PROVA TERAPÉUTICA COM HALDOL DINAMIZADO
EM PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS – MÉTODO TRIPLO CEGO

Palmyr Virginio da Silva Junior*

I – INTRODUÇÃO

Mais do que conclusões, tento reproduzir uma experiência vivida. Algo como um diário, uma "crônica homeopática" que tentasse retratar certas idéias, dificuldades e questionamentos, além de discutir considerações que algumas pessoas, homeopatas ou não, formularam no decorrer da pesquisa. O que pude perceber de imediato é que muitas dessas questões já vinham sendo formuladas desde os cursos de especialização, mas para que os alunos não se sentissem na incômoda posição de desconfiança ou como quase nunca havia suficiente disposição dos mais experientes em discutí-las, nunca foram levadas adiante. Portanto, a primeira conclusão apareceu antes mesmo do trabalho proposto começar: *não sabemos conversar sobre nossas experiências*, sendo que essa dificuldade de comunicação não se dá apenas entre as duas escolas, homeopatia-alopatia, *mas dentro da própria homeopatia*. Por um lado devemos admitir a ausência de uma formulação prático-experimental sistematizada de estudo comparativo sobre a qual pudéssemos debater e avaliar criteriosamente os fatos observados e por outro pela presença de uma política de hegemonia dentro das diversas correntes médicas, que serve, entre outros fins, para aprisionar cada discurso no seu próprio universo de assimilação, se excluindo, ao mesmo tempo que se protegendo, dos demais. No entanto, a maior barreira reside na limitada disponibilidade do médico em "esvaziar" seus "pré e pós conceitos", para que tal terreno de intercâmbio possa vir a ser cultivado.

Os primeiros comentários recebidos foram de colegas alopatas que negavam a experiência com Haldol dinamizado, se utilizando para isso dos impecáveis jargões da medicina clássica, do tipo "ausência de base científica". Enquanto pensava em como nossas posições alimentavam tais argumentos me integrava à várias discussões entre "homeopatas partidários": unicistas, pluralistas e complexistas onde cada um a seu modo, buscava concluir não ser o trabalho "genuinamente homeopático". Como não admiti a extravagante situação de não estar fazendo coisa alguma, fui em frente com uma segunda conclusão: *a dificuldade em ouvir e o hermetismo conceitual não são privilégios da escola oficial*.

* R. das Laranjeiras, 430 ap. 1504
Rio de Janeiro

As diferenças quando se transformam em disputas deixam de promover crescimento, gerando apenas redutos de poder onisciente *onde todos perdem*. Nossa prática num triste paradoxo, se fragmenta em vários pedaços e por continuidade o próprio doente que é assistido sob tal égide.

A homeopatia como modelo de atenção e método efetivo não deve mais permanecer num lugar de exceção, marginal e assimétrico em relação à medicina como um todo, incrustada no santuário dos consultórios. Mantida nessa perspectiva, quando fora deles, merecerá apenas um secundário espaço "concedido" (em função de isoladas simpatias pessoais) graças a muitos homeopatas que reproduzem mais ou menos conscientemente a mesma postura de exclusão perpetrada pela chamada medicina alopática. Essa dicotomia tola e empobrecedora, deixa de ser combatida e passa a ser preservada numa exaltação inversa, de tal modo que a reafirmação de cada conduta passe necessariamente pelas supostas falhas da conduta alheia, homeopática ou não. Nessa circunstância, dificilmente poderemos conhecer seus limites e muito menos explorar suas reais potencialidades enquanto ciência e arte médica.

"VIVA VIDA"

FARMÁCIA HOMEOPÁTICA

MANIPULAÇÃO HOMEOPÁTICA ESPECIALIZADA

Produtos naturais, Fitoterápicos e cosméticos

Carmen Tereza Fernandes — CRF -8 N.º 7284

Roselena Maria Castello Sãens — CRF -8 — N.º 7453

Farmacêuticas e Proprietárias

Rua Tabapuã, 930 — Itaim Bibi — São Paulo

Tel.: 852-6292

2.^a a 6.^a de 9 às 19 horas — Sáb. de 9 às 13 horas

II – CONSIDERAÇÕES GERAIS

A) *Sobre a exposição do trabalho*

Como o planejamento já foi anteriormente publicado, limitar-me-ei a um breve resumo acerca de determinados pontos básicos e em seguida discutirei as várias situações, na ordem em que elas se apresentam. Procurarei inserir comentários que tratem dos erros, tão importantes de serem pensados quanto os acertos, em especial para que sirvam de reflexão para outros colegas.

Quero deixar bem claro que o tratamento do psicótico internado é algo bastante complexo, no qual se inserem muitas variáveis. Desde o pessoal administrativo, passando pela equipe técnica, serviço de terapia ocupacional, os remédios, os familiares e os terapeutas, até a estruturação de todas essas "partes" para o funcionamento de um corpo institucional, incidem elementos de interferências que não podem numa pesquisa desse tipo serem de todo previstos e controlados, comparativamente à outras esferas clínicas. Nesse sentido apareceram obstáculos que em muitos momentos acreditei serem impeditivos à continuação da pesquisa, o que não me impediu de levá-la adiante. Considero que os caminhos percorridos até aqui, só terão maior validade se estivermos dispostos a tomar as várias "inconclusões" obtidas e remontá-las num plano operativo aperfeiçoado. Somente a partir dessa possibilidade, se justifica a divulgação de tais resultados.

B) *Sobre como se apresentou o trabalho na instituição*

A pesquisa foi proposta numa instituição privada onde 90% do pessoal técnico trabalha em regime de estágio sendo a maioria estudante

A P O T H E C A

PHARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO - HOMEOPATIA E FITOTERAPIA LTDA.

**MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS E NATURAIS,
PLANTAS MEDICINAIS**

C.G.C. 53.042.891/0001-05 — Inscr. 111.006.308

Av. Ver. José Diniz, 2221 - Brooklin - CEP 04603 - Tel. 240-5487 - SP

de psicologia. A idéia foi inicialmente aceita pela diretoria clínica que me pediu para que eu a formulasse perante o restante da equipe técnica para saber quem se interessaria em participar. A curiosidade foi geral mas apenas dois estudantes de medicina e quatro de psicologia num grupo de 30 assumiram o compromisso de se reunir semanalmente, para juntos tirar dúvidas, estudar homeopatia e anotar a evolução dos pacientes a partir dos relatórios que seriam feitos diariamente no decorrer da semana. Essas pessoas estariam nos plantões da clínica e por isso bem junto ao paciente, sendo então possível captar aspectos mais sutis de seu estado mental.

C) Sobre os objetivos e hipóteses

O objetivo era tratar a "doença adquirida" pelo paciente em função do uso prolongado e/ou indevido do Haloperidol (Haldol alopático - HA), atuando profundamente no organismo daquela pessoa através do uso do Haldol dinamizado (HD) baseado no princípio de similitude, a fim de abrir caminho para a administração do medicamento constitucional. A partir da hipótese de remoção da "armadura farmacológica", além da simples retirada do medicamento do paciente, esperávamos uma maior evidência da sua individualidade bio-psíquica, para que ele pudesse ser integralmente percebido e medicado numa perspectiva homeopática.

D) Sobre a escolha das potências

A utilização da potência D1 buscava amortecer possíveis reações indesejáveis dos pacientes, pela abstinência do Haldol alopático e seria administrado por poucas semanas.

Como as pesquisas realizadas em 250 pacientes pelo professor Eizayaga demonstraram não haver variações nos efeitos observados entre as doses repetidas e dose única, considerando as doenças da esfera mental e funcional, optei pelas doses repetidas alternando as potências C 30 e C 200 em solução hidro-alcoólica. Isso se deu em função dos pacientes estarem acostumados a tomar remédios todos os dias há muitos anos e julguei ser impróprio naquele momento mudar abruptamente tal esquema. Em seu trabalho, também ficou demonstrado que em tais potências as agravações foram praticamente ausentes.

III – MATERIAL E MÉTODO

Foram selecionados pacientes que se enquadravam nos critérios de prova (vide planejamento). Eram todos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, internados por períodos longos e que faziam sempre uso do Haloperidol. Todos tinham alterações em algumas das diversas esferas clínico-sintomáticas que foram consideradas como controle de evolução.

Fomos agrupando os pacientes ao acaso, procurando apenas o equilíbrio entre homens e mulheres. Dividimos os grupos em A e 1. Apenas o farmacêutico que preparou o remédio sabia qual dos grupos tomava placebo e qual recebia a medicação, segundo o método triplo cego, atualmente empregado na maioria das pesquisas homeopáticas. Os frascos foram correspondentemente etiquetados em relação aos grupos e iniciamos os testes no dia 15/1/84, com a seguinte posologia:

pot D1-1 e D1-A ambos os grupos tomavam 5 gts às 10h, 5 gts às 14h e outras 5 gts às 20h, de segunda à 5ª feira.

pot C30-1 e C30-A ambos os grupos tomavam 5 gts 3 vezes ao dia aos sábados, exceto no 1.º sábado de cada mês.

pot C200-1 e C200-A ambos os grupos tomavam 5 gts 3 vezes ao dia no 1.º sábado de cada mês.

Estava previsto que no 5.º mês o paciente tomaria uma dose única do seu remédio constitucional.

IV – EVOLUÇÃO E CONTROLE

A equipe de trabalho se mostrou bastante interessada e disposta. A curiosidade em discutir os conceitos homeopáticos básicos além dos seus desdobramentos filosóficos, onde a medicina e mesmo a psicologia podem colher valiosas lições de sabedoria, foi muito enriquecedora e gratificante. As pessoas tinham sensibilidade aguçada e boa experiência na relação com os doentes internados. Procuramos individualizar e aprofundar as anamneses psiquiátricas, sendo que esta tarefa foi bastante difícil, não só com os pacientes mas também em função dos familiares que não estão próximos o suficiente para poder contribuir efetivamente numa entrevista. Ao término do primeiro mês, observamos o seguinte:

1 – Incertezas quanto às tomadas da medicação de sábado em função do esquecimento de algumas famílias e do próprio paciente. Sabíamos que às vezes a informação era mal transmitida ou mal assimilada, como por exemplo, tomar fora e não nas refeições como é de hábito. Sobre essa contingência não tínhamos o menor controle.

2 – Um paciente do grupo 1 foi retirado da prova pela equipe de técnicos da instituição que passou a se sentir insegura com seu estado emocional “visivelmente mais ansioso”. E para não correr “maiores riscos” optaram pelo afastamento. Eu não tinha acesso a maiores esclarecimentos. O que ponderava o restante da equipe, é que nessas situações não há tempo para maiores especulações e a conduta deve ser urgente.

3 – Outro paciente ficou bastante assustado em ver modificada sua medicação tanto quantitativa quanto qualitativamente (apenas líquida). Este fato foi trabalhado psicologicamente pela equipe.

4 — Havia um “clima” de novidade no ar. Os pacientes que percebem tudo o que acontece — estavam excitados e curiosos sendo que o restante da equipe que não participava diretamente da prova, também demonstrava uma crescente inquietação pelo desconhecimento da matéria. Foi pedido para que no final das reuniões semanais de equipe, de 15 em 15 dias eu falasse no andamento do trabalho e fossem dados esclarecimentos sobre homeopatia. Logicamente esse tempo era por demais exíguo e cada vez as curiosidades e as dúvidas no que se referiam às diferenças de enfoques criavam maiores conflitos. Isso acabou por gerar um desgaste entre o grupo que participava diretamente do trabalho (7 pessoas) e o restante da equipe, pois aqueles tinham acesso ao conhecimento e os últimos não. A rivalidade que se instalou, a partir daí, prejudicou bastante o andamento da prova. Os aspectos psicológicos dessa situação no que se refere a espaços de poder, inconsciente institucional, as relações afetivas e de liderança, seriam temas suficientemente densos para um outro trabalho, não sendo este o caso. Mas a lição que tirei foi que qualquer iniciativa de inserção da homeopatia em quaisquer serviços, por ser sua prática ignorada pela quase totalidade das instituições médicas, não deve prescindir de um movimento introdutório que a “aproxime” da maioria dos profissionais que terão acesso direto ou indireto aos pacientes e à medicação administrada. Caso contrário correr-se-á o risco de reforçar uma posição de “quisto”, profundamente desarticulada de qualquer método ou proposta de trabalho.

Nesse primeiro mês houve poucas alterações na esfera da atenção — concentração numa tarefa, conversa, etc., e da atividade voluntária — tique estereotípias, negativismos, etc., mas já eram algo visíveis as alterações a nível da corporalidade — expressão facial, emissão da voz, deambulação, gestos etc. As demais esferas avaliadas permaneceram estáveis, sendo que a ansiedade, justificada pelo fator emocional da “situação nova”, estava um pouco aumentada. Passarei a descrever o que se passou no 2.^o e 3.^o mês.

Nesse período as dificuldades existentes não só se agravaram como surgiram outras. Contudo elas acabaram por conduzir às mais cuidadosas reflexões e revisões de conceitos:

1 — Um paciente do grupo 1 foi considerado “pior” pelo retorno de um antigo quadro delirante e sua comunicação embotada “como não ocorria há vários anos”. Sua terapêuta e a equipe estavam reticentes, atribuindo tal contexto à falta do Haldol alopático. Seus familiares pediam providências, se mostravam preocupados e questionavam o emprego da homeopatia em psiquiatria.

2 — Em outro paciente do grupo 1, por mudança de terapêuta e outro do grupo A por indicação dos técnicos da instituição, tiveram suas medicações alopáticas aumentadas a tal ponto que não tinham mais razões para permanecerem numa prova homeopática. O principal argumento dizia respeito à insegurança da equipe em relação ao possível ris-

co de vida dos pacientes, já que eles podiam passar fins de semana em casa, sair sozinhos para um cinema ou curso. Descreviam um deles como extremamente distraído sendo que por isso poderia se acidentar. A outra pessoa estaria muito agressiva e excitada.

Essas descrições levantaram uma grande polêmica que ficou praticamente restrita ao grupo que realizava a prova, por não vermos maiores possibilidades delas serem discutidas abertamente nas reuniões gerais, onde muitas das pessoas se intimidam e, segundo minha impressão, pela manutenção de certos dogmas e rituais de conduta que precisam ser profundamente questionados. Como a compreensão dessas condutas ultrapassam em muito a esfera da instituição em questão e chega a dizer respeito à homeopatia enquanto método de apreensão e tratamento de uma pessoa, acredito serem pertinentes alguns comentários: A medicina alopática de um modo geral (incluindo a psiquiátrica) é uma esfera que nós homeopatas precisamos aprender a lidar com vantagens ao invés de simples e ingenuamente execrá-la da nossa conduta, pois apesar de drástica, seu caráter supressivo é por inúmeras vezes imprescindível — num paciente psicótico grave com risco de vida, agitado, passando por delírios e alucinações. Até hoje, não vi nenhuma prática homeopática sistematizada para avaliação desses aspectos de crise com resultados palpáveis, nem estabelecimento médico com estrutura e disposição para investir em tal investigação. Sinto a presença de desmistificarmos tal “síndrome ilusória de exclusivismo” que padece certas práticas homeopáticas ao ponto de conduzir uma mãe já aflita a um sentimento de culpa pela “heresia” de administrar “Novalgina” a seu filho que arde numa febre de 40°C. Nossa responsabilidade é tão grande que não devem restar espaços para que se nutra fantasias que possuímos nos “nossos” remédios *todos* os instrumentos que necessitamos. Não o temos. Precisamos avaliar situação por situação e buscar a atuação mais adequada, despidendo-nos de nossos “pós-conceitos”. Porém de que forma e sob que parâmetros poderemos perceber tais situações adversas dentro de um atendimento? O que ficou evidente é que existem divergências acerca do que seja “melhorar” ou “piorar” no nível da qualidade dos sintomas (aspecto de bastante significado e sempre focado nos cursos de especialização em homeopatia). Todavia poderíamos nos posicionar melhor no que diz respeito aos aspectos quantitativos dos quadros sintomatológicos para nossa maior segurança e a do paciente. Em muitas doenças, a febre, o vômito, a diarreia são tão presentes quanto importantes para o processo de recuperação. Ora, nos casos onde a manifestação preponderante é psíquica, a angústia, a ansiedade e mesmo situações de agitação podem estar representando uma reação benigna daquela pessoa desde que numa certa medida. Porém, tão importante quanto saber “medir” é saber que essa pessoa não pode ser desamparada naquele momento. Esse cuidado inclui *não só* o medicamento mas devem ser lembrados: a necessidade de um acompanhamento psicoterápico, uma maior aproxima-

ção com a família em termos de orientação e apoio, chegando até a uma internação hospitalar. É óbvio que não assistiremos alguém evoluir de uma diarreia para uma desidratação e morte, assim como não seria cabível que deixássemos um paciente se agitar e se jogar contra a parede numa crise maníaca. Dessa forma, a questão se transfere para como "ver" determinados sintomas e suas respostas à toda uma gama de interferências, isto é, medicamentosas, psicológicas, ambientais etc, além de como quantificá-las. Nem sempre a "medida" de quem observa (médico) tem a mesma "escala" de quem vive o problema (paciente) sendo que em função dessa disparidade pode ocorrer um arriscado prejuízo do processo de cura. O paciente fica inseguro, a família fica insegura, se instaura o pânico e "nada evolui", ou evolui para uma conduta alopática alternativa: a mãe não aguenta a ansiedade vai a um alopata que caso seja ético, perfaz um discreto ar de indignação e "faz o que tem de ser feito". Permanece o estigma de que quando a situação é grave "pé para a alopata que se corre". Por que o homeopata "recolhe" deixando que a responsabilidade dessa opção recaia apenas sobre os familiares, isolados daquele? O que de fato importa a nível de conduta e a homeopatia parte desse princípio — é que ela não se instale na posição de "sujeito", mas sim se integre ao "objeto", que se interaja à situação de sofrimento do paciente. De outra maneira as ações terão sempre a forma e as medidas de quem observa onde o paciente fica excluído. Quanto mais o médico abrir mão de sua visão imperiosa, mais estará ele apto a perfazer uma comunhão com a pessoa tratada para que possa emergir, além de uma "consulta", uma relação terapêutica. Uma visão hipertrofiada e dogmática sempre conduzirá o médico a parâmetros restritos e inflexíveis até atingir a uma espécie de "cegueira" clínica.

Na situação dos pacientes que foram afastados da prova, em especial, eles não possuíam em última análise, condições externas de apoio de grupos — familiar, profissional e mesmo institucional — para que tivessem *condições seguras* para que seu processo psicológico pudesse evoluir de forma mais livre e independente. Quanto a esse aspecto, é importante nossa cuidadosa atenção para que não simplifiquemos perante nós mesmos e o paciente a noção do que seja "agravação", "mergulhar no sofrimento" ou "colocar a angústia para fora" no momento da avaliação do efeito do remédio homeopático.

Existem "formas" e "formas" de se poder lidar, do ponto de vista médico, com o sofrimento psíquico do paciente. Algumas delas podem ser altamente positivas e transformadoras e outras totalmente aprisionantes e por demais traumáticas. Pensemos em certas características:

- a) Quais são as condições de "espera" do paciente? Como está sua temporalidade? Nessa época, sua angústia poderá evoluir para um deses-
pero que o destrutiva ainda mais?
- b) O homeopata se dispõe a dar um suporte psicológico e afetivo para essa pessoa nesse período? Pode atendê-lo mais amiúde?

- c) Se não, sabe se esse paciente é acompanhado em psicoterapia?
- d) Esse médico entra em contato com o psicoterapeuta?
- e) Entra em contato com a família, recomendando e orientando quanto aos cuidados especiais que devam ter?
- f) Acredita no risco de vida de um paciente psicótico em profundo sofrimento?

Certamente, que as variáveis nos casos psicológicos são incomparavelmente mais subjetivas, e complexas do que na situação de febre citada anteriormente, mas não devemos nos privar de discutir e repensar as inúmeras "convicções conceituais" acerca do sofrimento e de que forma superá-lo, a "resistência" de cada um aos vários sintomas considerados "comuns" como angústia, depressão, ansiedade ou a outros considerados "menos comuns" como delírios, alucinações ou vontade de morrer. Isso, para que além de não cairmos numa absolutização perigosa, não provoquemos uma contraposição em relação ao potencial de recuperação do paciente. Enquanto estivermos "de fora", enquanto não nos aproximamos o suficiente para o amadurecimento de um vínculo terapêutico, seremos forasteiros e nesse caso não conseguiremos saber da "coisa" em si mas apenas "a respeito dela". Quem pratica a homeopatia em clínica geral, e mais especialmente, em pacientes com transtornos predominantemente psíquicos, não pode se mostrar inacessível à eles, repetindo uma prática de distanciamento estratégico que exige, ao mesmo tempo que envolve o médico numa aura de infalibilidade. Tais atitudes carismáticas na medicina sempre tentam encobrir a insegurança e a inaceitação médica perante a natureza tensa, ambígua e conflituada da natureza humana. A não consideração dessas bases de existência através de uma prática definitiva, *seja ela qual seja*, é uma demonstração de que o médico não conseguiu ainda superar os conflitos da sua aferrada submissão histórico-ideológica ao Deus-homem, cujo legado é dispor da vida dos demais, criando dogmas, promovendo milagres e castigos. Quaisquer concepções de conduta serão melhor empregadas se soubermos que nos servem sobretudo para determinar vagamente onde pode estar sua parcela da realidade, sendo que esta, na sua totalidade, só será capturada quando nossas "certezas" renunciarem às suas pretensões sobre ela.

3 — A nível das supervisões clínicas, onde partiam as principais orientações acerca do tratamento-farmacológico ou não das pessoas internadas faltavam conhecimentos mais consistentes em relação à homeopatia. Mesmo assim, essa equipe administrou o LSD dinamizado em alguns outros pacientes esquizofrênicos "com finalidade ansiolítica". Segundo a impressão daquele grupo houve uma redução significativa da medicação alopática que era consumida por eles. Não houve interesse por parte de nenhum técnico responsável por tal conduta em sistematizar o método nem apresentar suas bases conceituais para que pudéssemos avaliar e discutir tais impressões. Aconteceu então, a partir do meu

desacordo pela forma em que esta outra "prova" estava se fazendo e a partir da impossibilidade de se aprofundar tais questões, uma incompatibilidade metodológica. O monólogo é um malogro por si só, e a homeopatia não é uma prática aleatória.

Volta a arcaica caricatura do "se não fizer bem mal não faz". Nas mesas de debates ou em conversas com alunos nunca será trivial, a lembrança das inconveniências quanto à preservação desse estigma através de atitudes precipitadas e mesmo bem intencionadas de algum médico homeopata que medique alguém que não esteja sob sua responsabilidade, em condições de ser submetido a um exame, um diagnóstico, obter um prognóstico e um diagnóstico medicamentoso. As receitas alcançadas através da descrição dos sintomas por terceiros ("consulta por tabela") e aquelas especulativas ("dá isso e vê se funciona") é desqualificar a prática. Aliás, uma "boa alopátia", que normalmente dispensa maiores individualizações, não se arrisca a tais agruras.

4 — No final do 3.^o mês o grupo estava desestimulado. A falta de integração com o restante dos técnicos, o imprevisto descontrole em vários setores da pesquisa e a disparidade nos objetivos internos de cada participante frustrava todo o esforço realizado. Minhas tentativas de interferência se diluíam dentro de uma austera dinâmica institucional. O espaço se reduziria e no final do quarto mês deu-se o seguinte:

1 — Mais um paciente do grupo 1 teve aumento de sua medicação. Os 10 pacientes do início da prova, estavam reduzidos a 5 (3 do Grupo A. 2 do Grupo 1), sendo que dois com medicação alopática concomitante bem aumentada.

2 — Havia uma situação onde os limites da instituição, para arcar com as mudanças que ocorriam com os pacientes chegava ao ápice. Piora, melhora, tempo para uma avaliação mais criteriosa e outros conceitos de evolução, simplesmente não podiam, nem havia condição de serem discutidos.

3 — Resolvi interromper a prova em 10/05/85 para não alastrar ainda mais o mal estar, que a essa altura era geral.

4 — Resolvemos avaliar o que tínhamos de mais palpável. Abrimos os lacres no laboratório e observamos que o Grupo 1 tomou medicamento e o Grupo A placebo. A escala máxima alcançada foi, tendo sido sempre progressiva, melhora acentuada (vide planejamento) e pode ser melhor visualizada no quadro ao lado.

5 — O que foi claramente evidenciado é que a retirada do Haldol alopático não trouxe prejuízo a pelo menos 4 dos cinco pacientes que concluíram a prova e pelo contrário, beneficiou-os especialmente na esfera da corporalidade, atividade voluntária e atenção.

6 — O retorno dos sintomas antigos do paciente do Grupo 1 (voltou a falar sozinho, ficar isolado do grupo, com confusão mental e com alterações no curso do pensamento) fato classificado como piora no trabalho, pode ser visto sob vários ângulos. Considerando que seus sinto-

ÁREA/SINTOMA	GRUPO 1 (Haldol dinamizado) Total 2 pacientes	GRUPO A (Placebo) Total 3 pacientes
● representação	● piora * 1 pac. RSA ● estacionado 1 paciente	Estacionado
● juízo	● piora 1 pac. (RSA) ₂ ● estacionado 1 paciente	Estacionado
● raciocínio	● piora 1 pac. (RSA) ● melhora discreta 1 pac.	Estacionado
● memória	● estacionado 1 paciente ● melhora discreta 1 pac.	Estacionado
● atenção	● piora 1 paciente (RSA) ● melhora discreta 1 pac.	Estac. 2 pacientes Melhora disc. 1 pac.
● orientação	● piora 1 pac. (RSA) ● estacionado 1 pac.	Estacionado
● consciência	● estacionado	Estacionado
● afetividade	● estacionado 1 pac. ● estacionado 1 pac.	Piora de 1 pac. Estacionado em 2
● atividade voluntária	● estacionado 1 pac. ● melhora acentuada 1 pac.	Estacionado 1 pac. Melhora disc. 2 pac.
● corporalidade	● estacionado 1 pac. ● melhora acentuada 1 pac.	Estacionado 1 pac. Melhora disc. 2 pac.

*1 se refere ao estado do paciente antes da retirada da medicação alopática.

* RSA₂ retorno de sintomas anteriores à medicação alopática.

mas regrediram após o retorno do Haldol alopático poderíamos levantar as seguintes questões:

1.^o – Seria esta a hora de trabalharmos “homeopaticamente” com este paciente, colhendo uma anamnese e administrar-lhe seu remédio constitucional, quando ele então reagiria?

2.^o – Seria este paciente irrecuperável pelo uso prolongado da medicação alopática?

3.^o – Precisaríamos aguardar mais tempo nessas circunstâncias de “piora”? Infelizmente ficamos, pelo menos desta vez, sem respostas. Nem seu similinum nem de nenhum outro paciente foi administrado. Não houve condições para tal.

VAL

As conclusões acerca do remédio homeopático e o psicótico internado, o mesmo não se passou em da homeopatia dentro de uma instituição. Não li- r acreditar não serem, muitos dos fatos observa- iência, exclusivos dela, mas comuns aos serviços) como um todo. Considerações aqui formuladas puderam servir de ra movimentos de pesquisa homeopática por ou- ho terá atingido seu objetivo.

HOMEOPATIA CRUZADA

Claudio Roitman
APH

0

2	•	3		4	•	5		6
	•	•	•		•		•	
	•	8				•	•	
9			•		•	10		
	•	12	13				•	•
	14	•		•	•	15	16	•
	19			•	20			
2		•	•	23	•	•		•
		26	•		•	•	•	27
	•	28			29	•	•	
	•		•	•		•	30	
	•	32					•	