

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
RAFAEL WANDERLEY HONDA

TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA ABORDAGEM HOMEOPÁTICA.
RELATO DE CASO

SÃO PAULO - SP
2020

RAFAEL WANDERLEY HONDA

TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA ABORDAGEM HOMEOPÁTICA.
RELATO DE CASO

Monografia apresentada a ALPHA/APH
como exigência para a obtenção do título de
especialista em Homeopatia.

Orientador: Mario Giorgi

SÃO PAULO - SP

2020

Honda, Rafael Wanderley

TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA ABORDAGEM
HOMEOPÁTICA. RELATO DE CASO. / Rafael Wanderley
Honda. -- São Paulo, 2020.

45f. 30 cm, il.

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

Orientador: Prof. Mario Giorgi

1. Homeopatia 2. Transtorno de Pânico 3.
Gelsemium sempervirens

Agradecimento:

Agradeço aos professores da APH, pela sua orientação, dedicação e paciência, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Agradeço a Deus, minha família, minha esposa Fernanda e minha filha Maria Clara por todo amor e apoio nesta caminhada.

RESUMO

O transtorno de pânico (TP) é um transtorno de ansiedade (TA), classificado pelo manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), com alta demanda dos serviços de saúde no Brasil e no Mundo, sendo umas das causas de maior importância no absenteísmo das funções laborais, média de 33,7 dias/ano. Os TA são uma condição psiquiátrica frequente e o Brasil está em 4º lugar no mundo em número de pacientes decorrente desta afecção, e apresenta taxa de prevalência de ansiedade maior que a média global. Dentre os transtornos de ansiedade o TP foi a condição que mais demandou a procura de um serviço de saúde, um 56,7% do total dos TA. Outro dado alarmante seria que apenas 23,7 % dos pacientes diagnosticados com TA tiveram acesso a algum serviço de saúde. A prevalência-ano de TA foi alta de 19,9% em algumas regiões do Brasil (sudeste e sul) e prevalência vida foi de 28,1% na região metropolitana de São Paulo, o que nos mostra uma alta persistência destes transtornos mentais. (1)

O presente trabalho de conclusão de curso foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica e relato de caso de paciente atendido no ambulatório da Associação Paulista de Homeopatia em São Paulo - SP - Brasil. Relata um caso clínico de uma paciente de 32 anos do sexo feminino com transtorno de pânico que foi tratada com homeopatia. A homeopatia vem nos mostrando ser uma alternativa aos tratamentos já estabelecidos para estes tipos de transtornos com muitos benefícios para o paciente. O tratamento homeopático é uma abordagem médica holística e ferramenta terapêutica de grande valor para diversas patologias.

Palavra chaves: Homeopatia, Transtorno de Pânico, Gelsemium sempervirens

ABSTRACT

Panic disorder (PD) is an anxiety disorder (ED), classified by the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), with high demand for health services in Brazil and in the World, being one of the causes of greatest importance in absenteeism from work functions, average of 33.7 days / year. AT are a frequent psychiatric condition and Brazil is in 4th place in the world in number of patients due to this condition, and has a higher prevalence rate of anxiety than the global average. Among anxiety disorders, PD was the condition that most demanded the search for a health service, 56.7% of the total of ED. Another alarming fact would be that only 23.7% of patients diagnosed with ED had access to any health service. The year-prevalence of ED was 19.9% high in some regions of Brazil (southeast and south) and life prevalence was 28.1% in the metropolitan region of São Paulo, which shows us a high persistence of this mental disorder. (1)

The present work of conclusion of course was carried out from a bibliographic review and case report of a patient attended at the outpatient clinic of the Associação Paulista de Homeopatia in São Paulo - SP - Brazil. Reports a clinical case of a 32-year-old female patient with panic disorder who was treated with homeopathy. Homeopathy has shown us to be an alternative to treatments already established for these types of disorders with many benefits for the patient. Homeopathic treatment is a holistic medical approach and a valuable therapeutic tool for various pathologies.

Key words: Homeopathy, Panic Disorder, *Gelsemium sempervirens*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. TRANSTORNO DE PÂNICO (TP)	10
2.1 ATAQUE DO PÂNICO: HISTÓRIA.....	10
2.2 ATAQUE DO PÂNICO E COMORBIDADES EM SAÚDE MENTAL.....	12
2.3 DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO PÂNICO	13
2.4 GESTÃO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DO PÂNICO.....	14
2.5 TRATAMENTO	19
3. HOMEOPATIA.....	22
3.1 HISTÓRIA DA HOMEOPATIA	22
3.2 PRINCÍPIOS DA HOMEOPATIA	25
4. A CONSULTA EM HOMEOPATIA.....	28
5. CASO CLÍNICO	31
5.1 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	31
5.2 REPERTORIZAÇÃO.....	36
5.3 EVOLUÇÃO DA PACIENTE	37
5.4 COMENTÁRIOS DA EVOLUÇÃO	38
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

Um ataque de pânico começa desde um estado calmo ou estado ansioso. Pode causar um medo ou desconforto intenso iniciando abruptamente e alcançando o ápice em poucos minutos. Ocorre uma série de sintomas subjetivos ou objetivos, e sintomas específicos da cultura (por exemplo: gritos, choro incontrollável, gemidos, cefaleias, etc...). Estes últimos devem ser desconsiderados. Existem critérios para estabelecer o diagnóstico de transtorno de pânico pela DSM-V que serão abordados neste trabalho. (2)

O método homeopático de curar os pacientes do ponto de vista homeopático, seja qual for a origem, é diferente do método alopático. Existe o princípio da semelhança como método terapêutico, fato este que é desconhecido por parte significativa dos médicos. Utiliza-se medicamentos homeopáticos, ou seja, medicamentos diluídos e dinamizados que ao serem experimentados causarão sintomas em pessoas sadias. A capacidade deste medicamento homeopático de produzir sintomas nestes pacientes sadios pode, em sua potência e ação adequada, eliminar a doença em pacientes com sintomas semelhantes. Este princípio é o que rege a homeopatia descrito em latim como "*similia similibus curentur*", traduzindo seria "semelhante cura semelhante". Metodica esta mencionada em um papiro em 1500 A.C. e depois por Hipócrates que viveu de 460 a 350 A.C. na Grécia antiga. Este último, considerado o Pai da medicina, descreveu 3 princípios básicos para a cura. São eles: "*Natura medicatrix*", "*Contraria contrariis*" e "*Similia similibus*", cura por meios naturais, cura por meio dos contrários e cura por meio dos semelhantes, respectivamente.

Vamos identificar neste trabalho, um diagnóstico de um paciente desde o ponto de vista alopático, classificado pela Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como Transtorno de Pânico (TP) que pertence a um grupo de Transtorno de Ansiedade (TA). Posteriormente mostraremos como fizemos a abordagem da consulta homeopática para identificar os elementos para compor nossa totalidade sintomática característica (TSC) e encontrar um medicamento similimum para este paciente, ou seja, um medicamento homeopático individualizado capaz de fazer uma cobertura dos sintomas e atuar no caminho da cura, reestabelecendo a saúde do paciente de forma rápida, suave e duradoura ou removendo e destruindo integralmente a doença pelo caminho mais curto, mais seguro e menos prejudicial para o paciente conforme foi orientado pelo médico Samuel Hahnemann. (3) (4)

2. TRANSTORNO DE PÂNICO (TP)

2.1 Ataque do Pânico: história

Na primeira metade do século XIX o ataque de pânico foi relatado por médicos durante as guerras e por uma publicação do Dr. Jacob Mendes da Costa, sinais e sintomas de ataque de ansiedade recebendo o nome de “coração irritável” ou Síndrome de Da Costa.

Freud, em 1926, descreveu e caracterizou o Ataque de Ansiedade pode ser provocada por uma afetação que começa bruscamente, repentinamente, na consciência sem ser despertada pelo curso da imaginação. Algumas formas que caracteriza este Ataque seriam: palpitações, arritmias breves, taquicardia, ataques de suor, ataque de tremores, dispneia nervosa, convulsões (fáceis de confundir com ataques histéricos), diarreias emergentes e parestesias. Freud reuniu muitos dos atuais transtornos de ansiedade em uma única entidade chamada Neurose de Ansiedade. Os ataques de pânico eram chamados ataques de ansiedade. (2)

Durante a década de 60 o psiquiatra americano Donald Klein começou a tratar pacientes com Neurose de Ansiedade, como era chamado o Transtorno de Pânico na época, com a medicação Imipramina. Este medicamento tinha sido recém lançada na época. Internou os pacientes e realizou testes terapêuticos. Não obteve melhora significativa, mas nas semanas seguintes houve menos procura por parte destes pacientes nos postos de saúde relatando estes status de ansiedade. Definiu posteriormente, após analisar e estudar o quadro destes pacientes como um quadro nosológico com características próprias o que se denominou transtorno do pânico.

Esta patologia faz parte de um grupo raro de patologias que foram caracterizadas a partir de seu tratamento.

Somente em 1980 o Transtorno do Pânico se tornou diagnóstico nosológico pela Associação Americana de Psiquiatria – no Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais - III (DSM-III).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais – V (DSM-V), de 2014, considera que para caracterizar o ataque de Pânico o paciente precisa ter um surto abrupto de medo ou desconforto que alcança pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais sintomas de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos.

Existe semelhança na descrição desta afecção de Dr. Jacob da Costa, Dr. Freud e a última atualização do DSM-V. O que nos mostra que historicamente sempre existiu este transtorno com algumas diferenciações na nomenclatura e que sempre houve uma preocupação em torno desta afecção pois esta pode levar a outros transtornos mentais, incapacidade laboral e a procura com mais frequência dos serviços de saúde.

2.2 Ataque do Pânico e Comorbidades em Saúde Mental

Em um estudo longitudinal prospectivo de 5 anos, em Munique na Alemanha, composta com 3.021 indivíduos com idades entre 14 e 24 anos desenvolvido para coletar dados sobre prevalência, fatores de risco, comorbidade e curso de transtornos mentais e de uso de substâncias em uma amostra representativa da comunidade, mostrou que 89,4% dos indivíduos com ataques de pânico na linha de base desenvolveu pelo menos um transtorno mental durante o período, enquanto 52,8% dos indivíduos sem ataques de pânico também desenvolveram algum transtorno mental. Indivíduos com ataques de pânico na linha de base apresentaram 54,6% mais alterações de qualquer transtorno de ansiedade, e 25,0% os indivíduos sem o diagnóstico de ataques de pânico apresentaram qualquer transtorno de ansiedade.

O risco de aparecimento de qualquer transtorno de ansiedade, fobia social, fobia específica, transtorno de ansiedade generalizada, qualquer transtorno por uso de substâncias e qualquer transtorno por uso de álcool no acompanhamento na idade adulta jovem foi aumentado consideravelmente nos pacientes com ataques de pânico preexistentes.

Os ataques de pânico são considerados como um fator que aumenta as chances de apresentar outros transtornos mentais em todos prováveis diagnóstico de saúde mental entre jovens e parece ser um fator de risco para o aparecimento de transtornos específicos de ansiedade e uso de substâncias. (6)

2.3 Diagnóstico de Transtorno do Pânico

A DSM-V classifica o TP como um Transtorno de Ansiedade (TA) e pode ser diagnosticada com os critérios abaixo:

Tabela 01: Critérios diagnósticos para o Transtorno de Pânico

A - Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.	1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer. Nota: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrolável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.
B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características:	1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”). 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).
C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).	
D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).	

Tabela 01

Fonte: DSM-V, 2014. (6)

Quando utilizamos o termo *recorrente* que dizer que precisa ser mais de um ataque de pânico *inesperado*, este termo *inesperado* significa que o ataque não está relacionado com indício ou fator desencadeante claro no momento do ataque. Podendo se iniciar sem que esteja relacionado com qualquer atividade durante o dia ou até mesmo durante o sono, que se chamaria ataque de pânico noturno.

Esta interpretação do ataque ter sido recorrente e inesperado cabe ao clínico poder julgar com base num questionário detalhado e cuidadoso, em conjunto do julgamento do próprio paciente, para dizer se o ataque foi precedido de alguma razão aparente ou não.

É importante salientar que os ataques devem ser diferenciados de outras condições médicas como transtornos cardíacos, respiratórios, vestibular e gastrointestinal, por exemplo. Também é válido reconhecer que podem estar no contexto de outro transtorno mental como transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtorno alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno psicóticos, transtorno relacionados com a personalidade, entre outros.

Para o diagnóstico de transtorno de Pânico são necessários ataques de pânico inesperados e recorrentes.

2.4 Gestão do paciente com transtorno do pânico

Esta doença mental comum e muitas vezes incapacitante precisa de um plano para o tratamento e um manejo da evolução para ter um aprimoramento da terapêutica com diminuição dos ataques de pânico. Desta forma não devemos somente reduzir a frequência e intensidade dos AP, também devemos reduzir a

ansiedade antecipatória, evasão agorafóbica, otimizar a remissão completa dos sintomas e retomar a um nível pré-mórbido de funcionalidade.

Este manejo consiste em compreender um conjunto que abarca as atividades e intervenções que devem ser oferecidos aos pacientes com TP cuja modalidades específicas demonstram eficácia.

Enumeremos algumas ações para esta gestão:

1- Estabelecendo uma aliança terapêutica	Estabelecer uma aliança terapêutica para que o cuidado do paciente seja uma colaboração entre ambos. Estar atento às preferências do paciente e suas preocupações com o tratamento são essências para estabelecer esta aliança. Utilizar linguagem de fácil compreensão para educar o paciente em relação à sua afecção. Muitos pacientes com este transtorno têm medo de efeitos colaterais dos medicamentos e situações agorafóbicas, por isso é importante estabelecer este vínculo de confiança para reduzir os impactos que a ansiedade pode causar.
2- Realização da avaliação psiquiátrica	Os pacientes tem de passar por uma avaliação para diagnosticar o transtorno do pânico. Deve se avaliar história da doença presente e sintomas atuais; Histórico de doença psiquiátrica pessoal e familiar; Exames para descartar causas orgânicas do transtorno; buscar eventos recentes estressantes e traumas na vida do paciente. Realizar anamnese completa. Procurar outros transtornos psiquiátricos associados pois pode mudar o prognostico ou resposta ao tratamento. Descartar outros transtornos de ansiedade como: a) Fobia Específica: Pessoa exposta a uma situação ou estímulo específico temido b) Fobia Social: Pessoa exposta a situação que tem medo de passar por desaprovação pelos outros. c) Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Pessoa exposta ao foco de uma obsessão onde foi impedido de realizar um comportamento compulsivo. d) Transtorno de estresse pós-traumático: Paciente exposto a uma lembrança de experiencia traumática ou a uma situação que o paciente sente que sua segurança é ameaçada.

	e) Transtorno de Ansiedade Generalizada: Pessoa com crise intensa de preocupação f) Ansiedade de Separação: Pessoa com exposição a separação de casa ou de parentes próximos
3- Adaptação do Plano de Tratamento para cada Paciente	Pode haver muitas semelhanças entre os pacientes, mas é importante diferenciar as individualidades de cada um. A frequência com que as crises aparecem nos pacientes são muito variáveis. Ter sensibilidade com estas diferenças e fazer com que o paciente entenda estes sintomas e até monitorar diariamente os mesmos são formas de tentar revelar gatilhos de sintomas e ataques de pânico. Outra vez é importante afastar qualquer outro distúrbio psiquiátrico para obter melhor resultado com a terapêutica.
4- Avaliando a Segurança do Paciente	Existe um aumento no risco de ideação suicida e comportamento suicidas em pacientes com transtorno do pânico. Uma avaliação cuidadosa para risco de suicídio é essencial para os pacientes com TP. Nesta avaliação deve incluir: a) Sintomas pediátricos conhecidos por estarem associados ao suicídio como tentativa de suicídio, agressão, violência aos outros, impulsividade, desesperança, agitação, entre outros. b) Avaliação de comportamento suicida anterior, incluindo intenção e atos autolesivos c) História familiar de doença mental d) Fatores estressantes atuais como perdas, baixo apoio social, disfunção familiar, problemas físicos, doenças crônicas, problema de relacionamento, financeiro ou ocupacional. e) Fatores potenciais para proteção do indivíduo como razões positivas para viver, espiritualidade, tolerância a frustração ou habilidades de enfrentamento. f) Investigação específica sobre pensamentos suicidas como intenção, plano, meio e comportamentos.
5- Avaliação de tipos e gravidade de comprometimento funcional	Há um comprometimento funcional do paciente com TP considerável. Podendo levar o paciente para uma incapacidade funcional dependendo da gravidade.
6- Estabelecendo metas para o	O objetivo final do tratamento de primeira linha para doença transtorno do pânico é reduzir a

tratamento	frequência e intensidade dos ataques. Existe as terapias farmacológicas e não-farmacológicas. Deixar o paciente consciente sobre as medicações e seus efeitos adversos, o que esperar como resultado e quando isso pode ocorrer em média de tempo é uma opção para tentar estabelecer as metas para o tratamento. Esclarecer que os objetivos a serem alcançados são atingíveis e que os problemas apresentados tem solução. Fazer com que o paciente tenha comportamento positivo e obtenha mudança de comportamento.
7- Monitorando o Status Psiquiátrico do Paciente	Os diferentes elementos do transtorno do pânico geralmente se resolvem em diferentes momentos durante o tratamento. É necessário realizar uma monitorização dos sintomas que o paciente apresentou inicialmente e realizar um plano para o tratamento. Existem escalas para monitorar continuamente a gravidade dos sintomas de transtorno de pânico. A Escala de classificação como o Panic Disorder Severity Scale (PDSS) pode contribuir a melhorar a entrevista do psiquiatra. O avaliador deve instruir o paciente a monitorar os sintomas de pânico desde que isto não venha a prejudica-lo na terapêutica, colocando em discussão os riscos e benefícios. O foco nos sintomas pode gerar aumento da ansiedade, mas nos brinda o benefício de ter uma avaliação mais precisa dos sintomas.
8- Oferecer Educação ao Paciente e, Quando apropriado, Para a Família	Quando feito o diagnóstico do transtorno do pânico deve informar o paciente sobre seu curso clínico e complicações. Transmitindo esperança e boas expectativas sobre o tratamento e como influenciará no curso do transtorno. Também é louvável salientar que na maioria dos casos os sintomas não são preocupantes para o risco de morrer e irá diminuir com o tratamento. Embora alguns pacientes acreditem que tem algo orgânico e que não esteja relacionado com a alteração do sistema nervoso central. Podem acreditar fervorosamente que tem alguma doença cardíaca ou pulmonar. Ajudar o paciente a perceber que esses sintomas não apresentam risco de vida. Muitas vezes a educação pode aliviar sintomas do TP. A família é um pilar fundamental para poder ajudar e entender que por mais aterrorizantes que possa parecer um ataque de pânico é essencial manter a calma e tentar acalmar o paciente. Informar ao paciente

	que promover hábitos saudáveis também é parte do tratamento. Estimular a realização de exercícios, boa higiene do sono e diminuir ou cortar o café, tabaco, álcool e outras substâncias deletérias.
9- Coordenar o Atendimento do Paciente com outros Médicos	Inicialmente o paciente provavelmente será avaliado por profissional de saúde não psiquiátrico onde irá realizar exames para descartar uma doença orgânica. Geralmente o psiquiatra irá consultar o paciente após alguns exames e vendo que não tem relação a clínica com os exames, então irá a um psiquiatra. Isto pode atrasar o início do tratamento do transtorno do pânico. É interessante que o psiquiatra mantenha a comunicação com os outros médicos para estabelecer uma educação continuada e olhar multiprofissional do paciente.
10- Melhor adesão ao tratamento	Durante o tratamento do TP o paciente irá enfrentar muitos elementos que ele teme. Geralmente tem medo de efeitos adversos de medicamentos, por isso tem medo de tomar medicamentos e podem ser muito sensíveis a sensações somáticas induzida por eles mesmo. Durante a terapia inicial com medicamento pode haver um aumento da ansiedade até começar a atuar o nível terapêutico e iniciar os efeitos benéficos do fármaco. O enfrentamento dos medos nas terapias ou até estar mais atentos à elas registrando-as, também podem causar intensificação da ansiedade. Desta forma é imprescindível manter o paciente bem informado quanto as repercussões do tratamento e refletir sobre seus problemas de forma que garanta uma aceitação e apoio familiar para concluir a terapêutica com eficácia.
11- Trabalhando com o Paciente para Abordar os Primeiros Sinais da Recaída	Pode ocorrer uma exacerbação dos sintomas mesmo o paciente estando em tratamento. Estas alterações podem ser desconcertantes até que possa alcançar um nível de remissão dos ataques.

Tabela 02

Fonte: APA- American Psychiatric Association. 2010. (7)

2.5 Tratamento

Informações a respeito de tratamento farmacológico e terapias psicossociais tem mostrado benefícios comprovados no tratamento do transtorno do pânico.

O uso de Inibidor Da Recaptação De Serotonina (SSRI), Inibidor Seletivo Da Recaptação Da Serotonina (SNRI), Antidepressivo Tricíclicos (TCA), Benzodiazepínicos ou Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como terapia inicial é fortemente apoiado e tem eficácia comprovada em diversos estudos científicos.

TABLE 5. Dosing of Antidepressants and Benzodiazepines for Panic Disorder

	Starting Dose and Incremental Dose (mg/day)	Usual Therapeutic Dose (mg/day) ^a
SSRIs		
Citalopram	10	20–40
Escitalopram	5–10	10–20
Fluoxetine	5–10	20–40
Fluvoxamine	25–50	100–200
Paroxetine	10	20–40
Paroxetine CR	12.5	25–50
Sertraline	25	100–200
SNRIs		
Duloxetine	20–30	60–120
Venlafaxine ER	37.5	150–225
TCAs		
Imipramine	10	100–300
Clomipramine	10–25	50–150
Desipramine	25–50	100–200
Nortriptyline	25	50–150
Benzodiazepines		
Alprazolam	0.75–1.0 ^b	2–4 ^b
Clonazepam	0.5–1.0 ^c	1–2 ^c
Lorazepam	1.5–2.0 ^b	4–8 ^b

Tabela 03

Fonte: APA - American Psychiatric Association.. 2010. (7)

Não existe evidências para orientar que há uma intervenção farmacológica ou psicossocial melhor que as outras terapias. Temos que levar em consideração os riscos e benefícios individualizado, preferência do paciente, bem como histórico do paciente em relação a terapias anteriores, disponibilidade de tempo e outras condições clínicas e psiquiátricas. O TCC é recomendado para pacientes que

preferem tratamento não medicamentoso e podem investir tempo e esforço necessários para participar de sessões semanais.

A farmacoterapia é recomendada para pacientes que preferem esta terapêutica ou que não tem tempo disponível ou disponibilidade financeira para se envolver em outro tratamento profissional. A associação das duas terapias mencionadas acima traz como benefício melhores resultados a longo prazo, diminuindo a chance de recaída quando o tratamento medicamentoso é interrompido. Os pontos positivos da farmacoterapia são a facilidade para adquirir a medicação e menos esforço para alcançar um efeito benéfico. Os pontos negativos são os riscos de efeitos adversos chegando a 20 % de desistência dos pacientes em realizar o tratamento como mostrou em ensaios clínicos, onde foi citado que o motivo para desistir do estudo foram os efeitos colaterais. Outro ponto negativo foram os sintomas que aparecem ao descontinuar a medicação.

A resposta ao tratamento medicamentoso pode ocorrer nas primeiras 3-4 semanas de tratamento. A dose do medicamento vai sendo aumentada para ter uma melhor tolerância ao fármaco e ir aumentando a dose gradualmente após as primeiras 2 semanas de tratamento. Muitos especialistas, dessa forma, recomendam avaliar se a farmacoterapia está funcionando pelo menos 6 semanas após o início do tratamento.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma psicoterapia que a curto prazo pode haver uma piora dos sintomas, mas a longo prazo traz benefícios e auxilia a diminuir a recidiva dos ataques. Há uma evasão do tratamento entre 10 a 30 % dos pacientes que começaram a terapia devido desprendimento de tempo, mais esforços e aumento de ansiedade. O paciente precisa de disciplina, tempo e ser forte para enfrentar situações temidas ao realizar a “Lição de Casa” que faz parte

do tratamento. Outra desvantagem da psicoterapia é que não é comum encontrar disponibilidade desta terapia em todas as cidades, não é acessível em todas as localidades.

Na fase aguda da doença a associação da farmacoterapia com psicoterapia mostrou ser uma prática comum entre os profissionais da saúde e mostrou uma vantagem pequena em relação a monoterapia. Na fase crônica da doença não mostrou diferença.

Na literatura foi indicado que a melhora com a TCC pode ocorrer ao redor de 12 sessões de tratamento concluídas.

De modo geral, combinar as terapias tem sido uma escolha frequente de terapeutas e pacientes quando tem disponibilidade. Mostrou que podem proporcionar um controle imediato das angústias, reduzir as recaídas e diminuir o uso de medicamento a longo prazo. (7)

3. HOMEOPATIA

3.1 História da Homeopatia

Antes de Samuel Hahnemann, precursor do método terapêutico homeopático, houve citação acerca da “lei do semelhante” ou “lei da similitude” por outros médicos e filósofos. Na Grécia antiga ao redor de (492-432 A.C.), há fatores que levam a crer que Empédocles, um sábio, fez a primeira referência acerca deste tema. Deriva deste médico e filósofo a doutrina da eternidade e imutabilidade do ser humano. A sua citação sobre os semelhantes se restringe a conceitos filosóficos.

Hipócrates (460-377 A.C.), médico e filósofo, Pai da medicina escreve que a doença é produzida pelo semelhante e pelo semelhante ela se faz curar. Por exemplo, o que provoca a tosse onde ela não existe é capaz de curar onde ela existe. Estabeleceu que existem três formas de cura: “*Natura medicatrix*” onde a força da natureza irá corrigir a doença, “*Contraria contrariis*” que guiará a cura da doença com emprego de substâncias que causam o oposto do que o doente sente e cura pelos semelhantes que leva em conta a terapêutica com elementos que causam sintomas semelhantes. Mas a lei dos semelhantes não foi estabelecida por este.

Paracelso (1493-1541 D.C.), pseudônimo de Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, foi médico e alquimista, nascido em Eisingen na Suíça. Empregou doses ínfimas equivalente a vigésima parte de uma gota. Chegou a observar a resposta de alguns elementos químicos no tratamento de algumas doenças como o arsênico, o chumbo, enxofre, ferro e mercúrio. Observou

também algumas doenças relacionada com o clima e fez algumas indicações cirúrgicas. Nomeou algumas doenças com o próprio nome da respectiva droga capaz de provocá-las e curá-las, como a “doença do terebinto”, a “doença do heléboro” e o “quadro arsenioso”. Fez analogias com as características das plantas comparada aos órgãos doentes, orientando assim as possibilidades terapêuticas. Estas características das plantas foram chamadas de “princípio das assinaturas”.

O princípio da similitude foi desenvolvido e descrito como terapêutica através da doutrina terapêutica que foi deixado bem esclarecido pelo médico Cristiano Frederico Samuel Hahnemann, considerado o Pai da Homeopatia. Nascido em Meissen na Alemanha, teve uma vida marcada por muito estudo, publicações, traduções de livros, trabalhos e mudanças de cidades para fugir de perseguições contra seu método terapêutico. Em 1787 abandonou a prática da medicina para se dedicar aos estudos de uma medicina mais eficaz e que não fosse iatrogênica ao paciente. Estava inconforme e revoltado com os métodos terapêuticos ineficazes da época. Sendo um crítico às terapias deste momento.

No ano de 1790, Hahnemann descobre as funções curativas da *China officinalis*, através de suma experimentação do medicamento. Ingeriu 14,36 gramas (4 dracmas) de córtex de *China officinalis* onde pode observar um conjunto de sintomas em paroxismos que duravam de duas a três horas, logo após nova ingesta da mesma dose reapareciam os sintomas de frio nas extremidades, sonolência, palpitações, ansiedade, cefaleia, alterações nos sentidos e rigidez nas articulações. Esta ideia de experimentar a *China* surgiu após Hahnemann traduzir um texto do inglês para o alemão do professor William Cullen onde sua atenção se voltou a esta planta que apresentava virtudes curativas da doença infecciosa malária. Desta forma aconteceu a primeira experimentação em homem são que foi a descoberta da lei

dos semelhantes. Se deu conta na experimentação que dois fatos eram factíveis: a *China officinalis* poderia curar a malária num doente, e também seria capaz de provocar manifestações da doença em um homem são.

Assim nascia a Homeopatia. Este medicamento foi reexperimentado diversas vezes e os sintomas que produzidos pela experimentação foram registrados criteriosamente, desta forma ocorreu a primeira patogenesia da matéria médica homeopática. Hahnemann assinalou 122 sintomas em sua experimentação e mais de 200 sintomas em experimentação de amigos e familiares. Posteriormente foi ampliado por outros estudos de experimentação e chegou a manifestar mais de mil sintomas em todo o organismo. Durante os próximos seis anos deste ocorrido se dedicou a experimentar diferentes drogas mantendo sempre um rigoroso método de anotação dos sintomas constatados nos experimentadores, desta forma se inicia a medicina experimental.

Os quadros patogenéticos ou patogenesias forneceram informações clínicas sólidas para comparar com respectivos quadros sintomáticos nos doentes, então começou a aplicar as substancias terapêuticas nos pacientes. Nesta época, em 1796 publicou no jornal “Médecine pratique” seu trabalho “Princípio de similitude” onde explana que pode curar uma doença por remédios que provocam no indivíduo sadio sintomas semelhantes àqueles da doença. 10 anos mais tarde, este mesmo jornal citado acima publicou “Indicações sobre o uso homeopático dos medicamentos” onde foi registrado a primeira vez o uso da palavra Homeopatia, derivado do *homoios* (semelhante) e *pathos* (doença). Em 1810 foi publicado por Samuel Hahnemann a primeira edição do “Organon da arte de curar”, livro que sintetiza a filosofia da terapêutica pelos semelhantes.

Outra obra importante foi destinada à observação das doenças crônicas que se chamou “As doenças crônicas” onde aborda outros conceitos como miasmas. Estas observações iniciais aconteceram com doses ponderáveis, reduzidas e sub-tóxicas. A experiência de haver agravações clínicas iniciais ao tratamento levou Hahnemann a outros estudos e procedimentos que o culminou na segunda descoberta: a atividade energética das doses mínimas ou “infinitesimais” do medicamento “semelhante” (8)

3.2 Princípios da Homeopatia

Existem quatro princípios básicos que fundamentam a Homeopatia e que a diferencia das demais atividades médicas:

- 1- Princípio da similitude
- 2- Experimentação no homem sã
- 3- Medicamento dinamizado (doses infinitesimais ou ultradiluídas)
- 4- Medicamento único

Não existe outra técnica terapêutica que siga a totalidade destes fundamentos. Se não é possível compreender estes conceitos essenciais é factível que criaremos dúvidas e mal entendidos em relação à terapêutica homeopática.

Sobre o princípio da similitude ou lei da similitude é importante ressaltar que é um conceito antigo descrito por Hipócrates e até mesmo antes dessa época, nos mostra que um medicamento capaz de produzir sinais e sintomas num indivíduo são que o experimentasse, também é capaz de curar estes sinais e sintomas num indivíduo doente.

A experimentação no homem saudável das substâncias medicinais é um pilar da doutrina homeopática. Nesta experimentação da substância medicinal é registrado todo sinal, sintoma e características despertadas pelo experimentando, seja de ordem psíquica, emocional, geral ou física. Podemos observar estes sinais e sintomas mais diversos nos livros de matérias médicas homeopáticas. Através da comparação destes sintomas descritos nas experimentações (patogenesias) com os sintomas descrito pelos pacientes o médico escolherá o medicamento que possa abranger uma totalidade sintomática característica e peculiar ao paciente. Desta forma a reação do organismo despertará uma resposta para equilibrar o organismo doente.

A princípio Hahnemann utilizava doses massivas, mas observava efeitos tóxicos que causavam danos ao paciente. Começou a experimentar doses diluídas e agitadas (realizando sucussões) e se deu conta que a resposta esperada era igual ou superior que quando usava doses massivas. Desta forma criou o método farmacotécnico de dinamização que dá origem aos medicamentos homeopáticos.

O medicamento único é o último elemento que fundamenta a homeopatia. Se torna evidente que devemos utilizar um medicamento único pois foi deixado registrado por Hahnemann que as experimentações eram feitas com um único medicamento e os tratamentos realizados sempre foram feitos somente com um fármaco. Quando se utiliza vários medicamentos se perde o alicerce experimental que fundamenta a homeopatia e nos deparamos com dúvidas de não sabermos que efeitos serão produzidos no paciente pois estaremos criando um novo medicamento com a mistura. Se este não tiver sido experimentado e provado em pacientes, não saberemos sua patogenesia, portanto não se utiliza como método clássico.

Samuel Hahnemann escreve em seu livro “Organon da Arte de Curar” no primeiro parágrafo (4):

“A mais alta e única missão do médico é restabelecer a saúde
nos doentes, que é o que se chama curar”

Podemos observar que o Hahnemann deixa claro que nossa missão como médicos é simples, restabelecer a saúde dos doentes, mas que precisa de suavidade no processo e ser menos iatrogênica. Devemos perceber o que deve ser curado e conhecer do poder curativo dos remédios, para restabelecer a saúde do paciente princípios bem definidos. (4)

4. A CONSULTA EM HOMEOPATIA

Abordamos a paciente conforme orientado pela terapêutica homeopática sem fazer intervenções ou interrupções em sua fala, deixando que ela elabore seu pensamento livremente, sem julgamentos, registrando no prontuário conforme a paciente relatou com as mesmas expressões ditas por ela, ouvindo e observando o que há de alterado na paciente que é digno de cura para poder auxiliá-la no processo curativo.

Na anamnese homeopática são coletadas os detalhes que na prática médica não-homeopática talvez não faça sentido ou não tenha importância, como lateralidade dos sintomas, horário de melhora ou piora dos sintomas, sensações subjetivas e objetivas que trazem os sintomas no organismo, periodicidade, irradiação, cronologia, sucessão temporal dos sintomas, lateralidade, sonhos, ilusões, medos, modalidades dos sintomas, entre outros. Fazendo uma abordagem holística e individualizada. Não mecanicista. Vendo o paciente como um todo, indivisível. (4)

Pierre Joly, 2002, em seu livro “A Consulta Homeopática” aponta que devem haver 4 elementos na consulta: escutar, escrever, interrogar e coordenar como mencionou Hering, e completou este pensamento adicionando outros elementos. O quinto elemento seria observar, o sexto examinar e último elemento o prescrever. Ressaltando que no observar, escutar e interrogar estaria o selo personificado da homeopatia, o que a torna uma terapia única.

No observar podemos ressaltar que os sinais externos, o aspecto geral, atitude, meios de expressão são informações que devemos ter em conta na

consulta. Destas informações extrairemos o tipo morfológico e modo particular de reagir. O vestuário, a mimica, o comportamento e as palavras utilizadas também formam um conjunto a ser avaliado. Por exemplo, *Sulphur* tem aspecto de gordo, veste de forma informal, rosto alegre e pletórico, otimista, aborda seu médico sem complexos e sem medo, com familiaridade e pensa que seu bom porte físico o permitirá se livrar facilmente das doenças.

A habilidade de escutar deve ser muito bem desenvolvida no médico homeopata. Deve se evitar interromper o paciente em sua fala durante a consulta. É comum que o paciente repita várias vezes os diagnósticos que já lhe emitiram como “tenho artrose, dor reumática, problema de circulação ou problema dos nervos”. E a partir desta informação o paciente acha que já falou tudo para o médico homeopata. O que gostaríamos de escutar do paciente são os detalhes e as modalidades dos sintomas que foram resumidos a estes diagnósticos. Esta será a chave para poder ajudar a encontrar o caminho da cura deste enfermo.

E o que seriam estas modalidades dos sintomas? É uma qualificação de um sintoma no sentido de melhora ou piora, uma expressão do modo de reagir de cada um (psiquismo, função fisiológica, etc), frente a uma situação ou uma doença e ao meio exterior (frio, calor, dia, noite, etc). As modalidades são de extrema importância pois as patogenesias nos mostram sintomas bem modalizados, que muitas vezes são peculiar a determinada medicação ou grupo terapêutico. Por exemplo: *Kali carbonicum* é uma medicação que apresenta alterações cardíacas ou respiratórias que pioram de maneira muito clara as 03:00 horas. *Arsenicum album* apresenta dor ciática que piora com o frio e melhora com o calor, piorando somente durante a noite.

Interrogar é realizar a semiologia. E a semiologia homeopática nos brindará uma imagem da medicação que compararemos com a imagem original que foi extraída da experimentação deste remédio. Devemos selecionar os sintomas mais marcantes, característicos, surpreendentes e particulares durante a consulta que nos guiará para a terapêutica futura. É sugerido evitar realizar perguntas diretas onde a resposta seria sim, não ou talvez. Recomenda-se evitar perguntar de maneira tendenciosa, por exemplo: Sua coluna dói quando fica deitada? Sendo melhor fazer perguntas abertas, por exemplo: em que situações sua coluna dói?

Com todas as informações da consulta finalizamos reunido estas características em um resumo de sintomas que chamamos síndrome mínima de valor máximo para nos guiar na escolha do medicamento similimum, ou seja, o medicamento que tenha sintomas mais semelhantes de sua patogenesia em comparação com o paciente. (9)

5. CASO CLÍNICO

5.1 Apresentação do Caso Clínico

Paciente F. C. V. do sexo feminino, 32 anos. Com histórico de Labirintite, Hipotireoidismo, Transtorno de Pânico e Endometriose. Faz uso de Levotiroxina 50 mcg por dia. Histórico familiar: Transtorno bipolar (Mãe) e Alcoolismo (Pai).

Começou tratamento para Transtorno do Pânico com psiquiatra, mas não se deu bem e procurou um médico homeopata.

Fez a primeira consulta no dia 16/01/2016. Consulta redigida conforme as palavras da paciente.

1ª Consulta:

“Motivo da consulta? Uma função de coisas. Tenho crises de labirintite, comecei há 6 anos tonturas estranhas, tinha tido uma vez e tomei antibiótico por muito tempo. Fiquei anos sem ter crises. Voltou no ano de 2015 e pressão aumentou também. As Crises são com cabeça mexendo, pressão e a noite com agulhadas. Durante as crises fico enjoada, fico quieta, não converso, fico sem comer, fico angustiada dura uns 4 dias e tenho duas vezes por mês. Tenho muitos medos. Daí fico pensando será que é coisa pior? Em uma crise estávamos no interior, meu marido não se dá com meus pais. A pressão foi a 160/100. Fiz exames e não deu nada.

Quando saio com meu marido agente bebe e dá crise.

Tomo Levotiroxina 50 mcg.

Eu me assusto fácil, meu pai é alcoólatra. Minha mãe tem transtorno bipolar. Eu sou negativa, sou meio desesperada. Minha filha tem 11 anos, se acontece algo, fico com medo de ser uma coisa pior. Eu aumento bastante as coisas. Sempre fui assustada, medo e preocupada com minha filha. Sou insegura e tenho medo das coisas. Sinto muito frio, quando está muito quente eu passo mal.

Cabeça as vezes dói. Tenho uma dor que vinha mais frequente, mas passa. É raro eu tomar remédio. Durmo e passa. Quando dá tontura dói a cabeça. Aparelho Cardiovascular: nada digno de nota.

Aparelho Respiratório: nada digno de nota, Aparelho Digestivo: nada digno de nota. Sede eu quase não tenho, nem lembro de beber água. Intestino era muito preso, agora está bom. Urina: nada digno de nota. Menstruação: O fluxo é bastante, aumenta desde a cesárea. A barriga incha e fica dolorida quando desce. Ultimamente não desincha mais. Tenho uma célula do endométrio fora do útero. A gestação foi complicada, descolou a placenta e tomei comprimido para segurar o bebê na barriga. Pele: nada digno de nota. Aparelho locomotivo: nada digno de nota.

Fale mais sobre você. Sou calma, mas quando fico nervosa, me descontrolo, normal, entendo as situações, penso muito nas pessoas, acabo pensando mais nas pessoas. Sou bastante falante e quando fico nervosa, falo mais. Tenho medo de passar mal, estranho né? Igual se o metrô para, fico com medo, ter algo e não ter alguém para me socorrer. Uma vez foi que tive uma crise de pânico. Foi na época que andava brigando. Formigava bastante os lábios, mãos, braços, cabeça e o coração disparou. Fiquei com medo de morrer, podia ter um infarto. Estava bastante angustiada. A briga foi por dinheiro, ele me jogou na cama, senti uma impotência, dependência, muito ruim. Eu me cobro muito e me afeta. Quando ele falou “eu precisava” e me senti pequena inferior. Tenho minha fobia, e daí? Passei a ter medo,

mais medo. Eu fiquei com muito medo. Que pudesse desmaiar. Ter um ataque. Ser pisoteada. Daí passei a fazer algo: me maquiar no metrô e ocupar o tempo.

Estou num lugar fico prestando muita atenção, em alerta e com isso melhora.

Uma coisa que incomoda? Começo as coisas e não termino. Fico entusiasmada, daí começo a ter preguiça, ver dificuldade, daí abandono e até por achar que não sou capaz.

Sou uma pessoa direta, o que penso acabo falando, mesmo que acabe ofendendo, acabo não tendo muitos amigos. Falo mesmo!

Eu não consigo guardar sentimento. Por isso eu falo, choro, se é com a pessoa, vou falo, choro e resolvo. Não guardo raiva.

Quando casamos fomos morar perto da sogra e eu me preocupava em viver bem. Então muita coisa que ela fala eu fico quieta e fico com raiva depois.

Eu me adapto igual como a água. Sou submissa. Com o marido brigo. Com a filha sou mandona. Sou tensa, nervosa eu tremo inteira, o coração dispara, raiva, impotência, ser passada para trás, igual quando o marido briga e tristeza, me sinto sozinha no mundo, muitas vezes me vem na cabeça “não vou conseguir”... Igual fiz Administração, ele queria Direito. Foi um inferno e tudo porque entrei. Ele acabou me fazendo sair. E fico na dúvida. Ele falou tanto que acabo indo na dele. Sou fácil de manipular. Sou explosiva, imediatista.

Quando garota era bastante rebelde. Era mais obediente, agitada e fui crescendo, coisas erradas que meu pai fazia então brigava com ele. Eu guardo raiva dele. Um sentimento ruim. Mas não foi um pai bom.

Fora de casa era muito quieta, tímida, e tinha medo que iam rir de mim, me sentia inferior porque as condições financeiras eram piores. Ainda sou tímida mas

consigo enfrentar, antes não. Não me expunha e mudei. Fico nervosa no meio das pessoas, ver vergonha, voz trêmula, voz engasgada. Igual no TCC, não saiu nada. Dou uma gaguejada, boca seca, coração disparado. Urina? Bastante frequente. Não tomo muita água.

E seu sono? É pesado.

Tem sonhado com algo? Sempre na casa da minha avó e com meus pais, brigas mais que uma vez. Numa estrada arenosa vou andando, mas não saia do lugar, ando com dificuldade, está pesado. Eu paro e parece que não vou chegar naquele tempo que eu precisava. Eu preciso chegar para poder salvar minha vida, eu sempre defendi muito. Uma vez precisava entregar papeis no banco e tive esse sonho.”

Anotações do médico:

Insegurança, Medo do fracasso, Medos: aconteceu, passou mal, desmaios;

- 1) Empreende muitas coisas sem perseverar 2) Timidez em público
- 3) Extremo tremores excitação 4) Bexiga, urgência, ansiosa 5)
- Generalidades, tremores externo 6) Desproteção 7) Medo algo vá acontecer
- 8) Servil

Síndrome mínima de valor máximo:

- 1- Mental -> Falta de confiança em si mesmo -> (Temática)
- 2- Mental -> Medo, apreensão, pavor -> do fracasso
- 3- Mental -> Medo, apreensão, pavor -> de desmaio
- 4- Mental -> Medo, apreensão, pavor -> que algo vá acontecer
- 5- Mental -> Empreende -> Não persevera em nada, muitas coisas
- 6- Mental -> Timidez -> de aparecer em público
- 7- Extremidades -> Tremor -> Excitação

8- Bexiga -> Urgência para urinar (desejo mórbido) -> ansiosa

9- Generalidades -> Tremor -> externamente

10- Mental -> Sentimento de desamparo -> falta de apoio

Mental -> Complacente, disposição; dócil, obediente -> servil, obsequioso,
submisso

Diagnósticos:

1- Hipótese etiológica: Ansiedade e Medos

2- Hipótese clinico-patológica: Transtorno do Pânico e Labirintite

3- Biopatografia: Problema de relacionamento com o pai quando
garota.

4- Hipótese constitucional e referente ao temperamento: sanguínea

5- Hipótese miasmática: Sicoses

Conduta: *Gelsemium sempervirens* CH 12 5 gotas por dia.

Retorno em um mês.

5.2 Repertorização

Repertorização (342)															
	Id	Abrev.	Cobert.	Pts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
▶	1	GELS	8	12	1	1		1		3	1		3	1	1
	2	LYC	8	11	1	1		1	1	1			2	3	1
	3	ANAC	7	8	1	1		1		1			2	1	1
	4	ARS	6	10		1		2		1		2	3	1	
	5	ARG-N	6	9	1	1	2			1			3	1	
	6	GRAPH	6	7	1			1	1	1		1	2		
	7	MED	6	6	1			1	1	1			1	1	
	8	LAC-C	5	10	1	2	3	2	2						
	9	ACON	5	9				1	2	1		3	2		
	10	PHOS	5	8		1		3			1		2	1	
	11	CARC	5	6		2		1		1				1	1
	12	CARB-V	4	8				2		2		3	1		
	13	MERC	4	8	1			1			3		3		
	14	PLAT	4	8	1		2	2					3		
	15	PULS	4	8	1								3	1	3
	16	CAUST	4	7	1			3					2	1	
	17	LIL-T	4	7	1			2	3				1		
	18	NUX-V	4	7	1	1		3					2		

Figura 01

Fonte: Repertório Homeopático digital – Homeosoft. (10)

Sintomas da Repertorização (11)				
	Sel	Id ▲	Diret	S1
▶	☒	1	☐	☐
	☒	2	☐	☐
	☒	3	☐	☐
	☒	4	☐	☐
	☒	5	☐	☐
	☒	6	☐	☐
	☒	7	☐	☐
	☒	8	☐	☐
	☒	9	☐	☐
	☒	10	☐	☐
	☒	11	☐	☐

Rubricas
MENTAL -> CONFIANCA EM SI MESMO, falta de -> TEMATICA (Inseguranca) (55)
MENTAL -> MEDO, apreensao, pavor -> fracasso, do (22)
MENTAL -> MEDO, apreensao, pavor -> desmaio, de (6)
MENTAL -> MEDO, apreensao, pavor -> acontecer, que algo va (76)
MENTAL -> EMPREENDE -> muitas coisas, nao persevera em nada (24)
MENTAL -> TIMIDEZ -> aparecer em publico, de (28)
EXTREMIDADES -> TREMOR -> excitacao (3)
BEXIGA -> URGENCIA para urinar (desejo morbido) -> ansiosa (11)
GENERALIDADES -> TREMOR -> externamente (304)
MENTAL -> DESAMPARO, sentimento de; falta de apoio (34)
MENTAL -> COMPLACENTE, disposicao; docil, obediente -> servil, obsequioso, submisso (9)

Figura 02

Fonte: Repertório Homeopático digital – Homeosoft. (10)

5.3 Evolução da paciente

2º Consulta – 20-02-2016

“Tive muitos sonhos ruins, pesados (medo doenças, chuva forte, morte). Tive um pouco de dor de garganta. E uns 3 dias deu ansiedade na hora do almoço, coração disparado, na hora do almoço. Notei que estou mais tranquila. Presenciei um assalto, antes teria brigado. O Marido “vem me buscar” e dessa vez, não. E segui pelo mesmo caminho.

Sinto que estou positiva, não estou com tantos medos, tanto que estou mais forte. Ficava pensando “se minha filha pega dengue”... Estou mais corajosa.

Eu me senti com mais energia. Eu sou muito calma, preguiçosa e me senti mais disposta. Uma tarefa de “vamos rapidinho” e termino.

E a labirintite? Na primeira semana tive 2 vezes e não tive mais. E tive 2 dores de cabeça, uma dorzinha. E a bolinha desinchou, está ótima. Eu esqueci e ficava prestando atenção. Estou mais corajosa, não fico mais pensando nas coisas, bem mais confiante.

Até minha filha falou “você está mais feliz, mais engraçada e menos brava”. E acho que estou mais feliz. Igual, estava preocupada com o surto de dengue, ficava tão preocupada...

Até viajar com meu marido, sogro, eles conversam tensa, ficava quieta, dava respostas secas e mudei, não fiquei mais... se pudesse resumir, seria coragem.”

Conduta: Manteve a mesma dosagem do medicamento e solicitou retorno em 4 meses.

5.4 Comentários da evolução

A paciente segue em atendimento até o presente momento. Na 3ª consulta foi trocado o medicamento por *Anacardium orientale* mas a paciente não se deu bem com este medicamento. Foi necessário retornar ao *Gelsemium sempervirens* e a paciente teve uma ótima resposta novamente. Nota-se que a paciente foi melhorando as sensações ruins e os medos que sentia. Chegou a comentar que melhorou de 70 a 80 % na 5ª consulta que foi em novembro de 2016. As crises de labirintite e os ataques de pânico foram diminuindo. Se sente mais confiante, mais segura, com menos dores, menos ansiosa e mais corajosa. Notou que seu organismo voltou ao equilíbrio que precisava e teve mais consciência de suas próprias condutas podendo se controlar melhor. A última consulta foi dia 13/12/2019 mas a paciente continua em acompanhamento.

No capítulo “O prognóstico após observar a ação do remédio” do livro de James Tylor Kent nos mostra que após uma prescrição acurada, começará imediatamente a ser realizado mudanças no paciente manifestado por sinais e sintomas. O seu desaparecimento, aumento, melhoria e mudanças nos sintomas devem ser estudados. Em geral os remédios vão agravar ou melhorar os sintomas que já estavam. Mas temos dois tipos de agravação, a agravação da doença onde o paciente está piorando e agravação homeopática onde o paciente tem agravação dos sintomas e paciente está melhorando. Na agravação da doença o paciente se sente mais fraco e os sintomas estão ficando mais fortes. Na agravação homeopática o paciente se sente melhor a pesar de os sintomas estarem ficando mais fortes.

Em relação à progressão da doença na homeopatia depende em que profundidade isto ocorre. Se afeta órgãos superficiais ou órgãos profundos. Se é

curável ou incurável. O prognóstico será dado em dependência da resposta do paciente e se já existe uma lesão em algum órgão vital. Kent nos deixou um legado de 12 observações para observar o paciente e encontrar um prognóstico para a cura. Em nossa paciente verificamos a quarta observação de Kent, onde não teve agravação e houve relato de melhoria por parte da paciente. Podemos interpretar que não há uma doença orgânica, nem tendência a esta. Não temos profundidade no acometimento de órgãos e a dose usada foi correta, pois houve uma boa resposta ao tratamento. (11)

6. DISCUSSÃO



Figura 02

Fonte: By Jim Evans - Own work (12)



Figura 03 Fonte: By Jim Evans - Own work (12)

O medicamento escolhido para tratar a paciente foi o *Gelsemium sempervirens*. Este é um remédio sicótico que pertence ao reino vegetal. Esta planta é um Jasmim amarelo. Um arbusto trepador da família das Loganiáceas com belas flores que abrem na primavera e exala um delicioso perfume. É originário da Virgínia no sul da América do Norte, mais frequente nos estados do Texas, Flórida e México. Sua preparação é através da raiz recém coletada antes de sua floração ou pode ser feita também com a raiz seca.

Esta planta é muito venenosa, principalmente as raízes. Seu envenenamento pode produzir paralisia de nervos motores, lentidão do pensamento e das emoções. Posteriormente quando o quadro tóxico está mais avançado os esfíncteres vesical e fecal relaxam involuntariamente. A respiração fica dificultosa e pode levar a parada cardíaca. (13) (14)

A patogenesia de sua experimentação causou nos experimentadores transtornos por antecipação e por notícias más. Fica apreensiva diante de provas e

insegurança nessas situações. Tende a perder o controle e equilíbrio. Propensão a desenvolver vertigem e medo de cair. Desenvolve um estado de choque e fica incapaz de mover. O paciente aparentemente nos dá impressão de controle, mas por dentro está com muito medo, muita ansiedade e pânico. Não gostam de revelar sua covardia interna. (14)

Este medicamento é um dos mais importantes nos transtornos psicossomáticos de clara causa emocional, seja agudo ou crônico, de origem recente ou antiga. (15)

Gelsemium é um grande remédio paralisante e produz um estado de paralisia geral, seja mental ou física. A mente fica lenta, sensação de membros pesados que quase não consegue movê-los. A apreensão é um sintoma mental que aparece antes de um exame ou reunião, por exemplo. Relata que apresenta diarreia por antecipação, assim como o *Argentum nitricum*. As notícias excitantes também causam diarreia. O medo do medicamento *Gelsemium* proporciona uma sensação cheia de pavor, medo profundo e causa grande impressão. (16)

Transformamos a linguagem do paciente para a linguagem repertorial localizando-as posteriormente no repertório digital para realizar a repertorização. Esta técnica é uma maneira de encontrar o medicamento similimum do paciente.

Realizando a repertorização vamos nos deparar com uma tabela apresentando várias pontuações e coberturas de sintomas, como visto na Figura 02. Nesta tabela observamos os medicamentos na primeira coluna e os sintomas na primeira linha horizontal. O confronto destas informações nos orienta a quais medicamentos estão cobrindo os sintomas escolhidos pelo médico que compôs a totalidade sintomática.

Em nossa repertorização foi indicado que os melhores medicamentos que cobriram estes sintomas foram respectivamente: *Gelsemium sempervirens*, *Lycopodium clavatum*, *Anacardium orientale*, *Arsenicum album* e *Argentum nitricum*. Foi escolhido o *Gelsemium* devido que com o estudo da matéria médica nos faz ver a semelhança da totalidade sintomática da paciente presente neste remédio. (17)

Este estudo da matéria médica homeopática é essencial para encontrar a similitude dos sintomas do paciente com o medicamento homeopático. Nele encontramos os medicamentos homeopáticos para indicar aos pacientes. A experimentação no indivíduo sadio mostrou a patogenesia do medicamento. As fontes da matéria médica não foram somente as experimentações. Estão incluídos a farmacologia clássica, clínica médica, toxicologia (acidental, voluntária, profissional ou iatrogênica) e as toxicomanias. (18)

7. CONCLUSÃO

Abordando este assunto que é muito frequente nos serviços de saúde, nos confrontamos que existe um protocolo bem estabelecido para o tratamento dos pacientes com Transtorno do pânico, seja ele medicamentoso ou psicoterapêutico. Os estudos nos mostram que aconteceu um abandono do tratamento por parte dos pacientes de 20 a 30 %, respectivamente nestas terapias.

Os pacientes que se propõe ao tratamento homeopático tem uma possibilidade de ser olhado holisticamente e dar uma oportunidade ao seu organismo de responder com sua força vital para o caminho da cura. Ter conhecimento que esta é uma ferramenta terapêutica que nos auxilia no tratamento de diversas patologias, abre uma porta para um mundo desconhecido por muitos, dando uma chance à uma sabedoria milenar que brindará benefícios tanto para o médico quanto para o paciente.

A homeopatia é uma especialidade bem estabelecida no mundo, há mais de 200 anos e especialidade médica reconhecida no conselho federal de medicina no Brasil desde 1980. Há uma discussão entre a alopatia e homeopatia, desde seu surgimento pois são terapias com paradigmas diferentes e fundamentados com seus próprios métodos terapêuticos. Conhecendo seus princípios e fundamentos, esperamos que a homeopatia seja mais aceita e incorporada nos serviços de saúde, para que desta forma venha fortalecer e ampliar a ciência, filosofia e a arte da cura homeopática para a melhoria da saúde do nosso semelhante.

REFERÊNCIAS

1. MANGOLINI, V.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y.P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil. **Revista De Medicina** (2019), 98(6), 415-422. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422>
Acesso em: 10 jul. 2020.
2. ZUARDI, A. Características básicas do transtorno do pânico. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127539> ou DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p56-63>
Acesso em: 10 jul. 2020.
3. CORREA, A. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R. QUINTAS, E.L.M. Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática. **Rev Assoc Med Bras.** 1997; 43(4):100-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n4/2026.pdf> Acesso em: 10 jul. 2020.
4. HAHNEMANN, S. **Organon da Arte de Curar**: com comentários atuais e uma síntese da vida de Hahnemann documentada in loco. 2ª edição. Rib. Preto: Museu de Homeopatia Abrahão Brickmann e IHFL, 2008.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2014. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**; – 5ª ed. – Porto Alegre: Artmed. Disponível em: www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_9.aspx
Acesso: 10 jul. 2020.
6. GOODWIN, R. D.; ET ALL. **Panic Attack as a Risk Factor for Severe Psychopathology**. The American Journal of Psychiatry. 2014. Disponível

em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.12.2207> Acesso em: 10 jul. 2020.

7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2010. **Practice Guideline For The Treatment of Patients With Panic Disorder.**
8. KOSSAK, R. A. **Esboço histórico sobre a “Lei do Semelhante”, fundamento da Homeopatia.** Revista Medica – Vol. 63 – Nº 1 e 2 – Pág. 16 a 19. 1981
9. JOLY, P. **A consulta homeopática.** São Paulo-SP: Editora Organon. 2002.
10. RIBEIRO FILHO, A. - **Repertorio Homeopático Digital.** Homeosoft.
11. KENT, J. T. **Filosofia Homeopática.** 2ª edição. Editora Organon. 2002
12. EVANS, J. **Own work,** CC BY-SA 4.0, Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=58261935> e <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=58261379> Acesso: 10 jul. 2020.
13. LATHOUD, J. A. **Matéria médica homeopática – Repertório Homeopático Digital – Homeosoft – Versão 3.0.0.263 – Acesso em: 10 jul. 2020.**
14. SANKARAN, R. **A essência dos remédios homeopáticos.** 1ª edição. Editora Organon, 2019.
15. VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática.** 2ª Edição. São Paulo: Organon, 2012.
16. TYLER, M. L. **Retratos de medicamentos homeopáticos com Repertório de Sintomas.** São Paulo: Editora Organon. 2016.
17. RIBEIRO FILHO, A. **Conhecendo o repertório e a semiologia homeopática,** 2ª edição, São Paulo, Editora Organon, 2008.
18. KOSSAK-ROMANACH, A. **Homeopatia em 1000 conceitos.** 3ª Edição. São Paulo: ELCID, 2003.