CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
SABRINA GOIS SANTOS

BRONQUIOLITE: PROPOSTA DE TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

SÃO PAULO
2016

SABRINA GOIS SANTOS

BRONQUIOLITE: PROPOSTA DE TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

Monografia apresentada a ALPHA/APH como Exigência para obtenção do título de especialista em Homeopatia.
Orientadora: Dra. Ana Lúcia Dias Paulo

SÃO PAULO
2016

Santos, Sabrina Gois

Bronquiolite: proposta de tratamento homeopático / Sabrina Gois Santos, -- São Paulo, 2016.
47f.

Monografia – ALPHA / APH, Curso de Especialização em Homeopatia.

Orientadora: Ana Lucia Dias Paulo

1. Homeopatia 2. Tratamento homeopático 3. Bronquiolite

Agradecimentos:

Agradeço à Dra. Ana Lucia, pela sua orientação, dedicação e paciência, sem os quais não seria possível a conclusão deste trabalho.

Agradeço aos meus pais e à minha irmã, que sempre me apoiaram e compreenderam todos os meus momentos de ausência em prol dos meus estudos.

Agradeço ao meu noivo, que compartilha comigo todas as minhas dúvidas, angústias e vitórias diariamente.

Agradeço a todos os professores da APH que me ensinaram a ciência da homeopatia com carinho e dedicação.

Agradeço à bibliotecária Renata Menezes da APH, pela sua atenção e dedicação aos trabalhos de todos os alunos.

“ Tuas forças naturais, as que estão dentro de ti, serão as que curarão suas doenças. ”

Hipócrates 460 A. C.

RESUMO

A bronquiolite é a causa mais comum de hospitalização entre os lactentes nos primeiros 12 meses de vida. Mais de 90% das crianças são infectadas pelo vírus sincicial respiratório até 2 anos de idade. Apesar disso, as evidências atuais não sugerem nenhum tratamento que forneça mais do que um benefício superficial para crianças com bronquiolite viral aguda. Deste modo, a fim de abreviar tempo de tratamento, de internação e evitar complicações, propõe-se o tratamento complementar com homeopatia para que a criança possa restabelecer sua saúde de modo menos agressivo e mais duradouro.

Palavra chaves: Homeopatia, Tratamento homeopático, Bronquiolite

ABSTRACT

Bronchiolitis is the most common cause of hospitalization among infants. Over 90% of children are infected with respiratory syncytial virus up to 2 years old. Nevertheless, current evidence does not suggest any treatment that provides more than a superficial benefit to children with acute viral bronchiolitis. Thus, in order to shorten the time of treatment, hospitalization and avoid complications, it is proposed the complementary treatment with homeopathy for the child to restore his health in a less aggressive and more lastingly way.

Keywords: Homeopathy, Homeopathic Treatment, Bronchiolitis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. EPIDEMIOLOGIA 10
3. FISIOPATOLOGIA 11
4. QUADRO CLÍNICO 13
5. DIAGNÓSTICO 15
6. TRATAMENTO ALOPÁTICO 16
   6.1 BRONCODILATADORES 16
   6.2 ADRENALINA 16
   6.3 NEBULIZAÇÃO HIPERTÔNICA 17
   6.4 CORTICÓIDE 18
   6.5 OXIGÊNIO 19
   6.6 FISIOTERAPIA 19
   6.7 ASPIRAÇÃO NASAL 20
   6.8 ANTIBIÓTICO 20
   6.9 ANTIVIRAL 21
   6.10 NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO 22
7. TRATAMENTO HOMEOPÁTICO 23
   7.1 HISTÓRIA DA HOMEOPATIA 23
   7.2 A TOMADA DE CASO NA PEDIATRIA HOMEOPÁTICA 25
   7.3 SINTOMAS E SUA HIERARQUIZAÇÃO 25
   7.4 REPERTORIZAÇÃO 27
   7.5 MATÉRIA MÉDICA E REPERTÓRIO 29
   7.6 MEDICAMENTOS EPISÓDICOS SIMILARES DA BRONQUIOLITE 30
8. MATÉRIA MÉDICA 33
   8.1 ARSENICUM ALBUM 33
   8.2 PULSATILLA NIGRICANS 33
   8.3 ANTIMONIUM TARTARICUM 34
   8.4 CUPRUM METALLICUM 35
   8.5 OPIUM 36
   8.6 PHOSPHORUS 37
9. DISCUSSÃO 38
10. CONCLUSÃO 39
ANEXO 1 41
ANEXO 2 42
ANEXO 3 43
ANEXO 4 44
REFERÊNCIAS 46

1. INTRODUÇÃO

A bronquiolite é uma infecção aguda do trato respiratório da primeira infância.[1] É a causa mais comum de hospitalização entre lactentes nos primeiros 12 meses de vida. Cerca de 90% das crianças são infectadas pelo vírus sincicial respiratório (VSR) nos primeiros 2 anos de vida e mais de 40% vivenciarão uma infecção do trato respiratório inferior durante infeção inicial. [2]

O vírus sincicial respiratório ocorre em epidemias nos meses de inverno. Rinovírus é o segundo vírus mais comum (14-30%), seguido do bocavírus humano (14 – 15%), metapneumovírus humano (3 – 12%), enterovirus, adenovirus, coronavirus e influenza vírus (1 – 8%). Dupla infecção é relatada em 20 – 30% das crianças, mas isso não parece estar associado a um aumento na gravidade.[1] A infecção pelo VSR não concede imunidade permanente ou a longo prazo, com reinfecções comuns ao longo da vida.[2]

A fonte de infecção é geralmente um membro da família ou da creche (escola) com enfermidade respiratória aparentemente benigna. A transmissão ocorre por contato direto ou próximo com secreções contaminadas, que podem envolver gotículas ou fômites. O período de incubação é de 2 a 8 dias, com média de 4 a 6 dias. O período de disseminação viral é de 3 a 8 dias, mas pode prolongar-se, especialmente em lactentes mais novos, nos quais a disseminação pode continuar até por 3 ou 4 semanas. [3]

2. EPIDEMIOLOGIA

As infecções causadas pelo VSR têm distribuição universal e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é responsável por cerca de 60 milhões de infecções com 160.000 mortes anuais em todo o mundo. [4]

Nos Estados Unidos, anualmente, ocorrem aproximadamente 100.000 admissões por bronquiolite, com um custo estimado de 1,73 bilhões de dólares. Um estudo prospectivo do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) relatou que a taxa média de hospitalização foi de 5,2 para cada 1000 crianças menores de 24 meses de idade durante um período de 5 anos, entre 2000 e 2005. A maior taxa específica por idade de hospitalização por VSR ocorreu em crianças entre 30 e 60 dias de vida (25,9 para cada 1000 crianças). [2]

No Brasil, embora não haja vigilância epidemiológica oficial para VSR, estudos em diversas regiões do país e dados de hospitalização por bronquiolite nos indicam que a frequência da doença entre nós assemelha-se aos relatos mundiais. [4]

3. FISIOPATOLOGIA

O tipo de lesão e as manifestações clínicas induzidas pelas enfermidades virais são provavelmente uma combinação da afinidade dos vírus por células específicas em segmentos específicos das vias respiratórias (tropismo), do efeito destruidor no nível celular (virulência), do calibre das vias aeríferas do hospedeiro e da resposta imunológica. [3]

A inoculação do VSR ocorre provavelmente pela superfície da mucosa nasal. Depois de um período de incubação assintomático de 3 a 5 dias, a criança infectada desenvolve sintomas característicos do acometimento das vias aéreas superiores. A disseminação para as vias respiratórias inferiores ocorre por mecanismos pouco compreendidos, mas supostamente mediante aspiração de secreções infectadas produzem pneumonia ou bronquiolite. [3]

A bronquiolite caracteriza-se pela obstrução brônquica com edema, muco e detritos celulares. Mesmo pequenos espessamentos da parede bronquiolar afetam de modo significativo o fluxo do ar. A resistência nas pequenas passagens de ar fica aumentada durante a inspiração e a expiração, mas, como o raio de uma via aérea é menor durante a expiração, a resultante obstrução da válvula respiratória leva ao aprisionamento de ar e à hiperinsuflação. Se a obstrução for completa com a reabsorção do ar aprisionado, a criança irá desenvolver uma atelectasia.[5]

Estes processos celulares e patológicos prejudicam a troca gasosa normal dos pulmões. A hipoxemia é uma consequência da desproporção da ventilação-perfusão no início do curso. Com uma doença grave, desenvolve-se hipercapnia.[5]

A contração do músculo liso é outro mecanismo potencial da obstrução das vias aéreas. Além disso, as anormalidades do sistema adrenérgico e colinérgico,

comuns nas viroses respiratórias, e o sistema não adrenérgico / não colinérgico também podem induzir broncoconstrição devido ao dano epitelial. Os neuropeptídios são os mediadores químicos mais estudados nesse processo. [3]

Os mecanismos patogênicos na bronquiolite permanecem, todavia, indefinidos. A capacidade de recuperação, depois da infecção com VSR, relaciona-se com os níveis secretórios das imunoglobulinas IgA, IgG e IgM e de anticorpos dependentes da citotoxidade mediada por células. Esses mecanismos poderiam ser os responsáveis pelos sintomas leves observados nas reinfecções. A variação dos achados clínicos em crianças pequenas poderia ocorrer como consequência da falta de desenvolvimento das defesas individuais do hospedeiro. [3]

4. QUADRO CLÍNICO

A doença geralmente é precedida pela exposição a um contato mais velho com uma leve síndrome respiratória ocorrida na semana anterior.[5] Normalmente se inicia com rinorréia e febre e, em seguida, gradualmente aumentam os sinais de infecção do trato respiratório inferior incluindo taquipnéia, sibilância e tosse.[1]

No exame clínico o achado mais importante em crianças jovens pode ser as crepitações finas inspiratórias à ausculta, enquanto que sibilos expiratórios podem estar evidentes em crianças mais velhas. Ocorre aumento da frequência respiratória, movimentos torácicos, expiração prolongada, retrações, uso de musculatura acessória, cianose e queda do estado geral.[1]

A doença é autolimitada na maioria dos casos. A febre, às vezes elevada, pode aparecer 2 ou 3 dias depois do início dos sintomas. A tosse pode simular a da coqueluche.[3] No caso da coqueluche, a tosse é inicialmente curta e seca, intermitente, irritadiça, e evoluiu para os paroxismos inexoráveis que são a marca registrada da coqueluche. A tosse da coqueluche (grunhido expiratório) pode não ser proeminente. O guincho coqueluchóide (suspiro inspiratório vigoroso) infrequentemente ocorre em lactentes menores de três meses de idade que se encontram exaustos ou não possuem força muscular para subitamente criarem pressão negativa intratorácica.[5]

Nos casos graves, a dispneia é progressiva, pode haver batimento de asa do nariz e chegar a cianose com falência respiratória. A cianose indica hipoxemia grave que pode provocar períodos de apnéia, sendo esta última mais comum em prematuros.[3]

Não existe nenhum escore formal para a gravidade da bronquiolite, mas existe uma sugestão para classificação em bronquiolite leve, moderada e grave baseada nos guidelines da Nova Zelândia[1], conforme anexo 1.

5. DIAGNÓSTICO

Médicos devem diagnosticar bronquiolite e avaliar a gravidade da doença com base na história clínica e no exame físico. [2]

Com exceção da oximetria de pulso, nenhum teste diagnóstico de rotina mostrou impacto substancial no curso clínico da bronquiolite e recentes guidelines e revisões baseadas em evidências recomendam que não sejam utilizados dos testes diagnósticos de rotina. [1]

O curso clínico e tratamento da bronquiolite é similar e não é influenciado pela detecção do agente viral. Contudo, a identificação de uma etiologia viral mostra uma redução no uso de antibióticos, no número de investigações e no tempo de internação. [1]

Radiografia de tórax (anexo 2) para crianças com bronquiolite geralmente tem achados inespecíficos, hiperinsuflação e áreas de atelectasia que podem ser interpretadas erroneamente como consolidação. Isto pode aumentar o uso inapropriado de antibióticos. Apesar da radiografia de rotina não ser sustentada por nenhuma evidência, pode ser considerada quando o diagnóstico de bronquiolite não está claro, quando a melhora não está como esperada ou a severidade da doença sugere outras possibilidades como uma pneumonia bacteriana. [6]

Exames de sangue são comumente coletados em crianças com bronquiolite, mas não tem valor clínico na maioria dos pacientes e não são recomendados como rotina. Testes que podem ser incluídos seriam o hemograma completo e a proteína C reativa se há suspeita de infecção e eletrólitos em crianças com dificuldade de alimentação e desidratação. Gasometria é útil em crianças com desconforto respiratório grave e potencial falência respiratória. [1]

6. TRATAMENTO ALOPÁTICO

Bronquiolite é uma doença autolimitada. A maioria das crianças tem doença leve e pode ser tratada em domicílio. Para as que necessitam de internação, cuidados de suporte como nutrição, manipulação mínima, aspiração nasal suave e oxigenioterapia ainda são as formas de tratamento. [6]

Nenhum tratamento médico tem mostrado melhora em parâmetros clínicos importantes. [1]

6.1 Broncodilatadores

Médicos não devem administrar salbutamol para lactentes e crianças com diagnóstico de bronquiolite (Nível de Evidência B; Grau de Recomendação: Forte).[2]

Crianças com bronquiolite apresentam sibilos que são clinicamente similares aos observados na asma. Entretanto, a fisiopatologia da bronquiolite mostra obstrução ao invés de broncoespasmo. Além disso, crianças parecem ter receptores beta-agonistas inadequados e imaturidade da musculatura dos bronquíolos. Enquanto estudos mostram pouca melhora em escores clínicos, broncodilatadores não mostraram melhora na saturação de O2, não reduziram a taxa de internação e não diminuiram o tempo de internação. Quando o diagnóstico de bronquiolite é claro, salbutamol atualmente não é recomendado.[6]

6.2 Adrenalina

Médicos não devem administrar adrenalina para lactentes e crianças com diagnóstico de bronquiolite (Nível de Evidência B; Grau de Recomendação: Forte).[2]

Alguns estudos têm mostrado que a inalação com adrenalina pode efetivamente reduzir internação hospitalar e uma tentativa de tratamento com

adrenalina e corticoides combinados reduz internações. Todavia, as evidências permanecem insuficientes para suportar o uso rotineiro da adrenalina na emergência. Uma revisão sistemática de 19 estudos avaliando o uso da adrenalina na bronquiolite não mostrou efeito no tempo de internação e não há evidencia suficiente para orientar seu uso de rotina na admissão de pacientes.[6]

6.3 Nebulização hipertônica

Nebulização salina hipertônica não deve ser administrada para crianças com diagnóstico de bronquiolite na sala de emergência (Nível de Evidência B; Grau de Recomendação: Moderada).[2]

Médicos podem administrar nebulização salina hipertônica para crianças hospitalizadas por bronquiolite (Nível de Evidência B; Grau de Recomendação: Moderada).[2]

Evidências fisiológicas sugerem que a inalação hipertônica aumenta o clearance mucociliar em pulmões normais ou doentes. Como a fisiopatologia da bronquiolite envolve inflamação das vias aéreas e resulta em rolhas de secreção, melhorar o clearance mucociliar parece ser benéfico, apesar de só haver evidências indiretas que apoiem tal afirmação. [2]

Estudos recentes têm investigado a efetividade da nebulização com solução hipertônica. Os primeiros resultados parecem promissores. Uma revisão da Cochrane, que incluiu documentos indexados nas bases de dados médicos até maio de 2013, concluiu que nebulização com solução salina hipertônica 3% pode reduzir tempo de internação entre as crianças com bronquiolite aguda não grave e melhorar escores de gravidade clínica entre pacientes internados e ambulatoriais. Infelizmente, estes estudos incluem revisões heterogêneas e com amostras

geralmente pequenas. Após esta revisão, foram publicados mais 4 estudos sobre solução hipertônica. Um dos estudos mostrou maior estresse respiratório em pacientes tratados com solução hipertônica e nenhum efeito na taxa de hospitalização. Outro estudo comparando solução hipertônica e solução normal encontrou taxas comparáveis de tempo de internação entre os dois grupos, com uma tendência de maior tempo de internação nos pacientes que receberam solução hipertônica comparado com os que receberam solução normal. Outros parâmetros (necessidade de oxigênio ou intubação) foram semelhantes. Uma vez que esses estudos estão integrados em uma revisão sistemática, os resultados para solução salina hipertônica são tão desapontadores quanto os resultados de outras drogas testadas. [8]

6.4 Corticóide

Médicos não devem administrar corticoesteróides sistêmicos para crianças com diagnóstico de bronquiolite em qualquer gravidade (Nível de Evidência A; Grau de Recomendação: Forte).[2]

Corticoesteróides como dexametasona, prednisona ou corticoides inalatórios não estão associados com melhora clínica significativa da doença, redução de pontuação em escores clínicos ou tempo de hospitalização, quando utilizados em crianças com diagnóstico de bronquiolite.[6,7] Resultados de escores clínicos sugerem algum benefício a curto prazo em pacientes internados, mas não foram vistas diferenças em outros desfechos secundários.[7] Além disso, a mais recente revisão sistemática Cochrane mostra que a terapia com corticoesteróides pode prolongar o período de eliminação do vírus pelos pacientes. [2]

Um estudo mostrou um efeito benéfico da dexametasona em crianças em ventilação mecânica, sugerindo que esta possa ser uma opção em pacientes críticos. [1]

6.5 Oxigênio

Médicos não devem administrar oxigênio suplementar se a taxa de saturação for maior do que 90% em crianças com diagnóstico de bronquiolite (Nível de Evidência D; Grau de Recomendação: Fraca).[2]

Embora saturação de oxigênio seja um fraco preditor de estresse respiratório, a oximetria está associada com a percepção da necessidade de hospitalização de crianças com bronquiolite. Além do mais, saturação de oxigênio tem sido implicada como um determinante primário do tempo de internação na bronquiolite. Nas crianças com bronquiolite, não existem dados que sugiram nenhuma melhora dos resultados significativa em funções fisiológicas, sintomas do paciente ou desfecho clínico. [2]

6.6 Fisioterapia

Médicos não devem utilizar fisioterapia respiratória para lactentes e crianças com diagnóstico de bronquiolite (Nível de Evidência B; Grau de Recomendação: Moderada).[2]

Uma revisão Cochrane encontrou 9 estudos randomizados em pacientes hospitalizados com bronquiolite. Nenhum benefício clínico foi encontrado com o uso de vibração ou percussão ou técnicas de expiração passiva. Desde esta revisão, um estudo sobre a técnica de expiração passiva encontrou uma pequena, porém significativa, redução na duração da oxigenioterapia, mas sem outros benefícios. [2]

6.7 Aspiração nasal

Aspiração nasofaríngea para remover secreção é uma prática frequente nas crianças com bronquiolite.[2] Há poucas evidências que suportem a aspiração nasal no manejo da doença. Enquanto parece que a aspiração do muco das narinas obstruídas poderia ser um procedimento inofensivo, um estudo recente sugere que aspiração profunda e grandes intervalos entre as aspirações estão associados a maior tempo de internação. Isto sugere que a aspiração nasal deve ser feita superficialmente e com frequência razoável.[6]

6.8 Antibiótico

Médicos não devem administrar antibióticos para lactentes e crianças com diagnóstico de bronquiolite a menos que haja uma infecção bacteriana concomitante ou uma forte suspeita. (Nível de Evidência B; Grau de Recomendação: Forte).[2]

Lactentes com bronquiolite frequentemente recebem terapia antimicrobiana por causa da febre, pouca idade e por preocupação com infecção bacteriana secundária. Inicialmente estudos randomizados não mostraram benefício com uma rotina de antibiótico para crianças com bronquiolite. Não obstante, antibioticoterapia continua sendo usada nos jovens lactentes com bronquiolite por causa da preocupação com uma infecção bacteriana indetectável. Estudos mostram que febre sem uma fonte identificável tem um risco de bacteremia de 7%. Contudo, uma criança com uma síndrome viral distinta, como a bronquiolite, tem um risco muito baixo (menor do que 1%) de infecção bacteriana no líquido cefalorraquidiano ou sangue. [2]

Um estudo com 97 crianças menores de 18 meses comparando um grupo placebo (n=47) e um grupo que utilizou uma dose única alta de azitromicina

(30mg/kg, n=50) mostrou que apesar da azitromicina diminuir a presença de bactéria, não tem nenhum benefício em tempo de hospitalização, duração de oxigenioterapia e reinternações após 6 meses da alta. Azitromicina reduz a presença de bactéria, mas não tem efeito significativo em diminuir a proporção de vírus.[9]

Em ensaio clínico randomizado, controlado por placebo, observou-se que as crianças com bronquiolite viral aguda que receberam claritromicina por 3 semanas permaneciam menos tempo no hospital e precisavam de menos tempo de oxigenioterapia. Além disso, essas crianças demonstraram redução de interleucinas, sugerindo um mecanismo anti-inflamatório para este efeito. Em estudo realizado no Brasil, o uso de azitromicina por 7 dias (n=88) não foi superior ao placebo (n=96) na melhora dos sintomas de bronquiolite viral aguda, mesmo quando considerado o subgrupo de pacientes com VSR.[3]

6.9 Antiviral

Ribavirina não deve ser utilizada rotineiramente em crianças com bronquiolite (Recomendação: Nível de Evidência B).

Terapia antiviral específica para VSR permanece controversa devido ao benefício superficial em nenhum ou na maioria dos pacientes. Além do mais, requisitos complicados para dispensação, potenciais riscos à saúde dos cuidadores e alto custo desestimulam o uso na maioria dos pacientes. Mesmo assim, ribavirina pode ser considerada em situações especiais que envolvam VSR documentado em doença severa ou naqueles com risco de doença grave (imunocomprometidos e/ou doença cardiopulmonar hemodinâmicamente significativa). [10]

6.10 Nutrição e hidratação

Médicos devem administrar fluidos nasogástricos ou intravenosos para lactentes com diagnóstico de bronquiolite que não conseguem manter hidratação oral (Nível de Evidência X; Grau de Recomendação: Forte).[2]

O nível de estresse respiratório atribuído a bronquiolite indica a reposição de fluidos. Estudos estimam que 1/3 dos lactentes hospitalizados necessitam de reposição hídrica. Por outro lado, a ingestão de alimentos pode ser um preditor da saturação de oxigênio. Um estudo mostrou que a ingestão de alimentos menor do que 50% do que o normal por 24 horas está associada com valores de oximetria de pulso < 95%. Lactentes com estresse respiratório requerem somente observação, especialmente se a alimentação permanecer inalterada. [2]

7. TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

As evidências atuais sugerem que nenhum tratamento fornece mais do que um benefício superficial para crianças com bronquiolite viral aguda. Na prática, não houveram muitas mudanças desde que REYNOLDS e COOK propuseram: suplementar oxigênio, prosseguir com cuidados de suporte e evitar a exposição dos doentes a terapias prejudiciais ou ineficazes.[8]

Deste modo, partindo do princípio das diversas terapêuticas alopáticas ineficazes e também da possível gravidade da doença estar relacionada com a "falta de desenvolvimento das defesas individuais do hospedeiro",[3] propõe-se o tratamento homeopático a fim de que o paciente possa ter um "restabelecimento rápido, suave e duradouro da saúde ou a remoção e total destruição da doença em toda sua extensão, através do caminho mais curto, seguro e menos prejudicial".[11]

7.1 História da Homeopatia

Homeopatia é uma especialidade médica e farmacêutica que consiste em ministrar ao doente doses mínimas do medicamento, de acordo com a lei dos semelhantes, para evitar a agravação dos sintomas e estimular a reação orgânica na direção da cura. [12]

A palavra homeopatia, oriunda do grego *homoios*, "semelhante", e *pathos*, "sofrimento", designa o método terapêutico baseado na lei natural de cura *similia similibus curantur*, ou seja, o semelhante será curado pelo semelhante. Esse aforismo foi enunciado por Hipócrates, considerado o pai da medicina, responsável pelo estabelecimento de uma atividade médica apoiada no conhecimento experimental, desvinculada da religião, da magia e da superstição.[12]

Para Hipócrates, a terapêutica tinha por base o poder curativo da natureza, a *vis mediatrix naturae,* e as doenças deviam ser interpretadas considerando-se o quadro particular de cada indivíduo. Demonstrou que os sintomas são reações do organismo à enfermidade, e que o trabalho dos médicos era ajudar as forças defensivas naturais orgânicas.[12]

Em 1790, ao traduzir a *Matéria Médica* do médico escocês Willian Cullen, Hahnemann, médico alemão, ficou indignado com o fato de esse autor atribuir a eficiência terapêutica da droga *quina* ao seu efeito tônico sobre o estômago do paciente acometido de malária. Não concordando com essa hipótese, resolveu fazer experiências ingerindo por vários dias certa quantidade de quina. Para sua surpresa, passou a apresentar uma série de sintomas típicos de malária. Ao suspender o uso da droga, sua saúde voltou à normalidade. Deveria haver, portanto, uma identidade entre a doença e a droga ingerida.[12]

O resultado desse experimento chamou a atenção de Hahnemann para o adágio hipocrático *similia similibus curantur.* Em seguida, experimentou a quina em seus familiares e amigos, notando que o fenômeno se repetia. Passou a realizar experimentos com outras drogas, catalogando seus efeitos no organismo sadio.[12]

A partir da compilação dos sinais e sintomas que essas substâncias provocavam no homem sadio, decidiu fazer novas observações, agora no homem doente, para confirmar se o princípio da similitude funcionava na prática. Ao atender pacientes, passou a prescrever drogas que produziam no homem sadio sintomas semelhantes aos dos enfermos para observar se ocorria o fenômeno da cura. Como a maioria dos resultados foi positiva, a hipótese de Hahnemann foi confirmada,[12] e assim surge a Homeopatia.

7.2 A tomada de caso na pediatria homeopática

A abordagem da anamnese em pediatria pode seguir muitas vezes o mesmo “roteiro” da dos adultos, mas não nos esqueçamos que nós, médicos, constituímos uma terceira pessoa nesta abordagem.[13]

A criança interage com seu meio apresentando diferentes reações, cada uma delas deverá ser cuidadosamente considerada para que a prescrição seja realmente necessária e adequada.[13]

Procuramos ter em mente a hierarquização clássica dos sintomas para nos orientar na seleção dos mais característicos: Mentais, Gerais e Locais. Percebemos que existe uma dificuldade para observar os sintomas mentais em um recém-nascido ou nos primeiros meses do lactente. Nestes casos, temos que confiar mais nos sintomas ditos gerais, sejam eles orgânicos ou funcionais, que além de retratar com fidelidade uma totalidade sintomática são objetivos e não nos permitem interpretações equivocadas. Contamos ainda com os sintomas locais, perceptíveis objetivamente através do exame físico e dos exames complementares.[13]

7.3 Sintomas e sua hierarquização

A palavra sintoma é derivada da palavra grega *symptoma* que significa “algo acontece”. Os sintomas são definidos como o reflexo externo da desarmonia interna da Força Vital manifestado através da alteração das sensações e funções do organismo, de forma tanto objetiva como subjetiva. Eles são a evidência da moléstia, podendo ser percebidos pelo próprio doente, pelo médico ou outras pessoas.[14]

A partir destes sintomas característicos do caso devemos estabelecer uma totalidade de sintomas individualizantes, procurando classificar e caracterizar os mesmos segundo suas modalidades:[14]

- Segundo quem percebe o sintoma:[14]
  - Objetivos: detectados diretamente pelo médico[14]
  - Subjetivos: percebidos e descritos apenas por quem sente o sintoma[14]
- Segundo sua localização:[14]
  - Mentais: classe dos sintomas gerais que se manifestam através dos sintomas imaginativos (ilusões, sensações, delírios, fantasia e sonhos); dados da história biopatográfico (transtornos por cólera, humilhação, pesar, susto, etc.); alterações da afetividade (sentimentos e emoções), vontade e intelecto (inteligência, raciocínio e memória).[14]
  - Gerais: Se referem ao organismo como um todo, como no caso da sensibilidade à determinada temperatura ou sensação de fraqueza, transpiração, sede, apetite, sono, febre, calafrio etc.[14]
  - Locais modalizados: Demonstram apenas um setor do todo na sua desarmonia, uma parte do organismo afetada, mas se o sintoma estiver acrescido de alguma peculiaridade modalizacional, ele poderá ser um sintoma individualizante.[14]
- Segundo a frequência: [14]
  - Comuns: aparecem em grande número de pessoas.[14]
  - Patognomônicos: característicos a uma dada enfermidade.[14]
  - Característicos: é aquele que não é comum à doença, mas o que caracteriza o paciente (coriza por frio, ansiedade por antecipação, etc.)[14]

- Peculiares: fazem parte dos característicos, possuindo modalidades bem pouco frequentes, “peculiares” a alguns medicamentos (febre alta sem sede).[14]
- Raros: raramente são descritos pelos pacientes.[14]
- Keynotes ou sintoma-chave: “gênio de remédio”, influência dominante ou princípio essencial do remédio que lhe confere a sua individualidade.[14]

Após a tomada do caso, o próximo passo é a seleção dos sintomas da totalidade sintomática e valorização ou hierarquização dos mesmos. A valorização dos sintomas expressos pelo doente consiste numa técnica utilizada na arte homeopática que subentende os princípios de graduação ou posicionamento de diferentes tipos de sintomas em ordem de prioridade. De uma forma geral,[14] temos:

- Sintomas da imaginação (sensações, ilusões, delírios e sonhos).[14]
- Sintomas biopatográfico (transtornos por-).[14]
- Sintomas extraídos da história individual:[14]
  - Mentais
  - Gerais
  - Locais
- Sintomas extraídos da história clínica (transtornos funcionais e lesões orgânicas).[14]

7.4 Repertorização

A repertorização consiste no método através do qual o homeopata, após ter selecionado e localizado no repertório os sintomas mais importantes de um caso, os reúne e, através da comparação dos medicamentos relacionados em cada um

destes sintomas, na forma de rubrica repertorial, busca chegar a um denominador comum constituído por um número limitado de medicamentos.[15]

A repertorização pode ser realizada através de diferentes procedimentos:

- Repertorização sem escolha do sintoma diretor [15]

  É o "processo científico ou mecânico". Neste tomam-se todos os sintomas do caso de forma aleatória, independente da hierarquização. Anotam-se todos os medicamentos que aparecem com suas respectivas graduações, e no fim faz-se um resumo indicando os medicamentos que aparecem mais vezes, com as respectivas contagens. Neste caso, portanto, não é necessária a hierarquização.[15]

- Repertorização com escolha do sintoma diretor [15]

  É o "Método Artístico Simples". Neste, seleciona-se um sintoma bastante confiável e marcante, não necessariamente o de maior hierarquia, anotam-se os medicamentos nele contidos com a respectiva pontuação. E o caso fica delimitado aos medicamentos contidos no sintoma diretor, daí a importância da confiabilidade deste sintoma. Após isto escolhem-se os outros sintomas marcantes independente da hierarquia. No final selecionam-se os de maior pontuação. [15]

- Repertorização por eliminação ou cancelamento [15]

  É o método "verdadeiramente artístico", que envolve conhecimentos mais avançados no campo da valorização e seleção dos sintomas. Neste escolhemos 3 ou 4 sintomas e observamos os medicamentos presentes em todos eles, independente da pontuação. O que mais

interessa neste método é o medicamento que “sobrevive” aos sucessivos cortes.[15]

7.5 Matéria médica e repertório

A concepção hipocrática, resgatada por Hahnemann, de que as substâncias da natureza têm o poder de alterar a saúde das pessoas, está, em sua essência, ancorada na observação dos efeitos tóxicos acidentais.[11]

A descrição de sintomas decorrentes da ingestão de partes de vegetais, contato com venenos de animais ou exposição a substâncias minerais, são encontrados em abundância nos textos médicos, desde a antiguidade.[11]

Os textos de Matéria Médica, lato senso, registravam essa propriedade, particularmente dos representantes do reino vegetal.[11]

Como já foi relatado, baseado também na concepção hipocrática, Hahnemann testou se aquela substância que causava uma doença acidental tinha o poder de curá-la e nesse processo de pesquisa as submeteu a experimentação e para poder experimentá-las com segurança as diluiu cada vez mais, obtendo apesar de afastar-se da ponderabilidade, sintomas, não mais tóxicos, mas, sim patogenéticos. [11] Patogenesia é o conjunto de sintomas, objetivos (físicos) e subjetivos (emocionais e mentais) que um organismo sadio apresenta ao experimentar determinada substância medicinal.[12]

O registro destes sintomas resultantes dos protocolos de pesquisa de Hahnemann diferencia o texto de Matéria Médica, caracterizando-o como homeopático.[11]

Com o rápido crescimento do número de substâncias experimentadas e registradas por Hahnemann e seus discípulos, foi percebido que nenhuma mente

humana poderia se lembrar de todos os sintomas descritos nas Matérias Médicas. Para facilitar o acesso a essas informações e a pratica clínica. Hahnemann sentiu a necessidade de ter algum auxílio para relembrar os dados das experimentações; assim, ele mesmo incentivou seus discípulos a preparar um manual que fosse um índice para a Matéria Médica dos sintomas referentes aos medicamentos experimentados[14], o repertório.

7.6 Medicamentos episódicos similares da bronquiolite

A fim de propor uma terapêutica para o quadro de bronquiolite, partiu-se da repertorização, sem sintoma diretor, dos sintomas mais frequentes da doença, para que pudessem ser selecionados os medicamentos episódicos similares ao quadro de bronquiolite.

Segundo HANNEMAN, “o médico deve considerar o quadro puro de cada doença dominante como se fosse algo novo e desconhecido, investigando-o como um todo (compondo o gênio epidêmico). É provável que ao atender o primeiro caso de uma doença epidêmica o médico não consiga ter imediatamente um quadro completo de sua natureza. Somente através de investigação criteriosa de vários casos dessa doença coletiva é que o médico pode conhecer a totalidade de seus sinais e sintomas. ” [11] Desta maneira, pode ter em mente um “quadro característico”, conseguindo assim achar um remédio homeopático conveniente e adequado para aquela situação. Partindo deste princípio, foram selecionados os sintomas mais frequentes da bronquiolite, a partir da descrição do quadro clínico dos artigos levantados e da experiência clínica, para repertorização com o auxílio do Repertorio de Homeopatia Digital, do Dr. Ariovaldo Ribeiro Filho, 2012.[16]

Nesta repertorização não foram levados em conta os sintomas mentais, visto a dificuldade de observar os sintomas nesta faixa etária, conforme descrito anteriormente, e também tendo em vista o foco no uso do medicamento episódico. Os sintomas selecionados para essa repertorização foram:

- Gerais:
    - Cianose: foram somadas as rubricas generalidades, cianose e generalidades, cianose, em crianças pequenas;
    - Febre, rubrica febre, calor febril em geral.
- Locais:
    - Sibilância: foram somadas as rubricas respiração sibilante, respiração asmática e respiração assobiante;
    - Desconforto respiratório: foram somadas as rubricas respiração ansiosa, respiração ofegante, respiração arfante e respiração difícil;
    - Taquipnéia foi utilizada a rubrica respiração acelerada;
    - Estertores: a rubrica escolhida foi respiração estertorosa;
    - Batimento nasal: a rubrica selecionada foi nariz e olfato, dispneia, nasal;
    - Tosse: foram somadas as rubricas tosse seca, tosse asmática e tosse assobiante.

A repertorização completa está incluída nos anexos 3 e 4.

Após a repertorização, é feita a seleção dos medicamentos através da valorização da cobertura e/ou pontuação final. A cobertura se refere à equivalência maior ou menor de um medicamento com relação à totalidade sintomática característica, independente da pontuação. Este critério valoriza o registro na

Matéria Médica. Apesar de não excludente, a cobertura é considerada como um dos critérios mais importantes de avaliação. A pontuação deve ser utilizada apenas como um critério a mais no que se refere à valorização dos medicamentos a serem analisados. Em geral os medicamentos com patogenesia melhor estudada e mais antiga tendem a ter uma graduação maior. A pontuação é considerada como um critério relativo de análise.[14]

Deste modo, foram selecionados os medicamentos que cobriram a totalidade sintomática (Arsenicum Album e Pulsatilla Nigricans) e também foram considerados os medicamentos que cobriram 7 dos sintomas escolhidos, com pontuação mínima de 17 pontos (Antimonium Tartaricum, Cuprum Metallicum, Opium e Phosphorus).

8. MATÉRIA MÉDICA

8.1 Arsenicum Album

Os indivíduos *Arsenicum* apresentam-se com grande estado de esgotamento e prostração física, sentindo-se totalmente sem forças para realizar qualquer tipo de esforço.[17]

Tem uma inquietude e agitação intensa, que o obriga a mudar de posição e lugar constantemente; dá voltas na cama, sai ou pula dela. Inquietude durante a febre (que se alterna com sonolência e estupor).[18] À noite, o estupor de *Arsenicum album* é interrompido por acessos de agitação, acompanhado de dores e gemidos.[19]

Crises ocorrem com respiração sibilante, tosse e expectoração espumosa, não podem deitar-se pois têm a sensação de sufocação. Agonia em geral da 1 às 3 horas da madrugada.[20] Grande dispnéia com agitação e esgotamento. Catarros, dores queimantes no peito. Tosse seca, fatigante, assobiante, tosse que piora deitado. Sensação de constrição das vias aéreas. Catarro sufocante.[19]

Coriza com rinorréia pouco abundante, aquosa, escoriante, queimante, irritando o lábio superior, nariz obstruído e sem melhora por espirros.[19]

Arsenicum é em particular muito eficaz num grande número de enfermidades pulmonares, nas quais a respiração parece muito oprimida. É muito útil nas afecções asmáticas causadas ou agravadas por erupções suprimidas.[17]

8.2 Pulsatilla Nigricans

A criança típica de Pulsatilla é tímida e agarrada à mãe. Ela faz um bom contato com o médico, mas sob a proteção do colo da mãe. Melhor por consolo. A criança quer ser carregada lentamente.[21]

Bronquite com tosse seca no início da noite e úmida pela manhã, com expectoração de muco amarelo esverdeado, abundante. Tosse seca no início e durante a noite. Deve sentar-se na cama para melhorar. Após eliminação de muco amarelo esverdeado, a tosse cessa. Dispnéia sobretudo à noite, estando deitado de costas. Asma noturna, como se tivesse absorvido vapores de enxofre.[19] Respiração ruidosa ou estertorosa, piora durante o sono. Tosse espasmódica, constante, violenta, sufocante; aparece ou piora ao inspirar profundamente, por se aquecer ou em aposento quente. Tosse com violentos esforços que o impede de dormir. Tosse com muco no peito. Tosse com lacrimejamento, epistaxes, náuseas, arcadas e vômitos, dores de barriga, calafrios, choro e dores torácicas.[18]

Coriza frequente com espirros e obstrução nasal, calafrios e febre com pouca transpiração. Obstrução nasal com secreção abundante e mal cheiro no nariz. Crostas espessas e sanguinolentas, amareladas que se acumulam no nariz, endurecem, são expelidas pela manhã acompanhadas de muco purulento, amarelado.[19]

8.3 Antimonium Tartaricum

A criança quer ficar junto, grudada, aos que estão ao seu lado; quer que a peguem nos braços e fica melhor no colo, mas não quer que a toquem, que falem com ela ou que a olhem (piora ao acordar), exceto que a peguem no colo. Chora e se queixa se a tocam, não deixam examiná-la. Por outro lado, costuma ficar tranquila e dócil após o meio dia.[18]

É muito característico que a criança tenha tosse cada vez que se irrita, e ela se irrita com muita facilidade, ficando sempre mal-humorada. Em relação à tosse há outro sintoma mental: pranto lastimoso antes e durante a tosse.[18]

Grande acúmulo de muco nos brônquios e nos pulmões, que dificultam a respiração e a tornam ruidosa[19] e que são ouvidos à distância.[18] A tosse parece soltar pouco o catarro, mas a expectoração é impossível [19] devido a uma grande diminuição de seu poder expulsivo.[18] Esta é a grande característica de *Antimonium Tartaricum*. Respiração acelerada, ruidosa, desigual, intermitente, curta, trêmula, assobiante, dispneica, que para ao tossir, ofegante ou a boquejadas, piora ao tossir. Dispnéia, piora quando deitado (a criança respira melhor quando sentada erguida), melhora expectorando, não consegue ficar deitado ou só sobre o lado direito. Asma que piora à noite, às 3 horas, com tosse, por causa do muco na traquéia; melhora ao expectorar e com a cabeça sobre a mesa. Tosse com estertores, espasmódica, sufocante, às 3 ou às 4 horas, ou às 23 horas, ou das 22 horas à 1 hora da manhã, causada pela menor ingestão de alimentos, por menor que seja, ou por ingerir bebidas quentes, obrigando-o a sentar-se na cama, com náuseas e vômitos[18] (mucosos e alimentares[19]); melhora arrotando, com escassa ou nenhuma expectoração. Asfixia pálida do recém-nascido: a criança nasce pálida, não respira, boqueja. Bronquite capilar e broncopneumonias em bebês; a criança não consegue mamar e cada tentativa termina com gritos.[18]

Dispnéia com narinas muito dilatadas; batimento de asas nasais, sincrônicos com o movimento respiratório. Face cianótica e a asfixia é ameaçadora.[19]

8.4 Cuprum Metallicum

A criança não suporta ninguém perto dela e reage imediatamente batendo, gritando, mordendo, chutando, etc. Medo de que se aproximem dele, dos outros. A criança não suporta ninguém perto dela.[21]

Respiração acelerada e ruidosa, sibilante, estertorosa, ou retida, piora ao tossir; ou irregular ou em sacudidas. Sacudidas espasmódicas do diafragma com respiração curta, pioram pelo movimento e melhoram quando deitado. Asma com tosse, violentos ataques que aparecem e desaparecem bruscamente, com dispnéia sufocante e respiração sibilante, quase não consegue falar; não tolera nem um lenço na frente da face; com rosto vermelho escuro ou cianótico, olhos vermelhos e quentes, suores profusos, tremores nos membros; piora às 3 horas, ao tossir, ao rir, inclinando-se para trás. Tosse paroxística, espasmódica, violenta, em acessos prolongados ou interrompidos, persistente, sufocante, constante; esgotante; dura; piora das 23 horas à 1 hora, por causa de ar frio, por comer, rir, falar, engolir ou respirar fundo; melhora pelas bebidas frias, com constrição laríngea; convulsões; dispneia e violentas palpitações; com epistaxe. A tosse tem um som de gorgolejo, como ao sair água de uma garrafa. Coqueluche violenta, com três acessos seguidos em rápida sucessão; com rosto cianótico, unhas pálidas, olhos virados para cima; tosse até ficar em apnéia; está duro, rígido; vomita a comida; parece morto como em estado catatônico, depois de cada ataque; logo volta a respirar e vomita. Durante os paroxismos, elimina expectoração mucogelatinosa ou pútrida. Contrações espasmódicas e doloridas no tórax.[18]

8.5 Opium

Crianças com face/pele enrugada, parecem um velhinho ressecado.[21] Tanto orgânica como mentalmente tais crianças apresentam uma “anestesia” natural; situações onde se espera que sinta dores, nada refere.[20]

Tosse seca, violenta, oca, espasmódica, pior à noite, depois de descansar, ao engolir ou ao suspirar, por cócegas na laringe; às vezes com suores copiosos em

todo o corpo, ou com apneia e cianose.[18] Parada respiratória quando inicia o sono, deve ser chacoalhado para retomá-la.[19] Expectoração mucosa espessa ou sanguinolenta. Sua grande característica é uma respiração estertorosa, ruidosa e persistente, que acompanha todos os transtornos agudos de Opium, especialmente se simultaneamente há esturpor ou inconsciência. Respiração profunda; desigual; difícil; lenta (piora dormindo ou nas convulsões), intermitente, suspirosa, com roncos (piores durante os calafrios e a febre). Engasga logo que adormece, acorda sobressaltado. Asma espasmódica. Dores nos lados do tórax durante a inspiração.[18]

8.6 Phosphorus

A criança necessita de companhia, não tolera ficar sozinha.[17] O bebê é comprido e magro, seus dedos são compridos e finos, e as mãos firmes, enérgicas, buscando afeto.[22]

Tosse que sacode todo o corpo, piora ao caminhar no ar frio ou ao ar livre, ou indo do calor para o frio e ao esfriar. Tosse seca que piora à noite, durante a febre ou deitado do lado esquerdo. A tosse é irritante, esgotante, dolorosa, melhora ao dormir, deitado sobre o lado direito e o ingerir bebidas frias. Tosse com opressão considerável, com sensação de constrição e dores ardentes no peito, precisa se sentar na cama para expectorar. Hemoptises repetidas. Expectoração esverdeada, mucossanguinolenta ou estriada de sangue, purulenta, branco amarelada, transparente, aderente, ferruginosa, escassa. Respiração arquejante, ruidosa, estridulosa à noite ao dormir, superficial (tórax imóvel).[18] Ansiedade e angústia com respiração rápida, dispnéia e movimentos das asas do nariz.[19]

9. DISCUSSÃO

Durante a primeira infância, a bronquiolite é a causa mais comum de internações e frequentemente se torna um grande transtorno tanto para a criança quanto para sua família. É um problema de saúde pública que gera altos custos para os hospitais. A maioria dos casos se restabelece por completo, porém, até o momento, apesar de diversos estudos, a terapêutica alopática não encontrou nenhum tratamento que seja comprovadamente eficaz e benéfico para o paciente, sendo preconizados somente os cuidados de suporte. Os tratamentos atuais não implicam em redução no tempo de internação, no tempo de oxigenioterapia ou na prevalência de reinternações. Além disso, algumas opções terapêuticas medicamentosas convencionais podem provocar efeitos colaterais indesejáveis, podendo lesar órgãos vitais, como, por exemplo, rins e fígado, em um indivíduo em pleno desenvolvimento.

Sendo a Homeopatia uma ciência médica bem estudada, com eficácia comprovada em diversos quadros clínicos e sem efeitos colaterais significativos, pode ser utilizada como terapêutica para os casos de bronquiolite com o intuito de reestabelecer o equilíbrio do organismo.

10. CONCLUSÃO

A homeopatia oferece muito mais recursos do que os descritos neste trabalho. É uma terapêutica mais ampla e com menos efeitos colaterais para o paciente. Na terapia alopática, o mecanismo de ação dos medicamentos segue o princípio "*contraria contrariis curantur"* (dos contrários), simplesmente para combater a doença através da supressão dos sintomas manifestados e, deste modo, além de não estimular o organismo daquele indivíduo, pode acarretar recidivas frequentes ou desencadear outros tipos de manifestações. Por outro lado, o medicamento homeopático segue o princípio "*similia similibus curantur"* (dos semelhantes), e age criando uma doença artificial naquele organismo, a fim de que o mesmo reaja e possa combater o desequilíbrio que levou à enfermidade. Esse mecanismo de cura leva a um estímulo da energia vital com consequente reequilíbrio da mesma e pode proporcionar uma cura mais rápida, menos agressiva e mais duradoura. Além disso, a terapia homeopática se torna mais abrangente do que a alopática pois, após o restabelecimento do quadro agudo, é possível encontrar o medicamento daquele indivíduo, conhecido como *simillimum*, que fará com que o mesmo possa manter um estado de saúde duradouro, prevenindo recidivas futuras. Do ponto de vista socioeconômico, o tratamento homeopático, podendo ser realizado em domicílio e com a possibilidade de restabelecer a saúde de maneira mais rápida e suave, seria um modo de diminuir os custos tanto para a saúde pública, privada ou para os próprios familiares envolvidos, visto que essa doença é responsável pelo maior número de internações em crianças menores de 2 anos de idade.

Em síntese, os medicamentos homeopáticos descritos são possibilidades terapêuticas que podem ser aplicadas em pacientes com bronquiolite e comparados

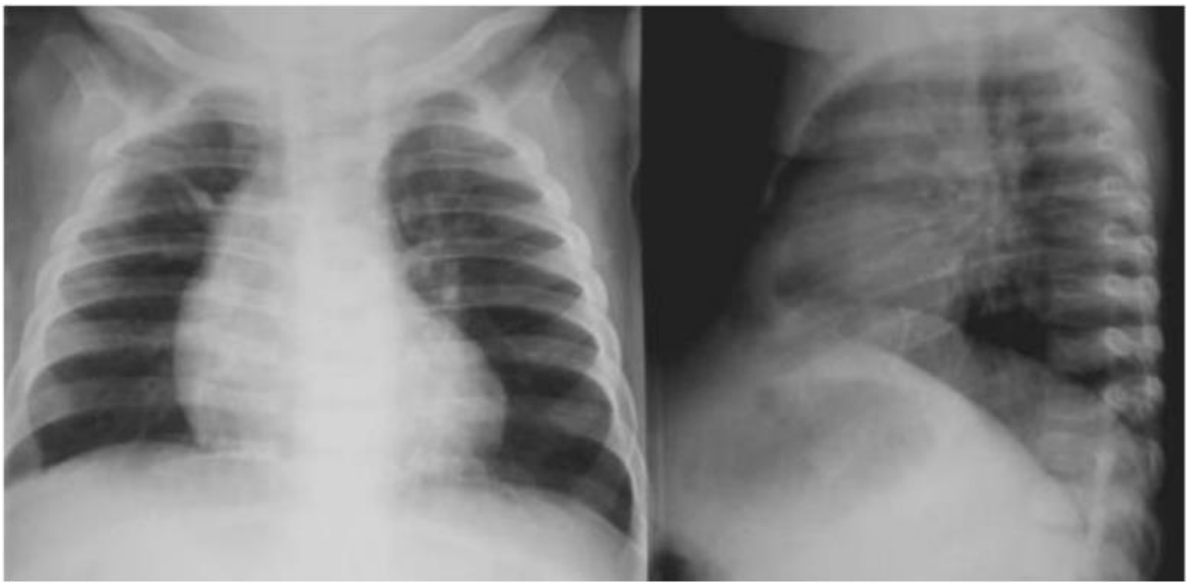
com os tratamentos alopáticos que já não se mostram tão eficazes. A partir disto, é necessária a realização de estudos controlados que comprovem as vantagens do tratamento homeopático tanto para o restabelecimento mais rápido e duradouro da saúde da criança quanto para o alivio do estresse familiar.

ANEXO 1

AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA BRONQUIOLITE EM CRIANÇAS MENORES DE 12 MESES

	LEVE	**MODERADA**	**GRAVE**
APETITE	Normal	Menos do que o usual, mais da metade do habitual	Ausente ou menos da metade do habitual
FREQUENCIA RESPIRATORIA	< 2 meses,> 60ipm > 2 meses,>50ipm	> 60 ipm	> 70 ipm
RETRAÇÕES DE TÓRAX	Leve	Moderada	Grave
BATIMENTO NASAL OU ESTRIDOR	Ausente	Ausente	Presente
OXIMETRIA	> 92 %	88 – 92 %	< 88 %
ESTADO GERAL	Normal	Irritado	Letárgico

ANEXO 2



FONTE: PROPED Programa de Atualização em Terapêutica pediátrica: ciclo 1 – Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014, pág. 45.

ANEXO 3

Repertorização

Repertório Homeopático Digital - HOMEOSOFT 3.0.0.108

Id	Sintomas da Repertorização	Diret	S1	S2	S3	S4
1	RESPIRACAO -> SIBILANTE	☐	☑	☐	☐	☐
2	RESPIRACAO -> ASMATICA	☐	☑	☐	☐	☐
3	RESPIRACAO -> ASSOBIANTE	☐	☑	☐	☐	☐
4	RESPIRACAO -> ANSIOSA	☐	☐	☑	☐	☐
5	RESPIRACAO -> OFEGANTE	☐	☐	☑	☐	☐
6	RESPIRACAO -> ARFANTE	☐	☐	☑	☐	☐
7	RESPIRACAO -> DIFICIL	☐	☐	☑	☐	☐
8	GENERALIDADES -> CIANOSE	☐	☐	☐	☑	☐
9	GENERALIDADES -> CIANOSE -> criancas pequenas, em	☐	☐	☐	☑	☐
10	TOSSE -> SECA	☐	☐	☐	☐	☑
11	TOSSE -> ASMATICA	☐	☐	☐	☐	☑
12	TOSSE -> ASSOBIANTE	☐	☐	☐	☐	☑
13	RESPIRACAO -> ACELERADA	☐	☐	☐	☐	☐
14	NARIZ E OLFATO -> DISPNEIA -> nasal	☐	☐	☐	☐	☐
15	RESPIRACAO -> ESTERTOROSA	☐	☐	☐	☐	☐
16	FEBRE -> FEBRE, calor febril em geral	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 4

Repertorização

Id	Abrev	Cobert.	Pts	S1	S2	S3	S4	13	14	15	16
1	ARS	8	21	3	3	2	3	3	2	2	3
2	PULS	8	18	3	3	1	3	2	1	2	3
3	ANT-T	7	18	2	3	2	3	3	0	2	3
4	CUPR	7	17	3	3	3	3	3	0	1	1
5	OP	7	17	2	3	3	2	2	0	3	2
6	PHOS	7	17	2	3	2	3	3	0	1	3
7	ACON	7	16	2	3	1	3	3	0	1	3
8	BELL	7	16	2	2	2	3	3	0	1	3
9	CHIN	7	16	3	3	1	3	2	0	2	2
10	LACH	7	16	2	3	3	3	0	1	2	2
11	LYC	7	16	2	3	1	2	3	0	2	3
12	SPONG	7	16	3	3	1	3	1	0	2	3
13	SULPH	7	16	3	3	1	3	3	1	0	2
14	NUX-V	7	15	2	2	1	3	2	0	2	3
15	STRAM	7	15	3	2	1	2	2	0	2	3

15	STRAM	7	15	3	2	1	2	2	0	2	3
16	LAUR	7	14	2	2	3	2	1	0	2	2
17	NUX-M	7	14	2	3	1	2	2	0	2	2
18	AM-C	7	13	2	2	2	2	1	0	3	1
19	ARN	7	13	1	2	1	2	2	0	2	3
20	CAMPH	7	12	1	2	3	1	2	0	2	1
21	CHAM	7	12	2	2	1	2	2	0	1	2
22	HYOS	7	12	1	2	1	3	2	0	1	2
23	COCC	7	9	1	2	1	1	1	0	1	2
24	PETR	7	9	1	1	1	3	1	0	1	1
25	PLB	7	9	1	2	1	2	1	0	1	1
26	SUL-AC	7	9	2	1	1	1	1	0	1	2
27	SABAD	7	7	1	1	1	1	0	1	1	1
28	IP	6	17	3	3	2	3	3	0	0	3
29	BRY	6	15	2	3	1	3	3	0	0	3
30	CARB-V	6	15	3	3	3	2	3	0	0	1

REFERÊNCIAS

1. ØYMAR, K. et al; **Acute bronchiolitis in infants, a review.** Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2014, April; 22:23.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Clinical Practice Guideline: the diagnosis, management and prevention of bronchiolitis.** Pediatrics 2014, 134: e1474 – e1502.
3. JÚNIOR, D. C. et al; **Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria.** 3. Ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
4. SBP. **Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo virus sincicial respiratório (VSR).** Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr_versao_final1.pdf. Acesso em 9 de janeiro de 2016.
5. BERMAN, R. E. et al; **Nelson, tratado de pediatria.** 17. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
6. FRIEDMAN, J. N. et al; **Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age.** Paediatr Child Health. 2014, November. Vol 19, Nº9.
7. FERNANDES, RM, et al. **Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children (Review).** The Cochrane Library, 2013, Issue 6.
8. BARBEN, J. and KUEHNI, C. E.; **Hypertonic saline for acute viral bronchiolitis: take the evidence with a grain of salt.** Eur Respir J. 2014; 44: 827-830.
9. MCCALLUM, G. B. et al; **A single dose of azithromycin does not improve clinical outcomes of children hospitalized with bronchiolitis: a randomized, placebo-controlled trial.** Plos one. 2013, September. Volume 8, Issue 9.
10. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Diagnosis and management of bronchiolitis.** Pediatrics 2006, 118: 1774 – 1793.
11. PUSTIGLIONE, M. **O Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann para o Século 21.** 1ª. Ed. São Paulo: Editora Organon, 2012.

12. FONTES, O. L. et al. **Farmácia Homeopática: Teoria e Prática.** 4 Ed. São Paulo: Editora Manole, 2012.
13. DIAS PAULO, A. L. **Os Miúdos – Pequenos medicamentos em pediatria homeopática.** 2ª. Ed. São Paulo: Editora Organon, 2015.
14. FILHO, A. R. **Conhecendo o repertório e a semiologia homeopática.** 1ª.Ed. São Paulo: Editora Organon, 2008.
15. FILHO, A. R. **Repertório de Homeopatia.** 2ª ed. São Paulo: Editora Organon, 2010.
16. FILHO, A. R. **Repertório Homeopatia Digital.** 1ª. Ed. São Paulo: Editora Organon, 2013.
17. BRUNINI, C. R; GIORGI, M. S. **Matéria médica homeopática interpretada.** 2ª. Ed. Belo Horizonte: Hipocrática Hahnemanniana, 2014.
18. VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática.** 2ª. Ed. São Paulo: Editora Organon, 2012.
19. LATHOUD, J. A. **Estudos de Matéria Médica Homeopática.** 3ª. Ed. São Paulo: Editora Organon, 2010.
20. BRUNINI C. **A criança de …** 1ª Ed. São Paulo: Mythos, 1993.
21. JAIN, P. B. **Fundamentos de Homeopatia Pediátrica.** 1ª. Ed. India: Nitya Publications, 2004.
22. BRUNINI C. et al. **Matéria médica homeopática ibehe.** 3ª Ed. São Paulo: Mythos, 1992.