou abraço, beijo, sento, escuto, converso. Tenho três filhos: duas meninas de 15 e 6 e um menino de 13.*

Gosto de arrumar as coisas. Elas duram bastante. Se as crianças mexem eu faço arrumar. Meu filho levou o celular escondido na escola, eu briguei com ele. Ele tira a roupa e joga e faço ele guardar. Não gosto de ficar sozinha, é muito difícil, mesmo quando tô impaciente.

Sou mais calorenta.

Meu pai era rígido, não brincava na rua, foi mais dentro de casa e por causa das crises. Tenho um irmão e mais três por parte de pai. Sou mais velha que meu irmão. Minha relação com ele é boa, na adolescência brigávamos mais. Os outros três moram no Norte e não tenho o que falar deles.

Dessa vez eu tô com medo de ganhar por causa das crises. Quase todo dia tô no pronto socorro. Deus sabe o que faz porque se eu soubesse o dia que eu vou ganhar vou

ficar nervosa. Tenho medo de não voltar, de morrer e não criar meus filhos. Se a crise vem muito forte é quando vem esse medo.

Esse bebê eu sinto aqui em cima e é bem suave, as outras foram assim também.

Quando eu fui encaminhada pro alto-risco por causa da bronquite eu encarei numa boa, pra mim é melhor.

Antes de um compromisso eu fico ansiosa, coração acelerado, frio na mão, transpiro um pouco na mão.

Sou casada há 18 anos, namorei por dois anos, fiquei grávida com 21 anos, brigava muito, agora a gente aprendeu a se conhecer. Nós queríamos a gravidez. Mas se pudesse voltar no tempo não teria ficado grávida na adolescência, pra curtir mais.

Não gosto muito de sair, gosto de ficar com as crianças.

"Sono?" *Tem dia que é difícil por causa das crises, acordo pra sentar.*

"Sonhos?" *Com besteira, minha sogra entubada, minha prima grávida e morta. Eu acordo e fico com aquilo na cabeça.*

Na bronca eu não fico nervosa, eu sou mais de escutar do que falar, não me abro. Falar de mim é difícil.

Exame físico: Peso 55,2 kg; PA: 120x80 mmHg.

Corada, hidratada, levemente taquipnéica(FR=23irpm), com inspirações ruidosas.

ACV: Ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros e extrassístoles.

AR: Murmúrio vesicular audível com sibilos em terços médios e superiores bilaterais.

Abdome gravídico, altura uterina a 20 cm do púbis, idade gestacional de 20 semanas e dois dias, batimentos cardiofetais presentes, com 130bpm.

Sintomas selecionados na repertorização:[RIBEIRO, 1996]

1. Mental/Companhia/deseja companhia, aversão à solidão – 26 II;
2. Respiração/Asmática/periódica – 684 I;
3. Respiração/Difícil/abertas, quer portas e janelas – 686 II + Respiração/Difícil/cefaléia com – 687 II;
4. Respiração/Difícil/sentado/melh – 689 II;
5. Generalidades/Tempo/mudança de tempo agr. – 1193 I;
6. Generalidades/Tempo/Seco agr., tempo – 1194 I;

A escolha do medicamento para ser administrado para a paciente se baseou na repertorização, já que foram utilizados mais sintomas locais e gerais, pela dificuldade de extração de sintomas mentais peculiares.

Conduta: *Ipeca* CH30, cinco gotas pela manhã - doses repetidas, por 30 dias. Orientada a fazer contato no caso de crise com orientação prévia a realizar o plus, se necessário.

Retorno da consulta em 14/08/08.

Comecei a tomar dia 02/07/08.

Eu não tive mais aquelas crises. Eu precisei usar o plus por duas vezes e resolveu. Cheguei a tomar inalação algumas vezes à noite em casa.

To dormindo bem, a bombinha ta sendo difícil de usar. Ando e não estou cansada. Eu sonhei que tinha ganho uma menina, nada ruim como antes.

"Sede?" *Normal, não sinto muita.*

"Transpiração?" *Normal, sem cheiro, não mancha, como antes.*

"Intestino?" *Funcionando todo dia, tenho muitos gases, consigo soltar fácil.*

O bebê ta mexendo mais, não saiu nada pela vagina, não tenho enjôo.

Minha casa foi pintada, lixada e não tive crise, meu marido até estranhou que não tive crise.

A crise que deu não foi forte, só um pouco de falta de ar, mas foi até tranqüilo, até estou conseguindo dormir só com um travesseiro. Não deu dor de cabeça, era só com a crise forte.

Continuo gostando de companhia, não gosto de ficar sozinha.

Eu não sinto muito frio com esse frio todo que vem fazendo.

A crise foi depois de uma semana do início do remédio. Eu usei o plus à noite, duas vezes.

Às vezes, não sei porque, dá vontade de chorar, geralmente é quando tô sozinha, sem conversar, mas antes era mais vezes.

Como eu não tô sentindo falta de ar, a gravidez tá melhor, me alimento mais. Não tô comendo muito pão mais, tem dado azia quando eu como.

Exame físico: Peso: 57,4Kg; PA: 120x75mmHg.

Corada, hidratada, eupnéica.

ACV: Ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros e extrassístoles.

AR: murmúrio vesicular audível, sem ruídos adventícios.

Abdome gravídico, a 25 cm do púbis, idade gestacional de 27 semanas e um dia, movimentos fetais presentes, batimentos cardíacos fetais em 140bpm.

Conduta: *Ipeca* CH60, cinco gotas pela manhã.

Evolução: Período de observação de três meses, não apresentou crises.

Caso clínico III: atendimento em 27/06/2008.

Identificação: LMS, 28 anos, natural de Mauá (SP), agente comunitária de saúde.

Queixa principal: *Bronquite*.

História da doença atual: *A bronquite vem toda hora. Antes me dava crise muito forte, não conseguia falar, agora a crise é em onda, várias vezes no dia, algumas vezes passou sem remédio mas teve outras que pioraram muito. Eu uso inalação com 5 gotas de Berotec pra melhorar.*

Primeiro vem a tosse com catarro fino, tipo baba grossa, sem gosto, se eu faço um esforço piora, fico sem ar, com a crise de tosse. Às vezes do nada vem a crise de tosse que me deixa sem ar. Toda noite, de 4hs a 5hs. Eu acordo com a tosse e a falta de ar. Eu tenho que ficar sentada pra frente, com a mão apoiando na perna assim (demonstrando) *pra respirar melhor.* "O que piora?" *Corrente de ar chega a piorar porque eu começo a espirrar. Quando eu estou atacada não sinto gosto direito nas coisas. Na crise eu fico esperando um pouco pensando que já vai passar. Tá diferente de quando eu tinha 20 anos. Só tinha parado depois que minha mãe fez umas simpatias. Não me lembro de nada marcante que aconteceu na época que voltaram as crises.*

O nariz fica entupido dos dois lados, desde que começou o frio, mas esse ano tá pior.

Já fiquei internada duas vezes por causa da bronquite, nunca tive pneumonia.

Na crise eu fico pálida, o rosto todo.

Eu tenho uma infecção na vagina que nunca sara. Desde que tive meu filho, deu infecção, tomei medicação, fazia banho de assento e nunca tive uma alta do tratamento, sempre que eu vou no ginecologista passa medicação. O que eu sinto é um corrimento e uma coceira na época da menstruação, coça muito, quando tá pra descer, coceira por fora. Não sinto nada quando faço xixi, é normal. É uma coceira como alergia, nunca passa. Não sinto dor na relação.

A primeira coisa que eu penso não é a doença, vem a traição, se eu tenho é porque meu marido me traiu. Ele viaja direto, vai prestar serviço fora, fica dois meses fora. Eu converso tudo com ele, normalmente sou eu que puxa o assunto. Dependendo do assunto mas ele sempre foge, eu insisto, mesmo, se ele mudar eu continuo outro dia. Normalmente eu não choro nas conversas. Não sei porque eu choro. Quando eu to pensando muito num problema eu acabo chorando, não importa o assunto. Eu choro quando o assunto tá pendente e eu preciso resolver, então começo a pensar naquilo.

Menstruação nunca vem normal, sempre atrasa 15 dias, 1 mês, 40 dias. Fico uns 4 dias, sendo que no último dia é quase nada. Normalmente vem uns pedacinhos grandes de sangue, esse último mês veio sangue vivo, normalmente é escuro.

Eu me acho um pouco ausente, eu trabalho o dia inteiro e chego em casa eu não fico muito com ele, de vez em quando me pego em ficar um pouquinho, às vezes ele pede. Eu queria muito ser mãe, planejei não financeiramente, mas queria muito, até tomei remédio pra engravidar, tinha ovário policístico. Minha gestação foi muito boa, só sentia dor na coluna, e dor de cabeça, mas foi muito boa ela inteira. Tinha disposição, não dormia, era bem ativa.

Minha infância, nós éramos humildes, moramos na roça, gostava muito de lá, ia pra roça me divertia, em casa passava necessidade. Foi tranqüila, só lembro de que

tinha medo de um tio meu porque ele me ameaçou uma vez, não gosto dele até hoje por causa disso.

Gosto muito da minha família e tenho medo de desestruturar, acabar, meu marido e meu filho, não sei. Eu achava que eu tava preparada, mas eu não sei. Eu tive um problema parecido e fui uma covarde. Eu acho que eu enfrento mas o que me deixou mais mal é porque não consegui resolver, foi em Agosto desse ano.

Eu sou um pouco ciumenta, empresto, não gosto que alguém pegue sem me pedir ou não devolver do jeito que emprestei, fico possessa, brava, dá vontade de não emprestar, depois empresto, acabo amolecendo, não tem jeito, por mais que eu fale, mas sempre falo pra cuidar direito.

Eu procuro dar atenção pro meu filho, mas depois que ele começou na escola tá mais agressivo, fala muito "não" pra mim. Não sei se é da educação dele. Eu me esforço pra ser boa mãe, com falhas. Acho que não tenho paciência. Ele tem as vontades dele e quando não posso deixo pra depois, mas depois eu penso: "por que não fiz?"

Não sei se me cobro muito, tem mãe que trabalha e cria os filhos. Eu sou carinhosa, no meu tempo livre eu tento dar carinho mas tem hora que ele não quer. Às vezes eu tenho tanta vontade de chegar mais perto dele. Eu sinto rejeitada. Me parte o coração quando ele não quer ir pra creche e acaba indo.

Eu durmo bem até a hora da crise. Não tenho sonhado. Sonhei esses dias com meu marido num lugar diferente e outra vez que estavam roubando meu carro e eu era culpada porque eu é que estava no carro, foi estranho.

Sede é quase nada, é por dia, não é todo dia. Normalmente bebo mais água natural, porque quando tá muito quente não gosto de gelada, mas suco tem que ser gelado. Bebo duma vez, gole grande.

Transpiração às vezes à noite, mas normalmente quando tá calor. Mais na testa e no pescoço. Não mancha a roupa. Não tem cheiro nenhum.

Intestino é normal. Teve um tempo que passava quatro dias sem, agora é uma vez por dia. Me satisfaço depois da evacuação.

Gosto é de doce, adoro goiabada, com creme de leite. Só detesto miojo.

Sou mais friorenta.

Me arrependo de ter ficado com um menino. Normalmente não me arrependo. Eu prefiro fazer sem pensar, quando penso muito fico muito insegura, não gosto muito de pensar. Eu quero planejar mas nunca dá certo, quando eu queria engravidar eu não consegui, parece que decepciona quando planeja.

Exame físico: Pa: 120x80 mmHg; Peso: 59,6 kg.

Corada, hidratada, eupnéica.

ACV: Ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros e extrassístoles.

AR: Murmúrio vesicular audível, sibilos em terços superior e médio bilateral.

Demais aparelhos sem alteração.

Sintomas selecionados na repertorização:[RIBEIRO, 1996]

1. Mental/Choro, humor choroso – 20 I;
2. Bebidas e alimentícios/Doces/desejo – 498 II;
3. Genitais femininos/Menstruação/tarde, muito – 664 II;
4. Genitais femininos/Prurido/menstruação, antes de – 668 I;
5. Respiração/Asmática – 684 I;
6. Expectoração/fina – 719 II;
7. Generalidades/Noite/4h – 1103 II;
8. Generalidades/Ar/corrente de ar agr – 1108 I;
9. Generalidades/Curvar-se, virar/frente/melh – 1127 I.

O sofrimento calado, a hipersenssibilidade, a presença de sintomas locais e gerais bem característicos e modalizados, juntamente com a repertorização levou à escolha do medicamento.

Conduta: *Kali carbonicum* CH30, dose única (líquida), em jejum. Orientada e fazer contato no caso de crise com orientação prévia a realizar o plus, se necessário, pingando-se 10 gotas do medicamento em 100 ml de água e tomada uma colher (chá) após agitação da solução de 5/5 minutos.

.

29/06/08 (10:00)

Paciente: *Tive que vir porque ontem eu tomei o remédio às 8:00 e depois de duas horas eu tive que ir pro pronto socorro, deu uma crise muito forte da bronquite, eu não conseguia respirar, lá fiz inalação, me deram a injeção na veia e eu consegui melhorar. Hoje começou a crise às 4 horas de novo e eu tomei o remédio de novo e passou, não foi pra frente.* Orientei a paciente a tomar 3 gotas uma vez ao dia, pela manhã.

Retorno da consulta – 28/07/08

Estou tomando o remédio todo dia desde o dia 29/06/08.

Estou melhor, ainda dá umas crises de vez em quando, sempre às 4 horas da manhã, que eu acordo com aquela tosse, mas quando dá eu faço o plus e melhora. Tiveram três vezes que eu precisei fazer inalação com o Berotec® mas assim que eu comecei a fazer inalação já melhorou, antes só melhorava com duas inalações, agora é mais rápida, mas eu não precisei ir mais pro pronto socorro. Eu não sonhei mais nesse mês, e o sono tá bom, tô dormindo direto, acordo bem. O corrimento deu uma melhorada, ainda tem, mas tá menos que antes, a menstruação continua irregular, mas

o sangue ta claro, durou 4 dias. Intestino continua bem. Deu mais vontade de comer doce, tive que me segurar pra não ficar comendo direto.

Conduta: *Kali carbonicum* CH60, três gotas pela manhã – uma vez ao dia.

Evolução: Período de observação de três meses, não apresentou crises.

CONCLUSÃO

Por meio dos casos clínicos relatados observamos a eficácia do tratamento homeopático unicista em pacientes com asma, respeitada a individualização do tratamento de cada um, apesar do curto período de observação dos casos em estudo.

A peculiaridade do tratamento apresentado reside nas diferentes doses utilizadas do medicamento selecionado. No primeiro caso, o paciente de sete anos atingiu sucesso apenas com dose única do medicamento numa potência CH12, considerada baixa. No segundo caso, a paciente gestante necessitou de dose diária de seu medicamento. Não nos resta dúvida que a gestação consiste em estado reacional diferente, podendo-se até considerar que, pelo fato de estar gerando outro indivíduo que apresenta anabolismo intenso, “esgota” rapidamente a ação do medicamento já que o feto é também atingido pela ação medicamentosa. No terceiro caso tivemos evolução diversa, pois a paciente necessitou de doses repetidas do medicamento em potência baixa e a partir do momento em que foram introduzidas potências mais elevadas houve apenas a necessidade de utilização do medicamento na forma “plus" durante algumas poucas crises.

Todos os pacientes continuam sendo acompanhados no ambulatório da Unidade de Saúde do bairro. Os pacientes do primeiro e segundo casos continuam sem os sintomas apresentados inicialmente, sendo que a criança do primeiro caso continua sem medicação e a gestante continua tomando as doses repetidas da mesma potência relatada no caso de maneira contínua. Somente para a paciente do terceiro caso é que tivemos de

aumentar a potência do medicamento, uma vez que apresentou ainda algumas crises solucionadas com a utilização da forma “plus” do medicamento.

Embora estejamos apresentando pequena casuística, o estudo que se mostrou eficaz em todos os casos, nos anima a utilizar daqui para a frente, sempre que autorizados pelos pacientes, medicação homeopática em serviço público e privado. Assim, com casuística maior talvez possamos protocolar método uniformizando terapêutica para avaliação “estatística” de resultados e possível publicação dos resultados em revistas médicas especializadas, contribuindo com a difusão da homeopatia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEARZI, Gustavo; BELLA, Sérgio; CAMARGO, Luiz Antônio de Barros; GARCIA, Regina Barossi; GOLDENSTEIN, Eduardo; RIBEIRO, Eliana de Souza; RUIZ, Renan; STRASSMAN, Paula; TERRAZAS, Edwin Luiz Penaloza. Evolução de crianças asmáticas com tratamento homeopático. Rev. homeopatia (São Paulo); 54, pp 42 – 44, 1989.

BENKEMOUN, Pierre. Homeotherapiques recents de l'asthme. Cahiers bioth, pp 44, 47, 49, 1995.

BENVENISTE, Jacques; BRUNET, Jean-Louis; RUFF, François; PADRAZZI, Pierre. Enviroment et systeme immunitaire: application au domaine de l'allergie. Cahiers bioth, pp 53 – 62, 1993.

BOUCINHAS, Jorge Cavalcanti. Pulmo anaphylacticus. Rev. homeopatia (São Paulo);(167), pp 23 – 27, 1985.

BOUCINHAS, Jorge Cavalcanti; BOUCINHAS, Iliane Dias de Medeiros. Prophylaxie des crises d'asthme bronchique chez l'enfant par l'usage de Poumon histamine 5CH. Homeopath. fr; 78, pp 35 – 39, 1990.

BOURMAUD, Jacques. Aspects de Cina dans l'asthme. Homeopath. europ; 2, pp 16 – 23, 1994.

CAMPOS, Magnus A. Experimentação com dose única. Rev. homeopatia (São Paulo); (148), pp 15 – 16, 1981.

CHAVES, Herculano. A asma infantil e a homeopatia. Rev. homeopatia (São Paulo); 2, pp 22 – 25, 1938.

CHROININ, M. N., GREENSTONE, I. R., DUCHARME, F. M. Addition of inhaled long-acting beta2-agonists to inhaled steroids as first therapy for persistent asthma in steroid-naive adults. The Cochrane database of systematic reviews 2004, Issue4.Art.No.:CD005307.Disponível

em:www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clysrev/articles/CD005307/frame.html.

CLERBAUX. Heurs et malheurs de la haute dilution. Rev. Belge homoeopath; 14, pp 175 – 193, 1981.

COQUILLART, Guy. Natrum sulphuricum. Rev. belge homoeopath, pp 19 – 28, 1995.

COQUILLART, Guy. Voici deux cas cliniques resoles selon la methode de Boenninghausen. Rev. belge Homoeopath, pp 196 – 201, 2004.

DAVIAUD, Jacques. Asthme. Homeopath. europ., pp 111 – 115, 1999.

DELATTRE, Michele. Un cas d'asthme. Rev. belge homoeopath; 23, pp37 – 47, 1990.

DESGOR, Joseph. Le drainage biotherapique. Cahiers bioth, pp 41 – 43, 1995.

DI VERNIERI, Alfredo. Conferência do Dr. Vernieri: asma. . Rev. homeopatia (São Paulo); 2, pp 22 – 25, 1938.

EIZAYAGA, Francisco Xavier; EIZAYAGA, Jose. Homoeopathic treatment of bronchial asthma: retrospective study of 62 cases. Br. Homoeopath, pp 28 – 33, 1996.

FISHER, Peter. Research abstract, a turning point for homeopathy. British Homeopathic Journal, New England, v.77, October, 1988, pp 228-230.

FREIRE, Carlos Alberto Niel. Asma brônquica – Parte 1; Rev. homeopatia (São Paulo); (141), pp 35 – 38, 1979.

FREIRE, Carlos Alberto Niel. Asma brônquica – Parte 2; Rev. homeopatia (São Paulo); (142), pp 28 – 32, 1979.

FREITAS, Francisco José de. A homeopatia no tratamento da asma. Revista do Instituto Hahnemanniano do Brasil, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, 1992, pp 22-29.

FREITAS, Luiz Antônio Silva de; GOLDENSTEIN, Eduardo; SANNA, Osmar Manir. Evaluation de l'efficacité du Blatta orientalis en prophylaxie et dans lê traitement de l'asme chez les enfants. Homeopath. fr; 78, pp 25 – 30, 1990. Disponível em www.bireme.br. Acesso em 24/11/08.

FRITSCHER, Cezar, SOLÉ, Dirceu, ROSÁRIO, Nelson et all. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002.

GIAMPIETRO, Ernesto. Terapêutica miasmática. Acta homoeopath, pp 43 – 68, 1988.

GNAIGER, Jutta. Allergic asthma. Br. homoeopath. j; 79, pp 135 – 137, 1990.

GODOY JUNIOR, Oscar Milton. Três casos de asma: precrição por repertorização. Rev. homeopatia (São Paulo); (138), pp 14 – 18, 1978.

GROOTHAERT, J. Asthme, eczema et Palladium. Rev. belge homoeopath, pp 45 – 59, 1996.

GROSSENS, Eric. Un cas clinique d'asthme. Rev. belge homoeopath, pp 17 – 23, 1998.

HAHNEMANN, Samuel. Organon da Arte de Curar - 6ª edição. 3ª ed. São Paulo: GEHSP "Benoit Mure", 2002, pp 3-4, 20.

HERRICK, Nancy. A proving of Lac leoninum, with cases. Prof. case conference, pp 47 – 84, 1996.

JAGERSCHMIDT, G. Dyspnée asthmatiforme aigue. Homeopath. fr; 80, p. 30, 1992.

JOBERT, J.; GOUT, J.-P. A propos de quelques observations d'asthme chez l'enfant. Homeopath. fr.; 80, pp 7 – 10, 1992.

KHARIWALA, Falgumi. Asthma, brooding and anxiety of concience. Simillimum, pp 75 – 77, 1996.

KENT, James Tyler. Lições de filosofia homeopática. 2ª ed., tradução de Célia Barolo, São Paulo: Editora Organon, 2002, pp 26, 30.

LATHOUD, J. A. Estudos de Matéria Médica Homeopática. 2ª ed., São Paulo: Editora Organon, 2004.

MARI DE LA FUENTE, Francisco J. Asma. Homeopatia Méx. Pp 194 – 207, 2000.

McFADDEN, E. R., Jr. Asma. In: BRAUNWALD, Eugene; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; LONGO, Dan L.; JAMESON, J. Larry. Harrison Medicina interna, 15 ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2002. vol. II, pp 1539-1546.

METZNER, Barbara S. Sintomas característicos da matéria médica homeopática. São Paulo: Editora Organon, 2006.

MIRANDA, Márcia Caran. Asma e homeopatia com apresentação de dois casos clínicos, 61f. Trabalho de conclusão do curso de especialização em homeopatia médica, Instituto Hahnemanniano do Brasil, Rio de Janeiro, 2000.

MOIZE, Micaela. Tratamiento de las crisis asmáticas. Homeopatia (Buenos Aires), pp 49 – 51, 1975.

MONTFORT, Hector. Mitotane: nuevo medicamento homeopático en asma bronquial. Homeopatia Méx: 63, pp 27 – 31, 1994.

MORRISON, Roger. Three Palladium cases: exploring the essential elements. Prof. case conference, pp 151 – 170, 1994.

MOSQUERA, Marco Fidel; BENITEZ, C; GERMAN, Dario; RODRIGUEZ, Jorge A. Asma bronquial: analisis estatistico de 208 historias. Homeopatia Méx; (540), pp 20 – 29, 1990.

NOGUEIRA, Alexandre; COSTA, Elmo Cesar; RIAL, Isabel do Amparo Martins; ANTOLINI, Jorge Luiz. Abordagem terapêutica da asma brônquica no Serviço de Homeopatia do Instituto de Assistência aos Serviços do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ), Hom. Brasileira, pp 75 – 81, 1998.

PLA I CASTELLSAGUE, Anna. Evolution of 26 cases of bronchial asthma with homoeopathic treatment. Br. Homoeopath. j.; 81, pp 168 – 172, 1992.

POITEVAN, Bernard. Asthme: quelle place pour l'homeopathie. Homeopath. europ., p. 116, 1999.

POPOWSKI, Pierre. L'enfant asthmatique. Cahiers bioth, pp 30 – 34, 1995.

REICHENBERG-ULLMAN, Judyth. Case analysis roundtable common threads of success. Simillimum, pp 22 – 42, 1996.

RIBEIRO F°, Ariovaldo. Novo repertório de sintomas homeopáticos. São Paulo: Robe Editorial, 1996.

RIVERON-GARROTE, Mayra; FERNANDEZ-ARGUELLES, Rogelio; MORON-RODRIGUES, Francisco; CAMPISTROU-LABAUT, Jorge L. Ensayo clinico controlado aleatorizado del tratamiento homeopatico del asma bronquial. Bol. Mexicano hom.; 31(2), pp 54 – 61,jul – dic, 1998.

SALZMAN, Carlos Marcos; MONSALVO, Horacio. Asma bronquial - Staphisagria. Acta homoeopath argent (15), pp 183 – 185, 1994.

SANANES, Roland. L'asthme allergique. Cahiers bioth, pp 19 – 22, 1995.

SCHEPENS, Christian. Kali carbonicum. Rev. belge homoeopath, pp 34 – 47, 2001.

SCIMECA, Daniel. Principaux remedes de l'asthme. Cahiers bioth, pp 35 – 40, 1995.

——————— Traitement de l'asthme. Cahiers bioth, pp 39 – 42, 1997.

TETAU, Max. Approuche homeopathique de l'asthme. Cahiers bioth, pp 11 – 14, 1995.

TWENTYMAN, L. R. On asthma. British. Homoeopathic Journal; 74(3), pp 149 – 155, 1985.

VANNIER, León. Précis de thérapeutique homéopathique. Paris. Doin Editeurs. 4ª ed., 6ª reimpr, 1985, pp 94 – 99.

VARGAS C, Carlos. Tratamiento homeopatico del asma. Homeopatia Mex; (521), pp 21 – 27, 1988.

VIJNOVSKY, Bernardo. El testimonio de la clinica en los enfermos cronicos tratados por el metodo de las dosis unicas. Homeopatia (Buenos Aires); 48, pp 36 - 48, 1982.

VOISIN, H. Terapêutica e repertório homeopáticos do clínico. Trad. Zilda B. Antony. São Paulo: 2ª ed. Ed. Andrei, 1982, pp 91 – 96.

WALLACE, K. R.. The homeopathic treatment of asthma and allergies. Br. Homoeopath. j; 75, pp 218 – 226, 1986.

WINTERBURN, George W. Asma cardíaca curada com Cannabis sativa. Homeopatia Méx; 15, pp 11 – 12.

Repertorização do Caso Clínico I

11. Mental/Choro/admoestação, por – 20 II;
12. Mental/Consciencioso – 30 II;
13. Mental/Medo, apreensão, pavor/aranhas, de – 86 I;
14. Face/Coloração:Pálida/febril, calor, durante – 360 II;
15. Boca/Odor(respiração)/ruim – 400 I;
16. Dentes/Cáries, deteriorização – 415 II;
17. Estômago/Sede/grandes quantidades, para – 480 II;
18. Laringe e Traquéia/Cócegas/Laringe, na – 672 I;
19. Respiração/Asmática/tempo/mudança de tempo – 685 I;
20. Expectoração/Amarela – 717 I.

	Pts.	Cobert.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ars	8	17		**3**		*2*	1	1	**3**	**3**	*2*	*2*
Calc	5	10	*2*	1				*2*		*2*		**3**
Hep	5	10		1		1		*2*		**3**		**3**
Lyc	6	14	*2*	*2*		*2*		*2*		**3**		**3**
Merc	5	10		1			*2*	**3**		*2*		*2*
Nat-m	6	10	1			1		1	**3**	**3**		1
Puls	6	12		*2*		1	1	*2*		**3**		**3**
Sil	5	11	1	**3**				*2*		*2*		**3**
Staph	5	12	1	**3**				**3**		**3**		*2*
Sulph	6	13		**3**			1	*2*	**3**	*2*		*2*

Repertorização do Caso Clínico II

7. Mental/Companhia/deseja companhia, aversão à solidão – 26 II;
8. Respiração/Asmática/periódica – 684 I;
9. Respiração/Difícil/abertas, quer portas e janelas – 686 II + Respiração/Difícil/cefaléia com – 687 II;
10. Respiração/Difícil/sentado/melh – 689 II;
11. Generalidades/Tempo/mudança de tempo agr. – 1193 I;
12. Generalidades/Tempo/Seco agr., tempo – 1194 I;

	Pts.	Cobert.	1	2	3	4	5	6
Ant-t	4	6	1	1		*2*	*2*	
Apis	4	8	*2*		**3**	*2*	1	
Ars	4	8	**3**	**3**			1	1
Carb-v	5	7	1	*2*	*2*		1	1
Hep	4	7	1			1	*2*	**3**
Ip	5	8		1	*2*	1	*2*	*2*
Kali-c	4	9	**3**			*2*	*2*	*2*
Nux-v	5	8	*2*	1		1	1	**3**
Phos	4	9	**3**	*2*			**3**	1
Sulph	5	8	1	1	**3**		*2*	1

Repertorização do Caso Clínico III

10. Mental/Choro, humor choroso – 20 I;
11. Bebidas e alimentícios/Doces/desejo – 498 II;
12. Genitais femininos/Menstruação/tarde, muito – 664 II;
13. Genitais femininos/Prurido/menstruação, antes de – 668 I;
14. Respiração/Asmática – 684 I;
15. Expectoração/fina – 719 II;
16. Generalidades/Noite/4h – 1103 II;
17. Generalidades/Ar/corrente de ar agr – 1108 I;
18. Generalidades/Curvar-se, virar/frente/melh – 1127 I.

	Pts.	Cobert.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ars	6	12	*2*	**3**	1		**3**	1		*2*	
Calc	6	12	**3**	*2*	1	1	*2*			**3**	
Caust	6	12	**3**		**3**	1	1		*2*	*2*	
Ferr	7	12	*2*	1	*2*		*2*	*2*	1	*2*	
Kali-c	9	19	*2*	*2*	**3**	*2*	**3**	1	1	**3**	*2*
Lyc	6	16	**3**	**3**	**3**		*2*		*2*	**3**	
Puls	6	15	**3**	1	**3**		**3**		*2*	**3**	
Sep	6	13	**3**	*2*	**3**		*2*		1	*2*	
Sil	7	13	1	1	**3**		**3**	1	1	**3**	
Sulph	8	20	**3**	**3**	**3**	*2*	**3**	1	*2*	**3**	

MODELO DE AUTORIZAÇÃO

(Originais em poder do autor)

Eu, _____, autorizo a publicação das minhas consultas neste trabalho, realizadas na USF Santos Dumont, conduzidas pelo Dr. Petermam Pereira da Silva, desde que meu nome seja substituído pelas iniciais.

_____