

CENTRO ALPHA DE ENSINO

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA

LUCIANA GOMES CORRÊA NÓBREGA

RECURSO TERAPÊUTICO HOMEOPÁTICO NO
TRATAMENTO DA CEFALÉIA TENSIONAL

RELATO DE CASO

SÃO PAULO

2019

LUCIANA GOMES CORRÊA NÓBREGA

RECURSO TERAPÊUTICO HOMEOPÁTICO NO
TRATAMENTO DA CEFALÉIA TENSIONAL

RELATO DE CASO

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

SÃO PAULO

2019

Nóbrega, Luciana Gomes Corrêa

Lachesis muta e Cefaléia tensional, Relato de Caso / Luciana Gomes Corrêa

Nóbrega, -- São Paulo, 2019.

40f.

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

1.Homeopatia 2. Cefaléia tensional 3. Lachesis Muta

RESUMO

A cefaleia é um sintoma caracterizado por sensação de dor localizada na região anatômica da cabeça.

A prevalência da cefaleia na população em geral ao longo da vida é relevante (94% dos homens e 99% das mulheres) e cerca de 70% das pessoas apresentaram ao menos um episódio no último ano.

Nos consultórios clínicos, a cefaleia é a terceira queixa mais frequente (10,3%), suplantado apenas por afecções de vias aéreas e distúrbios digestivos.(SPECIALI, 2018)

A cefaleia do tipo tensional é a mais comum das cefaleias primárias, com maior prevalência na quarta década.(SPECIALI,2018)

A Homeopatia é uma prática que pode contribuir no tratamento dessa patologia. Deve ser considerada pelo seu princípio de terapia individual, no intuito de diminuir os riscos de toxicidade a que esses pacientes estão expostos no curso da doença, principalmente quando crônica, além de promoção de saúde. Relata-se aqui um caso clínico de uma jovem de 26 anos, com quadro típico de Cefaleia tensional, controlada exclusivamente com medicação homeopática.

Palavras Chaves: Homeopatia, cefaleia tensional, *Lachesis Muta*

ABSTRACT

Headache is a symptom characterized by pain sensation located in the anatomical region of the head.

The prevalence of headache in the general population throughout life is relevant (94% of men and 99% of women) and about 70% of people have had at least one episode in the last year.

In clinical offices, headache is the third most frequent complaint (10.3%), which is supplanted only by airway disorders and digestive disorders. (SPECIALI,2018)

Tension-type headache is the most common primary headache, with a higher prevalence in the fourth decade. (SPECIALI,2018)

Homeopathy is a practice that can contribute to the treatment of this pathology.

It should be considered by its principle of individual therapy, in order to reduce the risks of toxicity to those patients are exposed in the course of the disease, especially when chronic, in addition to health promotion. We report here a clinical case of a young woman of 26 years old, with a typical picture of tension headache, controlled exclusively with homeopathic medication.

Keywords: Homeopathy, Tensional headache, *Lachesis Muta*

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Algoritmo de manejo emergencial	19
Figura 2 - Repertorização	30
Figura 3 – Lachesis Muta.....	32
Figura 4 – Acidente Laquético	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Tipos de cefaléias	Destino não encontrado!
2. Cefaléia Tensional.....	14
2.1 Prevalência	17
2.2 Etiologia	17
2.3 Fisiopatologia da cefaleia tensional	18
2.4 Tratamento da cefaleia tensional	20
2.5 Tratamento com clorpromazina	22
2.6 Tratamento homeopático	23
3. A HOMEOPATIA.....	24
4. CASO CLÍNICO.....	27
4.1 Repertorização (Repertório Digital- Homeosoft)	32
5. LACHESIS MUTA	34
5.1 Sintomas de acidentes laquéticos.....	36
5.2 Tratamento do acidente laquético.....	37
6. LACHESIS MUTA HOMEOPÁTICO	38

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....42

REFERÊNCIAS44

1. INTRODUÇÃO

Cefaléia é uma das queixas mais frequentes nos ambulatórios médicos, sendo que uma relevante parcela populacional refere o quadro pelo menos uma vez na vida, destes cerca de 40% apresentam recorrência da sintomatologia uma vez ao ano ou mais.(COSTA,1998). As repercussões da patologia vêm sendo calculadas e comprovadamente acarreta prejuízos econômicos e laborais, além de diminuição da qualidade de vida de seus portadores.(BIGAL,1999). O tratamento adequado da patologia é essencial para evitar novos episódios e até mesmo a cronificação.

As cefaleias podem ser classificadas em primárias e secundárias. As cefaleias primárias são doenças cujo sintoma principal, porém não único, são episódios recorrentes de dor de cabeça (ex.: migrânea, cefaleia do tipo tensional e cefaleia em salvas).(BIGAL,1999)

As cefaleias secundárias são o sintoma de uma doença subjacente, neurológica ou sistêmica (ex.: meningite, dengue, tumor cerebral). O diagnóstico diferencial entre cefaleia primária ou secundária é essencial. A causa da cefaleia secundária habitualmente deve ser investigada por meio de exames subsidiários. (BIGAL, 1999)

1.1 Tipos de Cefaleias

A Sociedade Internacional de Cefaléias(IHS) realizou uma classificação desse quadro clínico em dois grupos. O primeiro é composto pelas cefaléias primárias, aquelas que constituem em si

mesmas a doença. (BIGAL,1999). E o segundo grupo são as cefaleias secundárias que são subjacentes de outra patologia.

CEFALEIAS PRIMÁRIAS:

CEFALÉIA EM SALVAS:

Foram descritos quadros compatíveis com esse tipo de cefaleia a partir século XVII. Ao longo dos anos desde o século XIX foi recebendo diversas denominações. Por um longo período esse tipo de patologia recebeu a nomeação de “cefaléia histamínica” ou “cefaléia de Horton”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

O termo cefaléia “em salvas” surgiu em 1979 em território brasileiro e a designação foi oficialmente aceita e recomendada pela Sociedade Brasileira de Cefaléia.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

É uma cefaléia considerada rara comparando-se com as demais do grupo das primárias. Os autores atuais afirmam que esse tipo é responsável por 6% do total das dores de cabeça.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

É mais prevalente em homens, numa razão em torno de 3:1 e é mais comum o início na segunda ou terceira décadas de vida.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

Caracterizada por dor de forte intensidade, unilateral, em torno da órbita ocular na maioria dos casos, com duração de cada episódio de 15 a 180 minutos,

quando não realizado tratamento farmacológico.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

Pode ser acompanhada de hiperemia ocular, lacrimejamento, gotejamento nasal e até mesmo ptose no mesmo lado da dor. Concomitantemente o paciente pode apresentar sensação de inquietude ou agitação. As crises têm uma ritmicidade de predominância noturna de uma a cada dois dias até oito por dia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

Acredita-se que esta dor seja advinda do hipotálamo, estrutura cerebral responsável por mecanismos de regulação do corpo humano, incluindo controle temperatura, da regulação hormonal e do sono.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

A polissonografia, poderá ser solicitada de acordo com a idade e o índice de massa corpórea para se avaliar a hipótese de apnéia do Sono, que caso seja identificada também deverá ser tratada.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

O tratamento é feito durante a salva (período álgico). O objetivo é reduzir o tempo de dor tendo como opções medicamentos sublinguais, injetáveis e uso de oxigênio úmido sob máscara.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

Há também a terapêutica preventiva que irá evitar o aparecimento das salvas e deverá ser administrada com regularidade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

OUTRAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

Existe um grupo heterogêneo de cefaléias que atualmente estão sendo estudadas para uma melhor compreensão. Esses casos necessitam de avaliação cuidadosa com exames de imagem (neuroimagem) e outros testes a depender do quadro. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

As principais características de cada cefaleia que compõe esse grupo são:

1. Cefaléia primária em facada:
Apresentam curta duração (até 3 segundos), em pontadas, sem associação com doenças sistêmicas e são encontradas frequentemente em pacientes portadores de Migrânea ou Cefaléia em salvas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)
2. Cefaléia primária da tosse:
Iniciadas pela tosse ou esforço abdominal, usualmente bilaterais e tem predomínio na faixa etária acima de 40 anos. Há pacientes que sofrem desse tipo de cefaleia que apresentam patologias associadas e é importante a avaliação com exames de imagem. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)
3. Cefaléia primária do esforço físico:
Qualquer forma de esforço físico podem ser o gatilho e ocorrem majoritariamente em clima quente ou em altitude elevada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

4. Cefaleia primária associada à atividade sexual:

Cefaleias desencadeadas por atividade sexual, iniciada como uma dor bilateral em peso enquanto a excitação sexual aumenta e subitamente tornando-se intensa ao final do ato. Ela pode ser pré-orgástica (antes do orgasmo) ou orgástica (durante o orgasmo).(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

5. Cefaléia hípnic:

Crises de cefaléia que sempre acordam o paciente.O primeiro episódio ocorre na maior parte dos casos após os 50 anos.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

6. Cefaléia trovoada primária:

Os pacientes descrevem esta cefaléia como se fosse um raio partindo sua cabeça ao meio. É importante nestes caso afastar a ruptura de aneurisma intracraniano com exames apropriados.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

7. Hemicrania contínua:

Ocorrem sempre do mesmo lado, são diárias e sem intervalos livres de dor.

CEFALÉIAS SECUNDÁRIAS

O grupo das cefaléias secundárias, fazem parte do quadro sintomatológico de uma outra doença, seja esta primária do sistema nervoso central ou sistêmica.

Na sua grande maioria, as dores de cabeça são primárias, mas a gravidade de algumas cefaléias secundárias justifica a preocupação de pacientes e médicos.

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

A hipótese de cefaléia secundária deve ser aventada nas seguintes situações:

1. Dor de início súbito, acompanhada de vômitos, tonturas, alterações da consciência, convulsão;
2. Dor associada a alterações neurológicas (rigidez de nuca, disartria, fraqueza ou alterações de sensibilidade em membros ou face); ou presença de febre;
3. Dor que se iniciou após os 50 anos de idade;
4. Caráter algico progressivo, irresponsivo à analgésicos;
5. Paciente em tratamento para algum tipo câncer ou para síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA);
6. História de queda ou trauma de crânio recente;
7. Quando houver uso abusivo de analgésicos, mesmo naqueles pacientes sabidamente portadores de cefaléia primária (uso de mais de 15 comprimidos ao mês, nos últimos seis meses).
O uso abusivo de analgésicos é a causa mais comum da transformação de dores esporádicas (tipo migrânea) em cefaléia crônica diária.

Esta é uma cefaléia secundária de tratamento extremamente difícil, que requer a suspensão de todo e qualquer medicamento sintomático (analgésico, anti-inflamatório). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

1.2 Cefaleia tensional

Esse tipo de cefaleia primária, recebeu no passado inúmeras denominações: cefaléia de contração muscular, cefaléia de estresse, cefaléia psicogênica. Nos dias atuais a cefaléia do tipo tensional está bem definida na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC), com critérios bem claros de diagnóstico.(KRYMCHANTOWSK,2000)

Dentre as cefaleias do grupo das primárias, a do tipo tensional, em sua forma episódica (menos de 15 dias de episódio ao mês), é a comum.(KRYMCHANTOWSK,2000)

Diagnóstico e Quadro Clínico

O diagnóstico é clínico e na maioria dos casos não requer exames complementares. O exame neurológico não tem alterações dignas de nota. Pode ocorrer hiperestesia e hipertonia da musculatura pericraniana que pode ser percebida à palpação cuidadosa.(KRYMCHANTOWSK,2000)

É fundamental coletar uma anamnese detalhada com as características da cefaléia, seu tipo, intensidade, localização, duração, periodicidade além de outras características particulares do caso.(KRYMCHANTOWSK,2000)

Os pacientes, em sua maioria, relatam a dor como uma sensação de constrição ou peso envolvendo a cabeça como uma faixa. A localização é tipicamente bilateral, e a região occipital a predominante, mas também pode ocorrer nas regiões frontal e apical. (KRYMCHANTOWSK,2000)

A sensação algica não impede as atividades rotineiras diárias pois apresenta-se com intensidade leve ou moderada. A dor pode melhorar com exercício físico ou em momentos de relaxamento. Normalmente não há sintomas associados como náusea, osmofobia e êmese.(KRYMCHANTOWSK,2000)

A dor surge, normalmente no final da tarde, com estreita associação com estresse físico (cansaço, especialmente no calor e sob o sol), muscular (posicionamento do pescoço no sono ou no trabalho) ou relacionado com fator emocional.(KRYMCHANTOWSK,2000)

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA:

1.Frequência da cefaleia ≥ 180 dias/ano (≥ 15 /mês) por 6 meses ou mais

2.Pelo menos duas das seguintes características da dor:

Caráter de pressão/ aperto;

Intensidade de fraca a moderada (pode inibir, mas não impedir as atividades);

Localização bilateral;

Não é agravada pelos esforços físicos de rotina

3.Ambos os itens seguintes:

Ausência de vômitos (anorexia pode ocorrer)

Não mais que um dos seguintes: náuseas, fotofobia e fonofobia.

4. Ao menos um dos seguintes itens:

História, exame físico e neurológico não sugere lesão orgânica

História, exame físico ou neurológico sugere lesão orgânica que é descartada por investigação apropriada.

- Lesão orgânica está presente, mas a cefaléia do tipo tensional não ocorre pela primeira vez em estreita relação temporal com ela. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

2.1 Prevalência

Possui elevada prevalência, mas por ser de caráter menos intenso faz com que os pacientes acometidos, mesmo na forma crônica, não procurem assistência médica.

Há estudos epidemiológicos mundiais que evidenciam porcentagens de 38% a 74%. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

Considerando a prevalência na vida toda as porcentagens são de cerca de 69% em homens e 88% em mulheres. Considerando a prevalência em um ano, os dados são similares, 63% nos homens e 86% nas mulheres. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

2.2 Etiologia

Uma única etiologia ou fisiopatogenia não explica a cefaléia do tipo tensional, que é multifatorial, complexa e apresenta diversos mecanismos geradores da dor. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

A prevalência elevada, a variabilidade na frequência e intensidade da cefaléia do tipo tensional não permite a correlação com nenhuma predisposição genética. Há estudos em andamento que buscam identificar relação com padrões genéticos nos pacientes que apresentam cefaléia tensional crônica. A grande maioria dos seres humanos, tem potencial para desenvolver a cefaléia do tipo tensional se expostos a fatores que a desencadeiam.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

A associação entre cefaléia do tipo tensional e ansiedade e/ou depressão é sugerida por diversos trabalhos em andamento. Dificuldades emocionais, estresse, situações de tensão, ansiedade e depressão, são encontrados com grande frequência nos acometidos por esse tipo de cefaleia.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

2.3 Fisiopatologia da cefaleia tensional

Qualquer indivíduo sadio pode apresentar um episódio de cefaléia do tipo tensional episódica. O episódio doloroso pode ser iniciado por mecanismos normais de nocicepção. Há chance da ocorrência por sensibilização dos nociceptores periféricos situados nos músculos pericranianos ou de neurônios de segunda ordem na medula ou supra espinhais. Pode também ocorrer por diminuição dos mecanismos antinociceptivos centrais, com diminuição do limiar da dor. Em circunstâncias normais, a cefaléia do tipo tensional seria favorecida por ativação inadequada das vias controladoras da dor, possivelmente devido à ansiedade, estresse e distúrbios emocionais. Além disso, existe um complexo mecanismo de sensibilização de neurônios

centrais envolvendo interneurônios do tronco cerebral, sistema límbico e sistema trigeminal.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

A hipótese de que a contratura muscular regional reacional a um estímulo nocivo poderia ser fator gerador de dor foi aventada por Wolf. Atualmente a maioria dos autores considera que esse mecanismo é pouco provável pois a contração contínua ou intermitente dos músculos da nuca e do escalpo, dificilmente por si só possa ser causador de dor.

Estudos eletromiográficos apresentaram argumentos que se opõem a este mecanismo fisiopatogênico.

Alguns trabalhos evidenciaram maior tensão muscular em casos de migrânea do que em pacientes com cefaléia do tipo tensional, outros não evidenciaram diferenças significativas na amplitude dos eletromiogramas de músculos do escalpe e do pescoço entre pacientes com cefaléia do tipo tensional e pacientes sem cefaléia.

Esses resultados indicam que a contração muscular seria consequência e não a causa de cefaléia.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

Nos dias atuais, após muitas pesquisas relacionadas ao assunto, aceita-se a que cefaléia é causada por alterações da bioquímica cerebral e não com a presença de contração de músculos pericranianos,ou mesmo pela coexistência de ambos.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

A serotonina que apresenta importante relação com a cefaleia migrânea, foi identificada em alguns estudos diminuída nas plaquetas de pacientes com cefaléia do tipo tensional.

A velocidade de captação da serotonina pelas plaquetas, é outro parâmetro que também parece alterado.

Em relação a concentração plasmática de serotonina, a mesma pode estar aumentada ou normal nos períodos de dor ou nos períodos intercríticos. Ainda não há definição da relação da serotonina nos mecanismos geradores da cefaléia do tipo tensional.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

Endorfinas, catecolaminas e aminoácidos neurotransmissores (como o glutamato, aspartato e glicina) assim como os peptídeos (substância P, peptídeo vasointestinal e o neuropeptídeo Y) também estão sendo estudados nesta cefaléia, porém parecem não alterados.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

O GABA (ácido gama aminobutírico), um neurotransmissor inibitório, está elevado nos pacientes com cefaléia do tipo tensional. O aumento é maior do que a encontrado nos pacientes com migrânea. A hiperexcitabilidade neuronal, pode ser sugerida, sendo controlada por esse neurotransmissor.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2014)

Alguns trabalhos sugerem o envolvimento do óxido nítrico (NO) na cefaléia do tipo tensional crônica.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA,2014)

2.4 Tratamento da cefaleia tensional

A recorrência e os surto são característicos nas cefaleias primária, podendo ter magnitude variável, necessitando de abordagem terapêutica imediata e adequada. A dor de fraca intensidade pode ser manejada em geral com analgésicos comuns e o repouso, os quais são suficientes para a remissão dos sintomas.

No entanto quando a dor é de maior magnitude, como naqueles pacientes que procuram o serviço de emergência, a terapêutica mais agressiva deve ser considerado. (COSTA,1998)

As drogas de primeira escolha para o tratamento são os anti-inflamatórios não-hormonais. Esses fármacos atuam diminuindo a síntese de prostaglandinas minimizando a atividade inflamatória neurologicamente mediada no sistema trigêmeo-vascular.(COSTA,1998)

Agem também interferindo na neurotransmissão serotoninérgica e em geral diminuem a intensidade da dor de maneira marcante, mas na maioria das vezes, não são capazes de modificar a duração da crise. Como principais representantes deste grupo temos o naproxeno, o ibuprofeno e o ácido mefenâmico. Seus efeitos adversos são fundamentalmente relacionados a sintomas dispépticos (COSTA,1998)

Nas cefaleias tensionais episódicas as orientações de medidas educativas são essenciais como sono regular, evitar bebidas alcoólicas, controle de estresse (técnicas de relaxamento, atividade física leve), lazer. (COSTA,1998)

A prescrição, nos casos de cefaleia tensional esporádica, de analgésicos (paracetamol 750-1.000 mg até 6/6 h; dipirona 500 1.000 mg até 6/6 h) e/ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) (ibuprofeno 400-800 mg até 6/6 h; diclofenaco 50 mg até 8/8 h; cetoprofeno 50 mg até 6/6 h; naproxeno sódico 500 mg dose inicial e 250 mg até 6/6h). Associações com cafeína aumentam a eficácia analgésica. A maioria das crises é resolvida com uma dose de analgésico comum, sendo a escolha feita de acordo com a experiência anterior do paciente e a tolerância à

droga.(COSTA,1998)

Se não há resposta em 1 ou 2 horas com uma medicação, pode-se usar outra. Nas cefaleias tensionais crônicas, pode-se usar clorpromazina. Analgésicos devem ser abolidos, seu uso diário piora o quadro das cefaleias crônicas. (SPECIALI,2018)

ALGORÍTIMO DE MANEJO EMERGENCIAL DAS CEFALEIAS CRÔNICAS



Fluxograma 2: Abordagem do paciente com cefaleia crônica não progressiva

2.6 Tratamento com Clorpromazina

A terapêutica com clorpromazina em diferentes dosagens tem-se mostrado satisfatória, e endovenosamente na dose de 0,1 mg/Kg em 15 minutos é mais eficaz que a meperidina associada com dimenidrinato. As hipóteses para sua eficácia e especificidade para este tipo de dor são: bloqueio adrenérgico; atividade anti-5-HT; ação anti-emética e modulação dos sistemas relacionados à dor (sistema límbico).

A clorpromazina tem grande capacidade de ligação protéica e consequente biodisponibilidade (80-96%), tem meia vida de 16-30 horas e concentração plasmática eficaz entre 50-300 ng/ml, e sua metabolização é hepática apresentando pequena capacidade de indução enzimática. Podem surgir como efeitos adversos a discinesia tardia, sudorese, náusea, vômito e hipotensão que é usualmente prevenida com o decúbito, e que na literatura são considerados infrequentes. (COSTA,1998)

O inconveniente nesta forma de aplicação é a necessidade de longo tempo de observação e de infusão que podem ser fatores limitantes para este tipo de abordagem.(COSTA,1998)

2.7 Tratamento homeopático

A abordagem terapêutica com uso de medicamento homeopático é baseado na utilização do princípio da similitude (*similia similibus currentur*). Esse princípio indica o uso de medicamentos que causam efeitos semelhantes aos sintomas da doença, a fim de estimular uma reação do organismo contra sua própria patologia ou sofrimento.

A individualidade e a totalidade sintomática característica de cada indivíduo é essencial para a correta escolha do medicamento único adequado no tratamento homeopático. Hahnemann e seus sucessores descreveram diversos medicamentos homeopáticos, que se destacam em relação aos outros quando levamos em consideração os sintomas de ansiedade e estresse. Entretanto, é essencial utilizarmos o princípio da similitude, e a escolha do

medicamento único foi realizada pelos sintomas apresentados e as características intrínsecas e únicas da paciente em questão.

3. A HOMEOPATIA

De origem grega, a palavra Homeopatia (*hómoios*= semelhante, *páthos*= doença), é a denominação da Medicina dos Semelhantes de Samuel Hahnemann (1755-1843), a Medicina da cura dos Semelhantes pelos Semelhantes- Homeopatia. (SANTOS,2013)

Em 1790 Hahnemann, deu seu primeiro passo na ciência da Homeopatia, ao traduzir o texto de "*Matéria Médica de CULLEN*", no qual pode observar os sintomas que surgiram por meio da ingestão de *China officinalis*. Os sintomas apontados na obra como decorrentes de doses ponderais de *China* eram semelhantes ao quadro clínico da febre intermitente, doença essa para qual estava indicado a *China*. Hahnemann após observar tal fato na obra inicia um estudo experimental a respeito dessa substância e passa a tomar doses repetidas diárias de *China*, observando os sintomas que apareceram e percebeu alterações semelhantes às da febre intermitente. (SANTOS,2013)

Nessas pesquisas passa a ter colaboradores, que atuam como experimentadores, cujos sintomas passam a ser também observados e catalogados. Passa a experimentar diversas outras substâncias de reinos variados da natureza e assim, são realizadas as descrições de doenças artificiais produzidas pelos elementos testados.(SANTOS,2013)

No intuito de diminuir a toxicidade e as agravações durante

as experimentações, Hahnemann passou a diluir sucessivamente as medicações, succionando, ou seja, aplicando um importante movimento vertical a cada diluição de uma parte de soluto para noventa e nove partes de água. A esse processo foi dado o nome de Dinamização. Com as dinamizações foi possível obter sintomas diferenciados com menos agravações clínicas. (SANTOS,2013)

Ao realizar as diversas experimentações em indivíduos sãos, pode-se notar sintomas (as alterações da forma de como o indivíduo reage a um estímulo medicamentoso, as patogenesias de cada medicamento) característicos de cada medicamento, e os mesmos foram catalogados em uma obra chamada Matéria Médica. Nesse escrito os sintomas categorizados podem ser escolhidos pelo médico homeopata de acordo com o paciente examinado e as medicações relacionadas aos mesmos estarão nessa obra.(SANTOS,2013)

Em cada estudo de caso e prescrição homeopática, é essencial levar em consideração a individualização dos sintomas e seguir os fundamentos da homeopatia que tem como alicerce os pilares: lei da Semelhança; experimentação no homem são e sensível; utilização de doses mínimas; medicamento único. (SANTOS,2013)

De acordo com estudos sistematizados realizado por Kent, os prognósticos clínico dinâmicos são descritos, em sua maioria, nas obras de Hahnemann. As observações prognósticas dizem respeito às reações do organismo em face da atuação do medicamento homeopático após sua primeira prescrição.(SANTOS,2013)

O autor argentino Elizalde, sugere que podemos realizar em primeira consulta uma classificação clínica dos pacientes. Que podem ser:

- I **Funcional**= manifestações sensoriais, alterações bioquímicas;
- II **Lesional Leve**= alterações em órgãos e tecidos não vitais;
- III **Lesional grave**= alterações em órgãos e tecidos vitais;
- IV **Incurável**= alterações tão graves e profundas em órgãos e tecidos vitais (incluindo alterações mentais) que são irreversíveis.

Os prognósticos clínicos dinâmicos ao se usar uma medicação simillimum podem ser:

- I **Funcional**= melhoram os sintomas mentais, gerais e funcionais com sensação subjetiva de bem estar geral. Ocorre portanto uma melhora suave, progressiva e sem agravações.
- II **Lesional Leve**= agravação curta e forte, seguida de rápida melhoria.
- III **Lesional Grave** = Agravação prolongada, seguida de lenta e segura melhoria.
- IV **Incurável**= A deterioração energética chegou ao máximo, porisso a tentativa do organismo equilibrar-se foi levada as últimas possibilidades, não existindo nada para curar e portanto não há agravação, e se espera uma paliação com melhora dos sintomas idiossincrásicos (os próprios do doente) e morte em ataraxia (bem estar).(SANTOS,2013)

No ano de 1810 é publicado o "*Organon da Medicina Racional*" onde há a descrição de toda a teoria doutrinária e prática homeopática. No Organon, Hahnemann conceitua cura como "o restabelecimento rápido, suave e duradouro da saúde ou remoção e total destruição da doença em toda sua extensão, através do caminho mais curto, seguro e menos prejudicial." (SANTOS,2013)

4. CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO

J.C. , sexo feminino, 26 anos, procedente de Sorocaba – SP, desempregada há 2 meses, anteriormente trabalhava em setor de recursos humanos de uma empresa de grande porte da região, moradora de zona urbana.

QUEIXA E DURAÇÃO

Dor de cabeça diária que piora com estresse principalmente no ex trabalho há aproximadamente 6 meses

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL

Paciente relata que há 3 meses iniciou investigação da cefaleia com neurologista que realizou diagnóstico de cefaleia tensional, tendo sido indicado analgésicos alopáticos, porém sem melhora. Afirma que parou de tomar os remédios pois não melhoravam e que quer algo que resolva, senão não tomará.

Apresenta dor de cabeça de forte intensidade pulsante em região frontal que piora a noite, apresenta crise de choro durante episódios diários de dor de cabeça, acorda durante a noite por dor.

O quadro se agrava antes e depois da menstruação mas melhora durante a menstruação

A dor de cabeça piora quando ocorre algo no trabalho que ela não concorda, afirma que discute quando não concorda, fala que não vai fazer, fala diretamente e a noite tem dores de cabeça.

Gosta de planejar viagens e o futuro mas fica ansiosa com o que irá acontecer mesmo planejando.

Quer fazer logo o que é preciso para que a ansiedade passe mas sente medo que não dê certo. Sempre quer as coisas para o agora.

Quando se sente ansiosa tem vontade incontrolável de se alimentar, não tem preferência de sabor, só come até se sentir no limite.

Fala rápida e sem parar, conversa com todo mundo, principalmente quando sente que tem intimidade. Muda frequentemente de assunto.

Refere que sente-se melhor no frio, abre as janelas sempre.

Tem dificuldade de evacuar longe de casa, passa dias quando viaja sem evacuar (já ficou 21 dias).

Afirma ter família bem estruturada, os pais são separados desde a infância mas se dão bem.

A mãe é nervosa bem apegada com a paciente desde a separação. Quer estar sempre com a filha, fica muito preocupada e ansiosa com os problemas da filha.

Afirma ter poucos amigos que prefere ficar somente com seu namorado. O namorado é calmo e ajuda quando ela fica muito nervosa e ansiosa.

Refere que seus maiores defeitos são ser mandona , orgulhosa e teimosa (“meu jeito é o certo”), e sua maior qualidade é a bondade, sempre quer ajudar as pessoas até quando é tratada mal.

Ao final da primeira consulta afirma ter um trauma de violência sexual de antigo namorado, porém não detalha nada sobre o ocorrido nesse primeiro momento. Só afirma que até hoje o melhor relacionamento que teve foi com o atual namorado que é diferente de todos os relacionamentos anteriores.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Tem histórico de asma na infância que desapareceu na vida adulta. Atualmente apresenta rinite recorrente que piora em viagens (tanto em locais quentes quanto frios) e sinusite ocorre raramente (duas vezes ao ano).

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Mãe saudável, apenas ansiosa porém sem acompanhamento ou tratamento atual.

Pai sem comorbidades

INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS:

Nada digno de nota.

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, corada, hidratado, eupneica, afebril.

Aparelho Cardiovascular: bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros. Frequência cardíaca de 72 bpm. Pressão arterial 120X80 mmHg.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente e simétrico.

Frequência respiratória de 21 imp.

Abdômen flácido, indolor, ruído hidroaéreo presente, sem visceromegalia.

Extremidades com pulsos simétricos e boa perfusão periférica, pouco sudoreicas, sem edemas.

Otoscopia e oroscopia sem alteração.

Sistema Nervoso Central: bons reflexos, sem sinais de irritação meníngea.

Pele:

sem particularidades.

SÍNDROME MÍNIMA DE VALOR MÁXIMO:

- Cabeça – Dor, cefaleia em geral – frente, na – olhos – acima dos - pulsátil
- Cabeça – Dor, cefaleia em geral – menstruação – durante -melh.
- Mental- Ansiedade- Antecipação, por – compromisso, de um
- Mental- Loquacidade – mudando rapidamente de um assunto para outro
- Reto – constipação - viajando
- Mental- Recusa- medicamento, a tomar o
- Generalidades- Frio em geral – ar frio – melh. – janelas abertas, deve ficar com as

4.1 Repertorização (Repertório Digital- Homeosoft)

A repertorização é a capacidade de transformar informações subjetivas em informações objetivas em linguagem homeopática. Uma anamnese detalhada levando em consideração detalhes peculiares e característicos do paciente é essencial para a escolha correta do medicamento.

Sintomas da Repertorização (7)				
	Id	Diret	S1	Rubricas
▶	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CABECA -> DOR, cefaleia em geral -> Fronte, na -> Olhos -> acima dos -> pulsatil (19)
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CABECA -> DOR, cefaleia em geral -> menstruacao -> durante -> melh. (7)
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MENTAL -> ANSIEDADE -> antecipacao, por -> compromisso, de um (12)
	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MENTAL -> LOQUACIDADE -> mudando rapidamente de um assunto para outro (16)
	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RETO -> CONSTIPACAO -> viajando (9)
	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MENTAL -> RECUSA -> medicamento, a tomar o (10)
	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENERALIDADES -> FRIO em geral -> ar frio -> melh. -> janelas abertas, deve ficar com as (21)

Resultado: Rep1			
	Med	Cobert.	Pts
▼			
▶	LACH	4	9
	PULS	3	6
	NAT-M	3	3
	BRY	2	2
	GLON	2	2
	LYSS	2	2
	BROS	1	1
	CAUST	1	1
	CHEL	1	1
	DIG	1	1
	HAM	1	1
	KALI-BI	1	1
	MAG-M	1	1
	NAT-C	1	1
	PIC-AC	1	1
	PTEL	1	1
	SEP	1	1
	SPIG	1	1
	THER	1	1

Figura 2 - Repertorização

DIAGNÓSTICOS:

- Etiológico: Estresse e ansiedade
- Nosológico: Cefaleia tensional
- Constitucional: Carbônico
- Diatésico: Psora
- Medicamentoso: *Lachesis Muta*

CONDUTA NA PRIMEIRA PRESCRIÇÃO:

Lachesis Muta 15 CH - 1x por dia e em plus nas crises

EVOLUÇÃO:

Após o quarto dia da medicação, as crises começaram a ser mais curtas durante a noite, mas ainda ocorriam.

Depois de uma semana, as crises ocorriam duas vezes na semana e não mais diariamente.

No retorno após 1 (um) mês, afirmou que a cefaleia ainda ocorria, porém uma vez por semana. Não realizou PLUS nenhuma vez pois não teve cefaleia intensa que houvesse necessidade. Referiu que viajou por 10 dias e

que conseguiu evacuar duas vezes pela primeira vez. Quando indagada sobre a ansiedade, afirma que apesar de estar desempregada, está mais tranquila com o futuro, sabe que o melhor virá. Oriento que inicie Lachesis Muta 30CH 1x ao dia e plus em crises.

Após dois meses, e consulta apresentava-se satisfeita com o tratamento. Referia que sentia-se cada dia mais leve, disposta e que chegou a ficar 20 dias sem crise de cefaleia. Teve um episódio antes da menstruação, fez um PLUS e melhorou. Mantida a medicação em mesma potência, frequência e PLUS se crise.

Retorna após um mês afirmando que parou de tomar medicação diariamente há 10 dias e que sente-se bem sem o mesmo atualmente. Quando sente que irá ter uma crise, como no período pré menstrual, faz um plus e controla a crise.

1. LACHESIS MUTA

É a maior serpente da América Latina, podendo chegar a 4 metros. No Brasil, o gênero *Lachesis muta*, conhecido popularmente como surucucu, pico-de-jaca, surucutinga, malha de fogo, possui duas subespécies: *Lachesis muta muta* e *Lachesis muta rhombeata*. Habitam áreas florestais como Amazônia, Mata Atlântica e alguns enclaves de matas úmidas do Nordeste. (BERNARDE,2019)



Ações do Veneno:
O veneno apresenta atividade proteolítica, hemorrágica e coagulante. É relatado também ação neurotóxica, porém ainda não foi isolada a fração específica responsável por esta atividade. A ação proteolítica pode ser comprovada “in vitro” pela presença de proteases. Trabalhos experimentais demonstraram intensa atividade hemorrágica do veneno da *Lachesis muta muta*. (Secretaria da Saúde do Paraná,2019)

5.1 Sintomas do acidente laquético



Figura 4 – Acidente Laquético

Quadro

Clínico:

Manifestações Locais: Predomínio de dor, edema, calor e rubor local. Podem surgir vesículas de conteúdo seroso ou sero-hemorrágico nas primeiras horas do acidente. Manifestações hemorrágicas, na maioria dos casos no local da picada.

Manifestações Sistêmicas: Hipotensão arterial, tonturas, escurecimento da visão, bradicardia, cólicas abdominais e diarreia.

Os acidentes laquéticos são classificados como moderados e graves dependendo da repercussão clínica. (BERNARDE, 2019)

5.2 Tratamento do acidente Laquétrico

Por se tratar de uma urgência, em alguns casos, emergência, o primeiro passo é sempre procurar um serviço de pronto atendimento.(BERNARDE,2019)

O ambiente em que a vítima sofreu o acidente deve ser cuidadosamente avaliado para que não haja evento similar com as demais pessoas que estão socorrendo a vítima.(BERNARDE,2019)

De acordo com a gravidade do acidente e manifestações vagais, administrar 10 a 20 ampolas de Soro Antilaquétrico por via intravenosa. Controle das manifestações vagais.(BERNARDE,2019)

Pode ser necessário uso de anti-histamínicos e/os corticoides para evitar reação alérgica ao soro administrado.(BERNARDE,2019)

A hidratação adequada também é essencial e naqueles que desenvolvem insuficiência renal a diálise pode ser necessária. Bem como naqueles pacientes que desenvolvam síndrome compartimental decorrente do intenso edema local a fasciotomia pode ser uma conduta necessária.(BERNARDE,2019)

6. LACHESIS MUTA HOMEOPÁTICO

Os medicamentos homeopáticos são dinamizados, isto é, a substância original é diluída e agitada. Na dinamização, usamos uma solução hidroalcoólica para diluir (frequentemente álcool a 30%) e movimentos de - batida - contra um anteparo semi-rígido para agitação, esse processo chama-se sucussão. Se uma substância é solúvel em água ou álcool etílico, puros ou combinados, ela será dissolvida, na proporção de 1%, e agitada 100 vezes. (CESAR,2019)

Em seguida, nova diluição e 100 agitações. As diluições podem ser feitas em diferentes proporções ou escalas. A mais comum é na proporção de 1:100, também chamada escala centesimal. Para fazê-la, usamos 1 parte da droga para 99 partes de solução água/álcool. Este método é chamado de hahnemanniano, também chamado de - frascos separados - As agitações podem ser feitas manualmente (através de movimentos ritmados do antebraço, de batida contra o anteparo) ou através de um equipamento chamado de - braço mecânico -, quando uma máquina tenta reproduzir o movimento do braço. É uma técnica simples, porém, demorada e trabalhosa. Os medicamentos assim produzidos são chamados de CH, porque foram diluídos através da escala centesimal (por isto C) e método hahnemanniano (H). (CESAR,2019)

Este medicamento é feito com o veneno da cobra Lachesis Muta, que é um veneno animal. Como todos os venenos de serpente, Lachesis decompõe o

sangue, tornando-o mais fluido; daí a tendência hemorrágica é marcada. (TYLER,2016)

Lachesis Muta (lach) é um remédio homeopático poli cresto muito importante. Ele é dado nas potências homeopáticas para seus próprios sintomas marcantes e característicos, previamente surgidos nas experimentações e envenenamentos. (TYLER,2016)

Os quadros adequados a prescrição de *Lachesis*, são compostos por sintomas marcantes: Diátese hemorrágica, melancolia, desconfiança, loquacidade, melhora com a menstruação (descarga suprimida). O paciente não suporta locais e roupas apertadas. Essa angústia, assim como outros sintomas pioram após dormir, principalmente em locais pouco ventilados (Há necessidade de abrir as janelas).(TYLER,2016)

Mentalmente apresenta Grande *loquacidade*, fora do comum, que se acentua da parte da tarde. Quer falar sempre, o que acaba fazendo de forma precipitada, com as ideias e temas sobrepondo-se.(TYLER,2016)

Apresenta-se entristecido pela manhã, quando acorda. Havendo alternância de depressão e excitação. O indivíduo fica sem desejo de se misturar com o mundo. Inquieto, não deseja participar de negócios; quer estar em algum lugar o tempo todo. Seu trabalho mental é melhor realizado à noite. Apresenta melancolia e ansiedade religiosa (salvação). (TYLER,2016)

É um indivíduo ciumento. O ciúme não tem justificativa e a desconfiança estende-se a todos os que o cercam no perímetro das suas relações. Teme a infidelidade conjugal e possui aversão ao casamento.(TYLER,2016)

Apresenta grande esgotamento físico e mental. Tem a impressão que perde o conhecimento, tal é a sua fraqueza. Fraqueza esta que vem acompanhada de tremores generalizados que agravam de manhã.(TYLER,2016)

Tem dor na cabeça ao acordar. A pressão e queima no vértice, sente ondas de dor de cabeça que pioram no Sol. Descrevem a visão com cintilação, turva. O rosto apresenta-se muito pálido e queixa-se de vertigem. Tais sintomas são aliviados pelo início de uma descarga (menstruação ou catarro nasal)(BOERICKE,1927)

Relata sensação como se os olhos estivessem unidos por cordões amarrados com um nó na raiz do nariz. As narinas apresentam-se sensíveis e podem sangrar. Possui coriza, precedida por dor de cabeça. Manifesta rinite alérgica e paroxismos de espirros(BOERICKE,1927)

Outro sintoma é a Neuralgia trifacial no lado esquerdo, com onda de calor subindo para a cabeça. (BOERICKE,1927)

Apresenta gengivas inchadas, esponjosas que sangram. A Língua também inchada, que queima, treme e contém aparência vermelha, seca e rachada na ponta, com *pontos aftosos* com queimação. A boca fica com sabor desagradável. *Os dentes doem e a dor se estende aos ouvidos*, bem como nos ossos faciais.(BOERICKE,1927)

A Garganta apresenta sensação de que algo estivesse inchado e que devesse ser engolido; *piora ao engolir saliva ou líquidos. O indivíduo sente que o que está ao redor do pescoço apertando deve ser solto.*(BOERICKE,1927)

Sente desejo de álcool e ostras. Qualquer comida causa angústia. A pressão constante *melhora comendo*, mas retornando em poucas horas. (BOERICKE,1927)

A região do Fígado fica sensível, *não pode suportar nada em torno da cintura* . Apresenta abdomen timpanítico, sensível, doloroso.(BOERICKE,1927)

Possui problemas climatéricos, palpitações, flashes de calor, hemorragias, dor de cabeça de vértice e até desmaios.(BOERICKE,1927)

A Menstruação é muito curta e fraca. *As dores são todas aliviadas pelo início do fluxo*. O ovário esquerdo apresenta-se muito dolorido, inchado e endurecido.(BOERICKE,1927)

A parte superior da traqueia fica muito suscetível ao toque, com sensação de sufocação e estrangulamento ao deitar-se, especialmente *quando algo está ao redor da garganta*, o que obriga o paciente a saltar da cama e a correr para a janela aberta. Tem tosse sufocante fazendo cócegas na garganta. Há pouca secreção e muita sensibilidade, com pressão na laringe (BOERICKE,1927)

Há palpitação, com desmaios, especialmente durante o climatério. Apresenta sentimento constritivo causando palpitação, com ansiedade, além de cianose e batidas irregulares.(BOERICKE,1927)

Possui dor no pescoço que piora na região cervical. Tem a sensação de fios esticados de costas para braços, pernas, olhos. Sensação de encurtamento de tendões.(BOERICKE,1927)

Durante a febre apresenta frio nas costas; pés gelados; ondas de calor e transpiração quente. A pele apresenta-se com transpiração quente , *aparência*

azulada e arroxeadada . Manifestam-se furúnculos, carbúnculos, úlceras, com um ambiente azulado e púrpura, além de Bolhas escuras, púrpura, com intensa prostração. *Erisipela*, celulite. Úlceras varicosas.(BOERICKE,1927)

Os sintomas *pioram* , depois do sono. Doenças que surgem durante o sono, principalmente do lado esquerdo, na primavera, por pressão ou constrição. Por tal motivo o paciente tem medo de dormir, medo da morte, do futuro, de ser envenenado. (BOERICKE,1927)

Tem um sono agitado e o seu psiquismo agrava depois de ter dormido. À noite fica acordado durante bastante tempo e fala sem parar. Apresenta sonolência após as refeições. Sonha com a sua própria morte e com a dos entes que perdeu.(BOERICKE,1927)

Há melhora das sensações fechando os olhos e com a liberação de descargas de fluidos. (BOERICKE,1927)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do caso demonstra que a seleção dos sintomas da paciente em questão para realizar a repertorização foi adequada.

O primeiro indício de que o medicamento escolhido foi selecionado adequadamente é a sensação subjetiva de bem estar geral, tal fato foi observado no caso descrito.

O medicamento ao ser administrado na paciente propiciou que a doença tivesse melhora gradativa, sem agravação chegando a melhora completa do quadro.

Essa evolução mostra que a patologia da paciente era do tipo funcional, ou seja, evolui para melhora completa sem agravação.

O uso do medicamento homeopático propicia a melhoria da qualidade de vida do paciente, atuando além da queixa principal da mesma, em aspectos mais amplos e intrínsecos do mesmo.

O acompanhamento homeopático da paciente deve garantir a manutenção da saúde integral da mesma e o controle da queixa descrita.

REFERÊNCIAS

1. BERNARDE, Paulo Sérgio. Orientação para o diagnóstico dos acidentes ofídicos no Acre. Disponível em: <<http://www.herpetofauna.com.br/OfidismoAcre.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2019.
2. BIGAL, Marcelo Eduardo; BORDINI, Carlo Alberto; SPECIALI, José Geraldo. Tratamento da cefaléia em um unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anj/v57n3B/1192.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2019.
3. BOERICKE, William. Homeopathic Materia Medica. 1927. Disponível em: <https://www.academia.edu/33690976/Boericke_materia_medica>. Acesso em: 21 fev. 2019.
4. CESAR, Amarilys de Toledo. PREPARO DOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS. Disponível em: <<http://www.bvshomeopatia.org.br/saladeleitura/texto6preparomedicamentoshomeopaticos.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2019.
5. COSTA, Agnaldo R. da; MONZILLO, Paulo Hélio; SANVITO, Wilson Luiz. Uso de clorpromazina para tratamento de cefaléia no serviço de emergência. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0d/anj/v56n3b/1768.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.
6. IANSKOSKI, Débora. Diagnóstico diferencial e abordagem das cefaleias em urgências e emergências. Disponível em: <<http://revista.uniplac.net/ojs/index.php/uniplac/article/view/3432>>. Acesso em: 21 fev. 2019.
7. KRYMCHANTOWSK, Abouch V.; MOREIRA FILHO, Pedro F.. Cefaléia crônica diária primária apresentação clínica. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anj/v58n2B/2245.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
8. MATTA, André Palma da Cunha; MOREIRA FILHO, Pedro F.. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anj/v61n4/a19v61n4.pdf>>. Acesso em: 22

fev. 2019.

9. MIRAGAYA, Fernando. O universo de Lachesis. 1992. Disponível em: <<http://www.ihb.org.br/BR/docs/monografiasdigitalizadas/1992/542.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
10. PARANÁ - CURITIBA. Secretaria da Saúde do Paraná (Org.). (Ofídios) Acidente Lachético. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1464>>. Acesso em: 19 fev. 2019.
11. RIBEIRO FILHO, A. Repertório Homeopatia Digital. Homeosoft. Versão 3.0.0.263. 2013. Acesso em: 16 fev 2019.
12. SAMPAIO, Jonathan et al. Ofidismo: Universidade Federal do Pará. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/JonathanSampaio21/ofidismo-35334291>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
13. SANTOS, Luciano Carrasco dos. Enxaqueca e homeopatia: revisão bibliográfica. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/hom-10931>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA (Org.). Tipos de dor de cabeça. Disponível em: <<https://sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=192>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
15. SOCIEDADE PORTUGUESA DE CEFALÉIAS. Classificação Internacional de Cefaléias. Disponível em: <http://www.ihs-headache.org/binary_data/2086_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.
16. SPECIALI, José Geraldo. Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia (Org.). PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALÉIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL - 2018. Disponível em: <<https://sbcefaleia.com.br/images/protocolo%20cefaleia%20urgencia.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2019.
17. TYLER, M.L. Retratos de medicamentos homeopáticos com Repertório de Sintomas. São Paulo: Organon, 2016.