CENTRO ALPHA DE ENSINO ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA

TRATAMENTO DO SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL COM
O MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO ARSENICUM ALBUM. RELATO
DE CASO

SÃO PAULO

ROBERTO CARNEIRO HORTA JUNIOR

TRATAMENTO DO SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL COM O MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO ARSENICUM ALBUM. RELATO DE CASO

Monografia apresentada a ALPHA/APH como Exigência para obtenção do título de especialista em homeopatia.

Orientador: Mario Sérgio Giorgi

SÃO PAULO

2014

Horta Júnior, Roberto carneiro

Tratamento do sangramento uterino disfuncional com o medicamento homeopático Arsenicum album: Relato de caso / Roberto Carneiro Horta Junior, São Paulo, 2014.

42f.; 30 cm; il.

Monografia – ALPHA/APH, Curso de Pós Graduação em Homeopatia

Orientador: Dr. Mário Sérgio Giorgi

1. Homeopatia 2. Saúde Pública 3. SUS I. Título

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir o relato de um caso clínico de uma

paciente no climatério com quadro de hemorragia uterina disfuncional. A mesma foi

encaminhada para o serviço de cirurgia ginecológica para exérese do útero -

histerectomia. Foi proposto o tratamento homeopático como a última tentativa para

se evitar o procedimento cirúrgico. A proposta foi aceita e desde o início do

tratamento a paciente teve a hemorragia uterina controlada e tem se mantido

assintomática desde fevereiro de 2011 até os dias atuais. Concluiu-se que a

homeopatia constitui uma importante opção terapêutica no tratamento da

hemorragia uterina disfuncional, sendo o sucesso terapêutico vinculado à percepção

dos princípios básicos da homeopatia com a adequada tomada do caso,

hierarquização dos sintomas, e definição do remédio adequado.

Palavras-chave: Homeopatia – Hemorragia uterina disfuncional – Arsenicum album.

ABSTRACT

The aim of the present study is to present and discuss a case of a climacteric patient

with dysfunctional uterine bleeding treated with a homeopathic remedy. She was

referred to the gynecological surgery service to have the uterus removed -

hysterectomy. The homeopathic treatment was offered as the last attempt to avoid

surgery. The propose was accepted and since the beginning of the treatment the

bleeding was controlled and the patient has been asymptomatic since February 2011

until nowadays. The conclusion is that Homeopathy is an important therapeutic

option to treat dysfunctional uterine bleeding, being the success of the treatment

linked to the perception of the basic principles of Homeopathy with the adequate

anamnesis, symptoms hierarchization and the choice of the correct remedy.

Key words: Homeopathy - Dysfunctional uterine bleeding - Arsenicum album

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- < menor;</p>
- > maior;
- BhCG- sub-unidade beta do hormônio gonadotrófico coriônico;
- CH- centesimal Hahnemanniana
- COX2 ciclo-oxigenase2;
- DIU- dispositivo intra-uterino;
- EV- endovenoso;
- FSH- hormônio folículo estimulante;
- GnRH- hormônio liberador de gonadotrofina;
- LH- hormônio luteinizante;
- LNG- levonorgestrel;
- Mg- miligramas;
- P- progesterona;
- P4- peptídeo P4;
- PRL- hormônio prolactina;
- Seta para baixo diminuição;
- SUA- sangramento uterino anormal;
- SUD- sangramento uterino disfuncional;
- SUO- sangramento uterino orgânico;

TABELA

Tabela 1- Classificação dos distúrbios menstruais, com sangramento excessivo,
segundo alterações nos parâmetros volume, intervalo e duração do sangramento* 20
Tabela 2- Mecanismos responsáveis pelo início e término do fluxo menstrual21
Tabela 3 - Classificação do sangramento uterino disfuncional, segundo a função
ovariana, tipo de ciclo e características do sangramento23
Tabela 4- Objetivos para o diagnóstico de sangramento uterino disfuncional24

SUMÁRIO

1.	. IN	TRODUÇÃO	10
2.	RE	EVISÃO DA LITERATURA	11
	2.1.	Conceitos	11
	2.2.	Prevalência	11
	2.3.	Fisiopatologia	12
	2.4.	Classificação	13
	2.5.	Causas	13
	2.6.	Expressão clínica do SUD	14
	2.7.	Diagnóstico	15
	2.8.	Tratamento	18
	2.8	8.1 Na urgência	18
	2.8	8.2 Não urgência	18
3.	Н	OMEOPATIA	25
	3.1.	Princípios fundamentais da homeopatia	25
	3.	1.1 Lei da semelhança	25
	3.	1.2 Experimentação no homem são	26
	Q .	1.3. Dose mínima	26

3.	1.4 Remédio único	27
3.2.	Matéria médica	27
4. FA	ARMACOTÉCNICA HOMEOPÁTICA	28
4.1.	Escala Centesimal Hahnemanniana	28
4.2.	Escala decimal de Hering	28
4.3.	Escala de Korsakov	29
4.4.	Escala Cinquenta Milesimal	29
5. O	MEDICAMENTO HOMEOPATICO ARSENICUM ALBUM	30
5.1.	Características	30
5.2.	Modalidades	31
5.3.	Sintomas mentais	32
5.4.	Órgãos genitais femininos	33
6. RE	ELATO DE CASO CLÍNICO	34
7. DI	SCUSSÃO	40
8. CC	DNCLUSÃO	41
REFEF	RENCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

A hemorragia uterina se manifesta de diversas formas e está presente em todos os períodos da vida das mulheres após a menacme.

Epidemiologicamente, o sangramento uterino resultante de ciclo menstrual normal tem como parâmetros ocorrer a intervalos regulares de 26 -34 dias e persistir por 2 a 7 dias, em volume de 20-80ml, ^{1,2,3}. Alterações menstruais podem ocorrer nos parâmetros intervalo, duração, volume e aspecto físico ou forma do sangramento. Não há concordância em relação à terminologia utilizada para definir as diferentes alterações em nenhum destes parâmetros, principalmente em relação à forma de apresentação do sangramento ^{4,5,6}. Neste texto, utiliza-se classificação de Seitz-Medina (tabela 1); procurando harmonizá-la com as tentativas de consenso atual em língua inglesa. De modo geral, classifica-se o sangramento uterino anormal com base na etiologia (orgânico ou disfuncional), período de vida da mulher (adolescência, menacme, pré-menopausa) e função ovariana (ovulatório, não ovulatório). Esta classificação, ainda que não universal, foi preferida porque permite inferir os mecanismos fisiopatológicos e racionalizar tanto a investigação quanto a conduta ⁷.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Conceitos

Sangramento uterino excessivo pode ocorrer em várias condições clínicas hormonais, orgânicas ou bioquímicas locais, daí a terminologia sangramento uterino anormal (SUA) ser generalizada a todo tipo de sangramento ^{7,8}. O termo sangramento uterino orgânico (SUO) é restrito aos sangramentos de causas orgânicas genitais e extragenitais e sangramento uterino disfuncional (SUD) é síndrome caracterizada por alterações dos mecanismos neuroendócrinos que controlam o ciclo menstrual. Este conceito de SUD só é atendido após excluir complicações da gravidez, causas iatrogênicas e doenças orgânicas sistêmicas ou genitais. Os conhecimentos atuais acerca dos mecanismos locais/endometriais envolvidos no sangramento menstrual normal e a possibilidade de que possam estar alterados e serem causa de sangramento uterino anormal ^{9,10}, ainda que não tenham causa endócrina, são frequentemente incluídas nas publicações sobre SUD. Assim, as alterações em nível endometrial das prostaglandinas, fibrinolíticos ou enzimas líticas endometriais estão incluídas no texto.

2.2. Prevalência

Apenas 40%-45% das pacientes que procuram tratamento por excesso de sangramento perdem mais do que 80ml e quase metade daquelas que afirmam ter sangramento aumentado perde menos que 40ml. Devido à percepção pouco precisa das pacientes esta observação indica a necessidade de métodos mais precisos para medir o volume do sangramento menstrual^{11, 12}. Cerca de 15%-30% das mulheres

em idade reprodutiva apresentam sangramento anormal, tendo maior prevalência em seus extremos. Em geral o sangramento é disfuncional entre 10%-80% dos casos¹³.

2.3. Fisiopatologia

Em resposta ao eixo hipotálamo-hipófise-ovariano-uterino a menstruação normal ocorre a intervalos regulares de 26 a 34 dias, inicia-se abruptamente e prolonga-se entre 2 a 7 dias, com perda de sangue de aproximadamente 40ml. No SUD não há alteração nítida do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, sendo normais os níveis basais de gonadotrofinas e estrogênios^{14, 15}. Podem ocorrer alterações nos mecanismos de retroalimentação com nível insuficiente de estradiol para promover efeito hipotalâmico positivo¹⁶, mas informações acerca da pulsatilidade do GnRH no SUD não são disponíveis. Na sua gênese, tem-se ainda incluído alterações dos fatores luteolíticos locais 17,18, desequilíbrios nas concentrações locais entre prostaglandinas vasoconstritoras e vasodilatadoras¹⁹, exacerbação do sistema fibronolítico²⁰ e maior densidade de receptores para estradiol e progesterona no endométrio¹⁵. Quando um ou mais dos processos fisiológicos responsáveis que controlam, regulam e limitam a menstruação (Tabela 2) for alterado à extensão em que a função normal possa ser prejudicada, ocorrerá o sangramento uterino excessivo disfuncional⁸. Considera-se excessivo qualquer alteração em qualquer um dos parâmetros intervalo, duração ou volume. As alterações do parâmetro intervalo marcam a disfunção do eixo neuroendócrino, sendo esta manifestada por: (1) perturbação do desenvolvimento folicular ou disfunção lútea nos ciclos ovulatórios, quando comprometimento do eixo for menos severo ou (2) níveis insuficientes de estradiol e LH para promover ovulação, nos quadros de disfunções com maior severidade.

2.4. Classificação

Com objetivo de facilitar a identificação das possíveis causas e racionalizar a conduta, pode-se classificar a SUD segundo período de vida/evolução genital (puberdade, anos reprodutivos, pré-menopausa) e etiologia (hipotalâmica, hipofisária, ovariana). Classificação dos sangramentos segundo a função ovariana (ovulatória, anovulatória) e formas de sangramento²¹ é mostrada na tabela 3. Recomenda-se que o aspecto do sangramento seja considerado no sistema de classificação ^{4, 5}.

2.5. Causas

Como visto anteriormente, o sangramento uterino é disfuncional quando, por alteração do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, há (1) desenvolvimento folicular anormal, (2) ausência do mecanismo de retroalimentação hipotálamo-estradiol positivo,(3) alteração funcional do corpo lúteo. Estas alterações podem ser consequência de:

Disfunções do córtex cerebral, sistema límbico e hipotálamo;

Imaturidade persistente do sistema GnRH;

Estresse psíquico, físico e nutricional;

Tumores, infecções, irradiação, cirurgia.

Disfunções hipofisárias;

Diminuição na secreção de FSH e LH.

Secreção de moléculas heterogêneas de FSH, LH;

Tumor secretor de FSH;

Irradiação, infarto hipofisário.

Disfunções ovarianas

Alteração na atividade das enzimas 17α-hidroxilase e 17-20 liase.

Disfunções endometriais/locais

Deseguilíbrio das prostaglandinas;

Exacerbação da fibronólise;

Alteração das enzimas proteolíticas 4, 5.

2.6. Expressão clínica do SUD

Em ciclos ovulatórios com desenvolvimento folicular insuficiente, o retardo no processo de reepitelização dá origem ao prolongamento do sangramento menstrual, tanto com aumento (hipermenorragia) como sem aumento (hipermenorréia) aumento do volume²². Havendo foliculogênese acelerada o intervalo do ciclo pode ser mais curto em até uma (ciclos entre 20-26 dias, proiomenorréia) ou duas semanas (ciclos a cada 15 dias, polimenorréia) (D). Na insuficiência folicular a foliculogênese retardada resulta em ciclos mais longos (35-45

dias, opsomenorréia) clinicamente traduzidos por manchas no pré-menstruo, prolongando o sangramento (opsohipermenorréia). Na ocorrência de fase lútea insuficiente, podem-se observar ciclos tanto com intervalos normais, manifestandose por manchas antes do fluxo e prolongamento de sua duração (hipermenorréia), como ciclos com intervalos curtos (proiomenorréia) (B). No comprometimento mais severo do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano ocorre foliculogênese incompleta, duração variável do intervalo entre sangramentos e produção insuficiente de estrogênios para promover retroalimentação hipotalâmica positiva e ovulação (A). Não havendo ovulação o sangramento ocorre por ruptura da superfície endometrial a intervalos irregulares (C). As manifestações clínicas marcantes são a polimenorréia ou os ciclos longos, com duração variável e fluxo prolongado. Lembrar que na polimenorréia por anovulação não há modificações nas características físicas do fluxo e que este fato permite diferenciá-la dos ciclos ovulatórios com manchas no meio do ciclo. Ciclos longos (oligomenorréia na literatura inglesa e opsomenorréia ou espaniomenorréia na alemã) podem não caracterizaralterações com excesso de sangramento²³.

2.7. Diagnóstico

Avaliação minuciosa é essencial para excluir possíveis causas orgânicas, comprovar alteração nos mecanismos de controle da menstruação e firmar o diagnóstico de sangramento disfuncional (Tabela 4). Destacam-se pontos relevantes na investigação.

Na anamnese:

Idade, estilo de vida, estresse excessivo (físico, psíquico, nutricional), perda do

peso excessivo, vômitos.

Sinais de alteração hipotalâmica: sono, sede, apetite, olfato, regulação térmica,

cefaléia, convulsões, mudanças comportamentais.

Sinais de alteração hipofisária: galactorréia, restrição do campo visual.

Sintomas de hipoestrogenismo ou mudanças bruscas nos níveis de estrogênios:

fogachos, sudorese noturna.

Características físicas do sangramento, existência de manchas no pré/pós

mênstruo e intervalos irregulares entre os sangramentos.

Outros: crescimento de pêlos em excesso, adinamia, edema, pele seca,

intolerância ao frio, obstipação.

No exame físico:

• Conformação corporal: altura, peso, envergadura, razão cintura-quadril, índice de

massa corporal.

• Pulso: rápido (hipertiroidismo) ou lento (hipotireoidismo, estresse físico ou

nutricional).

• Pele: coloração amarelada (no hipotiroidismo e anorexia nervosa), sinais de

hiperandrogenismo (acne, hirsutismo), sinais de resistência à insulina (acanthosis

nigricans, acrocórdones).

Mamas: galactorréia.

• Genitais: trofismo, pilificação, tamanho clitóris.

Na investigação complementar:

- Excluir uso de medicamentos anticoagulantes e hormônios que possam causar sangramento iatrogênico.
- Excluir complicações de gravidez com dosagens de βhCG e ultrassonografia.
- Considerar testes para identificar disfunções da tireóide, insuficiência renal, insuficiência hepática, hiperprolactinemia, diabetes mellitus, doença de VonWillebrand (fator VIII, antígeno Von Willebrand, teste de agregação plaquetária).
- Comprovar a normalidade dos órgãos pélvicos: ultrassonografia, histeroscopia, biópsia do endométrio, laparoscopia.
- Investigar a função hipofisário-hipotalâmica: FSH, LH, se necessário teste com GnRH, ressonância magnética.
- Investigar a função hipofisária: FSH, LH, PRL, teste com GnRH.
- Examinar a duração e função da fase folicular: incremento do estradiol, acompanhamento do crescimento e ruptura folicular e modificações endometriais com ultrassonografia seriada. Notar que a dinâmica do incremento dos níveis de estradiol em dosagens seriadas não está, ainda, padronizada.
- Examinar a duração da função lútea: identificação ecográfica do dia da ovulação,vascularização do corpo lúteo, curva da progesterona, biopsia com datamento do endométrio e, clinicamente, pelas características do inicio do fluxo menstrual (presença ou ausência de manchas antes do aumento do fluxo)⁷.

2.8. Tratamento

Diferenciar o tratamento segundo a(s):

- Etiologia
- Forma de apresentação clínica
- Histologia endometrial
- Metas da paciente

Considerando estes aspectos, o tratamento poderá caracterizar ou não uma urgência médica, ser clínico ou cirúrgico conservador ou radical.

2.8.1 Na urgência

- Corrigir hipovolemia e manter hemodinâmica normal.
- Parar o sangramento
- 1. Estrogênios: estrogênios conjugados 25mg EV a cada 4-6 horas (A)²⁴. Não é recomendada a associação estrogênio-progestogênio no primeiro momento.
- 2. Curetagem: pode ser considerada em mulheres acima de 40 anos, uso prévio prolongado ou irregular de estrogênios, ou falha do estrogênio na tentativa de parar o sangramento.

2.8.2 Não urgência

- Seguir protocolo diagnóstico para identificar a causa (Tabela 4).
- Individualizar, segundo a causa e as metas das pacientes.

• Considerar a histologia do endométrio, se disponível.

Definir se clínico ou cirúrgico

1. Clínico:

• Ciclos ovulatórios anormais, ou anovulatórios, sem desejo de gravidez.

• Estabelecer ciclos artificiais, estendidos ou não, com anticoncepcional hormonal

combinado (oral, vaginal, transdérmico) (A) ²⁵.

Ciclos ovulatórios anormais ou anovulatórios com desejo de gravidez

Assegurar foliculogênese, ovulação e fase lútea normais com indutores da

ovulação (citrato de clomifeno, inibidores da aromatase) e/ou gonadotrofinas

(FSH, LH) (A).

Ciclos ovulatórios com alteração das prostaglandinas.

Inibidores de síntese de prostaglandinas (1 fluxo 20%-40%) (A)13,26

Ácido mefenâmico: 500 mg-3 vezes ao dia;

Piroxican: 20mg-2 vezes ao dia;

Ibuprofeno: 600mg-2 vezes ao dia.

Inibidores de síntese de prostaglandinas e 1 fragilidade plaquetária

Etansilato: 500 mg-4 dias, 5 a 15 dias (A).

Ciclos ovulatórios com exacerbação do sistema fibrinolítico

Antifibrinolíticos (1 fluxo 40%-60%) (A)27.

Acido aminocapróico: 250mg-2 comprimidos 4 vezes ao dia (B).

Ácido tranexâmico: 250mg-2 comprimidos 4 vezes ao dia (A).

Ciclos ovulatórios anormais, ou ovulatórios, sem desejo de gravidez.124

DIU com progestogênio: (↓ fluxo 65%-97%)28,29.

Levonorgestrel (LNG): (↓65% A).

Progesterona (P): (↓80% -97% A).

2. Cirúrgico:

Independente do método (histerectomia, ablação, endométrio), consideráloapenas na mulher com prole completa e falha do tratamento clínico. Lembrar que as falhas no tratamento clínico são comuns na falha do diagnóstico das causas orgânicas.

Tabela 1- Classificação dos distúrbios menstruais, com sangramento excessivo, segundo alterações nos parâmetros volume, intervalo e duração do sangramento*

* Não há consenso na literatura inglesa e germânica.

Parâmetro	Tipo de sangramento	Características clínicas
Volume (20-80ml)		
Aumentado (> 80)	Menorragia	Volume aumentado, coágulos, duração normal
Duração (2-7 dias)		
Encurtamento (< 2 dias)	Hipomenorréia	Volume normal, poucos dias
Prolongamento (> 7	menorréia	Volume normal, prolongado

dias)		
Intervalo (26-34 dias)		
Ciclos de 15 dias	Polimenorréia	Volume normal, duração normal
Ciclos de 20 a 23 dias	Proiomenorréia	Volume normal, duração normal.
Combinações	Hipermenorragia	Volume e duração aumentados.
	Polimenorragia	Volume aumentado, intervalo
	Proiomenorragia	curto.
	Polihipermenorragia	Volume aumentado, intervalo
		curto.
		Volume aumentado, prolongado,
		intervalo curto.

Tabela 2- Mecanismos responsáveis pelo início e término do fluxo menstrual.

Início:

- Diminuição de estradiol e progesterona.
- Ruptura dos lisossomas da célula endometrial pela queda da P4 no citoplasma e espaço intercelular.
- Digestão enzimática desmossomas e membranas celulares.
- Liberação de fosfolipase A e ciclo-oxigenase2(COX2).

- Utilização dos ácidos araquidônico e eicosanotrienóico das membranas celulares.
- Síntese de prostaglandinas, vasodilatação e vasoconstrição rítmicas.
- Contração intermitente das arteríolas espiraladas (em 24h).
- Isquemia, ruptura vascular, diapedese, extravasamento de sangue.
- Ruptura da superfície epitelial do endométrio e descolamento da basal.

Término:

- Vasoconstrição das arteríolas espiraladas da basal e radiais do miométrio;
- Foliculogênese normal com produção de estrogênios;
- Reepitelização do endométrio;
- Integridade miometrial;
- Área endometrial normal;
- Espessura endometrial normal;
- Grau de vascularização e edema mio-endometrial normais;
- Equilíbrio entre prostaglandinas vasoconstritoras e vasodilatadoras;
- Eficácia do sistema de coagulação.

Tabela 3 - Classificação do sangramento uterino disfuncional, segundo a função ovariana, tipo de ciclo e características do sangramento

Adaptação de Field et al, 1988.

Função ovariana	Alteração do ciclo	Características do
		sangramento
Ovulatória		
Fase folicular curta	Poli/proiomenorréia	Variável, volumoso, coágulo
Insuficiência folicular	Opsohipermenorréia	Manchas pós-menstrual,
		prolongado
Insuficiência lútea	Hipermenorréia	Manchas pré-menstrual
Atividade lútea	Opsohipermenorréia	Manchas pós-menstrual
prolongada	Polimenorréia	Manchas do meio do ciclo
Sangramento do meio		
Anovulatória		
	Polimenorréia	Variável
	Polimenorragia	Variável, volumoso, coágulo
	Polihipermenorréia	Prolongado
	Polihipermenorragia	Prolongado, volumoso,

	coágulo

Tabela 4- Objetivos para o diagnóstico de sangramento uterino disfuncional

- Proceder anamnese e exame físico detalhadamente;
- Rastrear possível uso de medicamentos;
- Excluir possíveis complicações de gravidez;
- Identificar eventual doença sistêmica;
- Comprovar a normalidade estrutural dos órgãos pélvicos;
- Verificar a função do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano-endometrial.

3. HOMEOPATIA

A palavra homeopatia, oriunda do grego *homoios* = semelhante e *pathos* = doença ou sofrimento, designa a ciência terapêutica baseada na lei natural de cura *Similia similibus curentur* ou "sejam os semelhantes curados pelos semelhantes". (Kossak, 2003).

3.1. Princípios fundamentais da homeopatia

A homeopatia é fundamentada em quatro pilares, quais sejam:

- 1. Lei da Semelhança ou Similia similibus curentur (Sejam os semelhantes curados pelos semelhantes);
- 2. Experimentação no homem são;
- 3. Dose mínima;
- 4. Remédio único.

3.1.1 Lei da semelhança

A homeopatia foi fundada por Samuel Hahnemann. Ele postulou um princípio de cura: "O que pode produzir um conjunto de sintomas em um indivíduo saudável, pode tratar uma pessoa doente que está manifestando um conjunto de sintomas semelhantes - a lei dos semelhantes". Esse princípio, *semelhante cura semelhante*, deu o nome de 'Homeopatia' 30

O método de tratamento homeopático baseia-se na aplicação do princípio da similitude (similia similibus curentur), utilizando medicamentos que causam efeitos

semelhantes aos sintomas da doença, com o objetivo de estimular uma reação do organismo contra seus próprios distúrbios ³².

3.1.2 Experimentação no homem são

A experimentação de uma droga no homem sadio e sensível é um requisito indispensável para o conhecimento e catalogação dos mínimos desvios relacionados às sensações, funções e sintomas psíquicos ^{32.} O homem doente tem sensibilidade exacerbada, especialmente dos órgãos afetados, estando a sua resposta condicionada a uma segunda doença artificial profundamente alterada ³². As experiências animais propiciam contribuições indiretas, incapazes de fundamentar as patogenesias, decorrentes da diferença de resposta entre as espécies, entre os componentes da mesma espécie e, principalmente, pela impossibilidade da comunicação através da palavra acerca dos sintomas subjetivos ³².

3.1.3. Dose mínima

Dentro do raciocínio da semelhança adotou-se a aplicação clínica das drogas em doses reduzidas, subtóxicas, embora em nível ponderável, sobrevindo curas sempre que a correlação de semelhança fosse obedecida. Doses mínimas em nível imponderável não foram inicialmente cogitadas. A vivência diária mostrou, entretanto, frequentemente agravamento inicial, atribuído á soma da doença já existente, com aquela artificial provocada pelo *simillimum* em doses ponderáveis. No intuito de contornar este inconveniente, HAHNEMANN procedeu à redução das doses numa técnica de diluição em água e álcool, em escala centesimal progressiva, tendo o cuidado de homogeneizar cada diluição através do procedimento das sucussões, receava que tal conduta prejudicasse o efeito terapêutico e surpreendeu-

se ao constatar que as diluições sucussionadas, além de conservarem, adquiriam maior potencial curativo. Este fato motivou a descoberta do poder farmacodinâmico em substâncias até então consideradas inertes e possibilitou a elaboração de patogenesias a partir de substâncias tóxicas ³².

3.1.4 Remédio único

Se a doença se manifesta por sintomas, se os sintomas revelam suas propriedades em experimentações no homem sadio, se a relação entre as manifestações do doente e aquelas de uma droga representam lei da semelhança, um único raciocínio lógico ditará a conduta médica: prescrever com base nesta correlação de semelhança. O medicamento identificado, ou *simillimum*, será administrado unicamente, sem interferência de outro. Remédio único constitui requisito ou corolário derivado da lei da semelhança, o mais importante sob o ponto de vista médico-científico e o mais difícil na prática ³².

3.2. Matéria médica

Ao conjunto de manifestações apresentadas pelo individuo sadio e sensível, durante a experimentação de uma droga, foi dado o nome de patogenesia. A reunião dos quadros experimentais devidamente catalogados, ou patogenesias, passou a constituir a matéria Médica Homeopática ³².

4. FARMACOTÉCNICA HOMEOPÁTICA

O medicamento homeopático é obtido através dos processos de dinamização e sucussão.

A diluição representa a distribuição do soluto no solvente. Este processo não é suficiente para conferir à mistura o poder dos remédios homeopáticos. Este será obtido através da sucussão desta diluição. Este processo possibilita a liberação de energia dinâmica consequente à fricção intermolecular. Homeopaticamente, quando se fala em diluição, é subentendido obrigatoriamente o procedimento de sucussão, sendo o termo diluição empregado de forma genérica com o mesmo significado de dinamização e potência ³².

Existem várias escalas, isto é, formas diferentes de diluir e sucussionar o medicamento homeopático.

4.1. Escala Centesimal Hahnemanniana

Recebem a sigla "CH". As diluições são obtidas através da mistura de uma parte de tintura mãe com noventa e nove partes de solução hidro-alcoólica seguida de 100 sucussões. Assim obtém-se a potência 1CH. Retirando-se uma parte desta potência 1 CH e misturando-se com noventa e nove partes de solução hidro-alcoólica, obtém-se a potência 2 CH e assim sucessivamente.

4.2. Escala decimal de Hering

Idealizada por Hering, adota o soluto solvente na proporção de 1:9. Nesta escala, o nome do medicamento é seguido pelo símbolo da potência, como por

exemplo um remédio na sexta diluição decimal teria seu nome seguido por D6 ou 6X.

4.3. Escala de Korsakov

Trata-se de um homeopata russo que desejou simplificar a preparação dos medicamentos homeopáticos utilizando um único frasco para as dinamizações sucessivas. Ele calculou que fazendo a dinamização num determinado frasco, quando este era esvaziado, a quantidade de solução que se mantinha aderente às paredes era proporcional a um centésimo do volume anterior, bastando portanto, acrescentar 99 partes de solvente e proceder à nova série de sucussões para se ter a dinamização seguinte.

4.4. Escala Cinquenta Milesimal

É uma escala que foi desenvolvida por Hahnemann com o objetivo de evitar a intensificação dos sintomas da doença. Conforme afirma Anna Kossak, o método não é mais adequado aos propósitos científicos, não evita agravações homeopáticas e pode ser facilmente substituído pela escala centesimal Hahnemanniana, sem prejudicar o doente.

5. O MEDICAMENTO HOMEOPATICO ARSENICUM ALBUM

Arsenicum album é raramente encontrado em estado natural e geralmente é obtido por combustão do Arsenio sulfuro de ferro e outros minerais arseníferos de cobalto ou de níquel.

É um agente terapêutico de grande potência e atua em todas as partes do organismo, preferencialmente no sistema nervoso simpático.

Nas experimentações feitas por Hahnemann destacaram-se alguns efeitos como imensa fraqueza e prostração, irritabilidade, grande ansiedade e agitação física e psíquica e na circulação, e no sangue se observou que o *Arsenicum album* determinou diminuição do poder dos glóbulos vermelhos em fixar o oxigênio ao nível pulmonar. Na intoxicação com *Arsenicum album*, o sangue tona-se negro, incoagulável e há extravasamento petequial ³³.

5.1. Características

Arsenicum album é sobretudo o medicamento dos indivíduos enfraquecidos, cuja resistência vital está praticamente anulada. O temperamento do remédio é caracterizado pela alternância entre a excitação e a depressão, que é frequentemente periódica, fica muito enfraquecido, agitado, angustiado e banhado numa sudorese fria e com medo da morte. Essa periodicidade está presente em todo o medicamento. As dores são realmente periódicas; há alternância de excitação, bem estar e depressão no mesmo dia ou por períodos mais longos. Quanto maior é a cronicidade da doença maior é o ciclo ³³.

É um dos remédios mais agitados da matéria médica. Essa agitação é tanto física quanto psíquica. Há uma grande inquietude moral, ansiedade indeterminada.

Ao lado da agitação temos imensa fraqueza e prostração que são profundas e rápidas, aparecendo bruscamente quando o doente parece estar em perfeita saúde. O desassossego e ansiedade são tão marcantes que obrigam o doente a mudar de lugar e posição constantemente. Essa inquietude também é marcada durante a febre (que se alterna com sonolência e estupor), durante a menstruação ³⁴.

Característica marcante de *Arsenicum album* é a sensação de queimação. As dores são queimantes e podem acometer todas as partes do corpo. A sensação de queimação no cérebro pode levar o doente a lavar a cabeça com água fria ³³.

5.2. Modalidades

A modalidade de um sintoma é a condição de agravação ou de melhora do mesmo, sendo tanto mais importante quanto mais nítida e intensamente influenciar determinada manifestação ³².

Agravação:

- À noite, após a meia noite, entre 1 e 3 horas.
- Pelo frio. As cefaléias queimantes melhoram pela aplicação de água fria, mas todas as dores no corpo melhoram pelo calor.
- Do lado direito (cabeça, pulmão e abdome).
- Deitado sobre o lado afetado e com a cabeça baixa.

Melhoria:

• Mantendo a cabeça alta.

• Pelo calor, pelas bebidas quentes. Foge do frio e da umidade.

5.3. Sintomas mentais

O indivíduo de *Arsenicum album* é marcado pela ansiedade, agitação, desespero e esgotamento. Os pensamentos são numerosos, mas está muito enfraquecido para detê-los. Tem idéias e pensamentos deprimentes que o tornam ansioso. A mente do indivíduo é dominada pela agitação, ansiedade e prostração ³⁴.

A ansiedade do remédio é acompanhada de melancolia, tristeza, medo de fantasmas, do escuro, da solidão e da morte, e é aliviada pelo movimento. Pensa que é inútil tomar remédios, pois suas doenças são incuráveis ³⁴.

Apresenta um notável desejo de companhia, já que nunca quer estar só, pois teme que algo aconteça nos momentos de solidão, principalmente no escuro e à noite.

O medo de *Arsenicum album* é acompanhado de suores frios tremores e delírios. Seu sono é agitado, sobretudo entre 1 e 3 horas da manhã, quando levantase bruscamente com uma ansiedade marcada como se fosse morrer. O sonho frequentemente é acompanhado de delírios, sonhos e pesadelos com agitação extrema.

Não tolera coisas fora do lugar habitual. É excessivamente asseado, organizado, escrupuloso, rigoroso e minucioso, até com problemas ou aspectos insignificantes da vida diária, o que o torna um indivíduo chato que frequentemente desaprova os outros ³³.

5.4. Órgãos genitais femininos

Dores queimantes nos ovários, principalmente no direito.

Menstruações abundantes e precoces, de sangue negro.

Leucorréia escoriante com prurido queimante na vulva.

Durante a menstruação a mulher sofre de pontadas no reto, períneo e vulva.

A vulva pode ser sede de inflamação, irritação, inchaço doloroso e queimante.

Tendência ao sangramento. Hemorragias fáceis e por todos os lugares. O sangue é negro, fétido, com queimação, escoriação ao nível da hemorragia, acompanhado de ansiedade, prostração e agitação.

Diante desse sangramento abundante a anemia é um quadro marcado pelo remédio ³⁴.

34

6. RELATO DE CASO CLÍNICO

Relato de um caso atendido no ambulatório de ginecologia do Sistema Único

de Saúde do Município de Indaiatuba, SP. Trata-se de uma consulta marcada em

caráter de urgência em função de sangramento transvaginal de grande monta com

sinais clínicos de anemia. A paciente havia sido atendida em diversos serviços e fora

encaminhada à unidade de referência para tratamento cirúrgico já que diversas

tentativas com a medicina tradicional não lograram êxito.

Paciente submetida à anamnese direta e exame físico geral para avaliação

da sintomatologia apresentada. Foram apresentados exames de ultrassonografia

nos quais não havia nenhuma patologia anatômica nos órgãos genitais. Diante do

quadro clínico, foi proposto o tratamento homeopático como sendo a última tentativa

antes de se indicar o tratamento cirúrgico- histerectomia.

Anamnese:

Identificação Nome: MJT.

Idade: 47 anos.

Gênero: feminino.

Grupo étnico: leucoderma.

Estado civil:casada.

Profissão: policial militar.

Queixa principal:

"Hemorragia vaginal com anemia há 3 anos".

História da Doença Atual:

Há três anos apresentando sangramento vaginal importante com duração de até 40 dias, utilizando uma média de 8 unidades de absorventes ao dia, com redução do sangramento periodicamente e intensificações frequentes. Foi tratada em diversos serviços com inúmeros tratamentos hormonais, passou por três curetagens uterinas em caráter de urgência, sendo que em todas as internações precisou de hemotransfusão e como não teve sucesso com nenhum tratamento, foi encaminhada ao serviço de referência para o tratamento cirúrgico.

Investigação sobre os diversos aparelhos:

Cabeça: nada digno de nota.

Aparelho genital: Gesta II Para II (dois partos vaginais sem intercorrências).

Menarca aos 12 anos, Ciclos regulares até os 40 anos de idade. Após os 40 anos passou a apresentar episódios de amenorréia seguidos de metrorragia.

Frequentemente apresentava leucorréia amarelada com sensação de queimação na vagina e ovários e menstruações com cheiro de "podre".

Sistema nervoso: ansiedade marcada principalmente diante de quadros de adoecimento com importante nervosismo e prostração. Melancolia, tristeza. Refere medo de morrer e de que tenha alguma doença grave, medo de desgraça, de que algo de ruim aconteça consigo e com os familiares. Esses medos são mais aparentes pela manhã, ao acordar. Refere que diante de algum evento ou acontecimento fica muito ansiosa, observando aumento do sangramento uterino e inquietação. "Minha cabeça não para e fico inquieta fisicamente, mudando de lugar, virando de um lado pro outro na cama".

Aparelho respiratório – nada digno de nota.

Aparelho digestivo e abdome - nada digno de nota.

36

Medos: Medo de morrer. Medo de ter uma doença incurável. Medo de

depender da ajuda dos outros. Medo de escuro.

Sonhos: nada digno de nota.

Antecedentes pessoais: Varicela e parotidite quando pequena.

Antecedentes familiares: Nada digno de nota. Nega histórico de câncer de

mama na família (mãe, tia ou irmã).

Generalidades: Sente muito frio, o que é motivo de sofrimento. Tem o

costume de se agasalhar e observa que as outras pessoas a sua volta não o fazem

na mesma intensidade.

Exame Físico:

- Hipocorada (++/4+), hidratada, eupneica.

- Língua sem alterações.

- Pescoço sem alterações.

- Aparelho respiratório- murmurio broncovesicular universalmente audível

sem ruídos adventícios.

- Aparelho cardiovascular - ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, sem sopros

ou extrassístoles.

- Abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda.

- Exame especular:

37

Colo epitelizado com eliminação de pequena quantidade de sangue negro.

Paredes vaginais de aspecto preservado. Ausência de leucorréia.

Toque:

Útero em anteflexão, tamanho normal, indolor à mobilização.

- Membros inferiores sem alterações.

Exames complementares:

Ultrassonografia realizada no momento da consulta:

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA - HOSPITAL DIA

Data: 21.02.2011.

Paciente: MARIA JOSÉ TARDIM

Idade: 47 anos

Solicitante: DR. ROBERTO HORTA

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL

ÚTERO antefletido, medindo 9,4x 5,4x 5,3 cm (L X AP X T).

Volume uterino aproximado de 139cm³. (*Valores normais: nulípara até 90 cm³*, menopausa até 70cm³; Paridade 1 e 2 até 140cm; paridade 3 até 160 cm³; paridade 4 até 180cm³).

Textura miometrial homogênea.

ENDOMÉTRIO homogêneo com espessura de 10mm.

OVÁRIO DIREITO de forma ovalada, contornos regulares e ecotextura normal.

Medidas: 1,5x 2,1x 2,4 cm. Volume de 4,3cm³.

OVÁRIO ESQUERDO de forma ovalada, contornos regulares e ecotextura normal.

Medidas: 2,2x 1,7x 1,8 cm. Volume de 3,9cm³.

(volume normal – até 11,0 cm³ no menacme e até 5,0 cm³ na menopausa)

Ausência de liquido em fundo de saco posterior.

Conclusão:

Aspecto ultrassonográfico normal dos órgãos avaliados.

Diagnóstico final:

Hemorragia uterina disfuncional.

Sintomas utilizados na repertorização:

- 1. "Melancolia, tristeza, notável medo de morrer ou de que tenha alguma doença incurável, principalmente de manhã, quando acorda de manhã."
 - -Mental medo, apreensão, pavor morte, da despertar, ao.
- 2. "Refere que diante de algum evento ou acontecimento fica muito ansiosa, observando aumento do sangramento uterino e inquietação."
 - -Mental transtornos por antecipação, presságio, pressentimento.
- 3. "Frequentemente apresentava leucorréia amarelada com sensação de queimação na vagina e ovários"
 - Genitais femininos dor ardente ovários
- 4. Há três anos apresentando sangramento vaginal importante com duração de até 40 dias, utilizando uma média de 8 unidades de absorventes ao dia, com redução do sangramento periodicamente e intensificações frequentes"

- Genitais femininos menstruação copiosa
- 5. "menstruações com cheiro de "podre".
 - -Genitais femininos- menstruação repugnante pútrida

Conduta:

Avaliando o estudo da matéria médica foi prescrito o medicamento homeopático *Arsenicum album* 12 CH 03 gotas à noite. Em caso de sangramento aumentado, repetir a dose para até 3 vezes ao dia e retornar após 21 dias.

Evolução clínica:

Paciente evoluiu bem. Nos primeiros 15 dias de tratamento apresentou pequenos sangramentos não mais tão fétidos como antes. Após 35 dias de tratamento não mais apresentou sangramento e até hoje utiliza a mesma medicação na mesma potência. Após 3 meses de tratamento passou a usar o remédio em dias alternados. Refere que se ficar 3 dias sem tomar o remédio, passa a sentir cólica e sente-se agitada.

Desde o início do tratamento não mais apresentou leucorréia. Refere que se sente muito bem, que a ansiedade e as preocupações estão menos intensas, mais sob controle.

7. DISCUSSÃO

A síndrome que acompanha a hemorragia uterina disfuncional é um frequente motivo da consulta ginecológica e também homeopática. As alterações menstruais, em sua maioria, vêm acompanhadas de sintomas gerais, locais e psíquicos, como anemia, distúrbio hidroeletrolítico, dores as mais diversas, transpiração diferente do habitual, alteração de odor, frio e/ou ondas de calor, irritabilidade, medos, insônia etc. O tratamento adequado para uma síndrome tão complexa é sempre um grande um desafio.

Além dos sintomas em si, alguns fatores concorrem para a dificuldade da abordagem da paciente, como a hipertensão arterial, a obesidade, o diabetes mellitus, as alterações de coagulação com o histórico de síndromes trombóticas e varizes etc, o que por vezes contraindicam o tratamento hormonal, o qual pode também não ser eficaz, sendo necessário o tratamento cirúrgico com a curetagem uterina, a ablação endometrial ou a retirada do útero (histerectomia).(Halbe, 1993).

A homeopatia surge como uma opção terapêutica, segura, livre de efeitoscolaterais, sem absolutamente nenhuma contraindicação e que aborda o indivíduo
como um todo, extraindo da anamnese fatores marcantes e individualizantes que
determinarão a certeira escolha do medicamento com real chance de tratar o quadro
hemorrágico e os sintomas coexistentes conferindo à paciente a possibilidade de
uma melhora na qualidade de vida e evitando o tratamento cirúrgico com todos os
seus riscos.

8. CONCLUSÃO

O presente trabalho apresenta a homeopatia como uma opção segura e eficaz para o tratamento da hemorragia uterina disfuncional. O relato do caso clínico demonstrou que a homeopatia clássica foi capaz de controlar satisfatoriamente a síndrome hemorrágica e demais aspectos clínicos e psicológicos da paciente evitando, portanto, o tratamento cirúrgico, o qual já havia sido indicado por outros profissionais. A paciente, em tratamento homeopático desde fevereiro de 2011, tem se mantido em remissão da hemorragia.

REFERENCIAS

- 1. HALBERG L; HOGDAHL A.M; NILSSON L; RYBO, G. Menstrual blood loss: a population study. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 45:320-51, 1966.
- 2. TRELOAR A. E; BOYNTON R. E; BEHN B. G; BROWN B. W. Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. **Int J Fertil**. 12:77-126; 1967.
- 3. CHIAZZE L; BRAYER F. T; MACISCO J. The length and variability of the human menstrual cycle. **J Am Med Assoc**. 203:377-85; 1968.
- 4. FRASER I. S; CRITCHLEYH O. D; MUNRO M. G. Abnormal uterine bleeding: getting our terminology straight. **Curr Opin Obstet Gynecol**. 19:591-95; 2007a.
- 5. FRASER I. S; CRITCHLE Y. H; O. D; MUNRO M. G; BRODER, M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? **Hum Reprod**. 22; 635-43; 2007b.
- 6. WOOLCOCK J; CRITCHLEYH O. D; MUNRO M. G; FRASER I. S. A comprehensive review of the worldwide confusion on menstrual terminologies; definitions and classifications. **Fértil Steril**. 90:2269-80; 2008.
- 7. MEDEIROS S. F; MATTHEWS C. D. Hipermenorragia: Fisiopatologia e conduta. **Femina**. 17:553-60; 1989.
- 8. FERENCZY A. Pathophysiology of endometrial bleeding. **Maturitas**. 45:1-14; 2003.
- 9. EWENSTEIN B. M. The pathophysiology of bleeding disorders presenting as abnormal uterine bleeding. **Am J Obstet Gynecol**.175:770-7; 1996.
- 10. SALAMONSEN L. A; KOVACS G. T; FINDLAY J. K. Current concepts of the mechanism of menstruation. **Balliere's Clin Obstet Gynecol**. 13:161-79; 1999.
- 11. CHIMBIRA T. H; ANDERSON A. B. M; TUMBULL A. C. Relation between menstrual blood lossand patients subjective assessment of loss; duration of bleeding; number of sanitarytowels used; uterine weight and endometrial surface area. **Br J Obstet Gynaecol**. 87: 603-9; 1980.
- 12. WARNER P. E; CRITCHLEYH O. D; LUMSDEN M. A; CAMPBELL-BROWN M; DOUGLAS A; MURRAY, G. O. Menorrhagia II.is the 80 ml criterion useful in management of complaint ofmenorrhagia? **Am J Obstet Gynecol**. 190:1224-9; 2004.
- 13. CAMERON I; HAINGING R; LUMSDEN M. The effects of mefenamic acid and norethisterone on measured menstrual blood loss. **Obstet Gynecol**. 76:85-8; 1990.
- 14. ELDRED J. M; THOMAS E. J. Pituitary and ovarian hormone levels in unexplained

- menorrhagia. Obstet Gynecol. 84:774-8; 1994.
- 15. CHAKRABORTY S; KHURANA N; SHARMA J. B; CHATURVEDI KU. Endometrial hormone receptors in women with dysfunctional uterine bleeding. **Arch Gynecol Obstet**. 272:17-22; 2005.
- 16. CANO A; GIMENO F; FUENTE T; PARRILLA J. J; ABAD L. The positive feedback of estradiolon gonadotropin secretion in women with perimenopausal dysfunctional uterine bleeding. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. 22:353-58; 1986.
- 17. BERGERON C; FERENCZY A; SHYAMALA G. Distribution of estrogen receptors in variouscell types of normal; hyperplastic and neoplastic human endometrial tissues. **Lab Invest**.59:862-69; 1988.
- 18. CRITCHLEY H. O. D; ABBERTON K. M; TAYLOR N. H; HEALY D. L; ROGERS P. A. W. Endometrial sexsteroid receptors expression in women with menorrhagia. **Br J Obstet Gynecol**.101:428-34; 1994.
- 19. SMITH S. K; ABEL M. H; KELLY R. W; BAIRD D. T. Prostaglandin synthesis in the endometrium of women with ovular dysfunctional uterine bleeding. **Br J Obstet Gynaecol**. 88:434-42; 1981.
- 20. CHRISTIAENSGC M. L; SIXMA J. J; HASPELS A. A. Hemostasis in menstrual endometrium: areview. **Obstet Gynaecol Survey**. 37:281-303; 1982;
- 21. FIELD C. S. Dysfunctional uterine bleeding. **Prim Care**. 15. 561-74; 1988.
- 22. TRAUT H. F. KUDER A. Irregular shedding and irregular ripening of endometrium. **Surg Gynaecol Obstet**. 61:145-54; 1935.
- 23. SCOMMEGNA A; DMOWSKI W. P. Dysfunctional uterine bleeding. **Clin Obstet Gynecol**.16:221-254; 1973.
- 24. DEVORE G. R; OWENS O; KASE N. Use of intravenous premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding-a double-blind randomized control study. **Obstet Gynecol**. 59:285-90. 1982.
- 25. DAVIS A. N. N; GODWIN A. M. Y; LIPPMAN J; OLSON W; KAFRISSEN M. The triphasic combination oral contraceptive containing norgestimate and ethinyl-estradiol was effective in the treatment of dysfunctional uterine bleeding. **Obstet Gynecol**. 96:913-20;2000.
- 26. LETHABY A; DUGOOD C; DUCKITT. **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding** (Cochrane Review). In. The Cochrane Library; Issue 2. Oxford; 2001.
- 27. COOKE I; LETHABY A; FARQUHAR C. **Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding** (Cochrane Review). In. The Cochrane Library; Issue 2. Oxford; 2001.
- 28. LETHABY C. E; COOKE I; REES M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems (1) versus either placebo or any other medication for

- **heavy menstrual bleeding** (Cochrane Review). In. The Cochrane Library; Issue 2; Oxford; 2001.
- 29. IRVINE G. A; CAMPBELL-BROWN M. B; LUMSDEN M. A; HEIKKILA A; WALKER J. J; CAMERON I. T. Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and norethisterone for treatment of idiopathic menorrhagia. **Brit J Obstet Gynecol**. 105:592-8;1998.
- 30 SANKARAN, R. A Sensação em Homeopatia. Editora Organon. 2010
- 31 TEIXEIRA, M. Z. Semelhante cura semelhante: o princípio de cura homeopático fundamentado pela racio-nalidade médica e científica. São Paulo: Editorial Petrus, 1998.
- 32 KOSSAK-ROMANACH, A. **Homeopatia em 1000 conceitos**. 3ª Ed. São Paulo:Editora Elcid, 2003. 561 p.
- 33 LATHOUD, F. Matéria Médica Homeopática. SP: Editora Organon, 2000.
- 34 VIJNOWSKY, B. Tratado de Matéria Medica Homeopática. São Paulo, 2012