

Estudo prospectivo observacional de uma série de casos de dor osteomusculoarticular crônica com organoterápicos associados ao tratamento homeopático convencional

Isabel Horta

Resumo

Introdução: Medicamentos constitucionais (MC) são aqueles que apresentam semelhança individualizada com a totalidade sintomática característica dos pacientes, enquanto que os organoterápicos (OT) são matrizes medicamentosas preparadas a partir de elementos constituintes do corpo. **Objetivos:** avaliar os efeitos da associação de OT com MC no tratamento da dor osteomuscular articular crônica. **Métodos:** na primeira etapa do estudo, os pacientes que cumpriram os critérios de inclusão foram medicados com o MC. Aqueles que apresentaram melhora de pelo menos 50% no escore de dor de McGill aos 90 dias foram dados de alta do estudo. Aqueles que não alcançaram 50% de melhora no escore de dor de McGill aos 90 dias foram incluídos na segunda etapa, quando foram medicados com 2 doses do MC e 1 dose do OT. **Resultados:** 168 pacientes foram incluídos na primeira etapa, mas 39 foram excluídos ou perdidos para análise. No final de 90 dias, 78/129 (60,78%) da amostra apresentou melhora de pelo menos 50% no score de McGill e foram dados de alta; 51/129 (39,53%) não alcançaram 50% de melhora no score de McGill e foram incluídos na segunda etapa, no entanto, 27 pacientes foram após excluídos, de modo que a amostra da segunda etapa consistiu de 24 pacientes (18,60% da amostra total). Depois de utilizar 2 doses de MC e 1 dose de OT, esses pacientes apresentaram melhora de 49,2% no score da dor entre o valor aos 90 e 150 dias ($p=0,005$) e de 60,2% desde o início do estudo ($p<0,001$). **Conclusões:** Os resultados sugerem que a combinação MC + OT induziu melhora adicional na dor osteomusculoarticular crônica por comparação com o tratamento realizado exclusivamente com MC. Estudos controlados e randomizados com maiores amostras são necessários para determinar a eficácia da associação MC + OT.

Palavras chave

Dor osteomusculoarticular crônica; Homeopatia; Medicação constitucional; Organoterápicos.

Prospective observational study of a case-series of chronic bone, muscle and joint pain with organotherapy associated with conventional homeopathic treatment

Abstract

Background: Constitutional medication (MC) comprises homeopathic drugs prescribed on the grounds of individualized similarity with the totality of the characteristics symptoms of patients, whereas organotherapy (OT) uses preparations from the body tissues. **Aims:** To assess the effects of combination MC + OT in the treatment of chronic bone, muscle and joint pain. **Methods:** During the first stage of the present study, the patients who met the inclusion criteria were treated with MC.

Those who exhibited at least 50% improvement in McGill pain score on day 90 were discharged from the study. The patients who did not exhibit at least 50% improvement in McGill pain score on day 90 were included in the second stage, when they were treated with 2 doses of MC and 1 dose of OT. **Results:** 168 patients were included in the first stage of the study, but 39 were later excluded or were lost to analysis. On day 90, 78/129 (60.78%) patients exhibited at least 50% of improvement in McGill score and were discharged; 51/129 (39.53%) patients did not reach at least 50% improvement in McGill score and were included in stage 2, however, 27 patients were later excluded, and thus the sample of the second stage comprised 24 patients (18.60% of the initial sample). After using 2 doses of MC and 1 dose of OT, those patients exhibited 49.2% improvement in the pain score at day 150 compared to day 90 ($p=0.005$) and 60.2% compared to baseline ($p<0.001$). **Conclusions:** These results suggest that combination MC + OT induced additional improvement of chronic bone, muscle and joint pain compared with treatment with MC alone. Controlled randomized studies with larger samples are needed to establish the effectiveness and efficacy of combination MC + OT.

Keywords

Chronic bone, muscle and joint pain; Homeopathy; Constitutional medication; Organotherapy

Introdução

A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [1] estima que cerca de 30% dos brasileiros – ou 57 milhões de pessoas – sofram com algum tipo de dor crônica. No estudo de Kreling [2], a prevalência de dor osteoarticular crônica entre 505 funcionários da Universidade Estadual de Londrina (PA) foi de 61,31%. Há vários trabalhos na literatura sobre o uso de nosódios [3] ou isódios [4-5] no controle da dor crônica, mas nenhum que utilizasse organoterápicos (OT) de constituintes ósseos. Por outro lado, embora o uso de OT seja rotineiro na prática homeopática, especialmente na assim chamada escola francesa [6-8].

Via de regra, a literatura homeopática está preocupada com a demonstração da efetividade e eficácia dessa terapêutica, enquanto que pouca atenção é dedicada aos possíveis motivos da falta de resposta. Embora, a princípio, a dor crônica osteomusculoarticular possa ser melhorada com o uso de medicação constitucional (MC) [9-13], o longo tempo de duração das doenças talvez possa estar associado à falta de ação da MC, mesmo utilizando-se medicamentos e diluições adequadas. Se a associação da MC com OT melhorar a dor num número expressivo de pacientes, poderá contribuir para aumentar a adesão ao tratamento pois é necessário um tempo maior para identificar o medicamento e a diluição mais adequados para cada paciente.

Assim, o objetivo do presente estudo piloto foi avaliar os efeitos do uso da associação MC+OT, sobre a dor crônica de origem osteomusculoarticular de qualquer etiologia, em pacientes que não melhoraram com o uso exclusivo de MC através da aplicação de uma escala numérica de avaliação da dor.

Casuística e métodos

Setting: O presente estudo foi uma iniciativa da organização não governamental (ONG) Instituto Ethica de Belo Horizonte/MG, realizado no período de 2009-2010. A ONG é uma entidade sem fins lucrativos destinada a realizar projetos e pesquisas de interesse público e funciona no consultório da autora. A médica examinadora e avaliadora tem curso de especialização em homeopatia e 22 anos de experiência na área.

Desenho do estudo: O presente estudo prospectivo, observacional e exploratório constou de duas etapas.

- **Primeira etapa:** Foram incluídos portadores de dor de origem osteomusculoarticular crônica (DOMAC) de qualquer etiologia, acompanhada ou não de edemas, dormências, câibras, rigidez, deformidades, em qualquer localização do corpo, com mais de 6 meses de duração. Esta amostra inicial foi submetida a consulta homeopática padrão e exames diagnósticos complementares foram solicitados sempre que necessários. Na modalização de cada dor, seguiu-se um roteiro de perguntas de cima para baixo: nuca, braços, cotovelos, punhos, mãos e dedos, coluna, quadris, coxas, joelhos, pernas, tornozelos, peito e sola dos pés. Em cada uma dessas partes, questionou-se também sobre a ocorrência de dormências, câibras, edemas, rigidez e deformidades. Os sintomas mentais/emocionais, (também considerados na avaliação das fichas evolutivas [Tabelas 1 e 2] utilizando-se a média dos scores, além dos usados para dores) basearam-se na 3ª categoria de análise afetiva do Questionário de McGill [14]. Descritores da categoria afetiva da dor deste questionário como: terrível, punitiva, aterradora, enojante, ameaçadora, sufocante, cruel etc. apontaram a possibilidade da avaliação da mudança na intensidade/frequência de sintomas mentais/emocionais, como resultado do efeito do medicamento homeopático. (Ver a avaliação destes sintomas nas fichas evolutivas, nas Tabelas 1 e 2). Foram incluídos apenas os pacientes que demonstraram completo entendimento da proposta, após o conhecimento dos detalhes da pesquisa e assinatura de consentimento pós informado. A conduta médica convencional (analgésicos, anti-inflamatórios esteroides e não esteroides, imunossupressores, fisioterapia) foi mantida.

Foram excluídos do estudo os portadores de afecções não caracterizáveis como DOMAC, portadores de DOMAC com menos de 6 meses de evolução, pacientes com diabetes mellitus (possibilidade de disfunções graves ou lesões em mais de 2 órgãos além do sistema locomotor) e aqueles em uso de mais de 3 medicações/procedimentos terapêuticos não diretamente relacionados com o tratamento da DOMAC. Durante a realização do estudo, foram excluídos os pacientes que não aderiram ao tratamento proposto.

A procura do esquema terapêutico mais adequado pode ser um processo demorado, que muitas vezes prejudica a adesão ao tratamento do paciente com dor crônica. Optou-se, então, por limitar no presente estudo, o uso de 3 doses de MC até os 90 dias e excluir da 2ª etapa os pacientes que não melhorassem do ponto de vista constitucional (possivelmente por falta de similaridade medicamentosa ou inadequação da diluição) (Fluxograma, Figura 1). Desse modo, excluiu-se da análise os pacientes com MC com baixa similaridade.

Figura 1. Fluxograma dos pacientes que realizaram o estudo

	Responderam chamado n = 256	Excluídos n = 88 Não cumpriram critérios de inclusão
	T0 1ª consulta MC n = 168	Excluídos n = 26 Falta de ação do medicamento; desistência; uso incorreto da medicação; não utilizaram a medicação Perdas para análise n = 13 Acidentes; intercorrências; não retornaram; não localizáveis=13
T90 análise em 90 dias n = 129		
Melhora \geq 50% Alta n = 78	Melhora \leq 50% Inclusão na 2ª etapa MC + OT n = 51	
	Usaram MC + OT n = 24	Excluídos n = 23 Tomaram placebo Perdas para análise n = 4 Não tinham as dores analisadas no estudo
T120 análise em 120 dias n = 24		

• **Segunda etapa:** O critério de inclusão previu a entrada na 2ª etapa dos pacientes que apresentaram menos que 50% de melhora nas dores, após a utilização de duas doses do MC na escala numérica do *PPI- Present Pain Intensity* do questionário de McGill)[15], sempre que apresentassem melhora na totalidade dos sintomas emocionais.

Nesta etapa, os pacientes foram tratados com associação MC+OT, depois do registro dos dados coletados e analisados (Tabelas 2 e 3) e consolidação das médias e medianas dos scores numéricos PPI/McGill a partir dos mesmos.

O diagnóstico do OT obedeceu a critérios sintomáticos, diagnósticos clínicos ou aos exames de imagem para individualizar os elementos da fórmula indicada para cada paciente (Tabela 1). Os OT continham matrizes de ossos, ligamentos, cartilagens, tendões, cápsula sinovial, fibras musculares e nervos (totais, mediano, ulnar, ciático) (Tabela 1).

Tabela 1. Indicações dos preparados organoterápicos (OT) utilizados no estudo

OT	Indicação
Tecido ósseo + ligamento + tendões + cartilagem	Dor osteoarticular
Tecido Sinovial e cápsula	Dor articular
Fibras musculares	Dores musculares
Nervo total	Dor envolvendo qualquer nervo, dormências e/ou edema
Nervos radial e mediano	Síndrome do carpo
Nervo ciático	Ciática
Disco intervertebral	Hérnia discal

Foram excluídos da 2ª etapa os que tiveram mais que 50% de melhora nas dores, após a utilização de 2 doses de MC na 1ª etapa. A decisão de limitar neste estudo o uso de 2 doses na medicação constitucional antes da adição do OT, baseia-se numa observação assistemática de 86 casos atendidos na clínica diária, onde se observou que 20% deles, apesar da melhora constitucional sensível em seus sintomas mentais e emocionais, não apresentaram melhoras significativas nos sintomas físicos, possivelmente devida à falta similaridade constitucional ao medicamento prescrito, inadequação da diluição ou lesões moderadas/graves, atribuídas à longa duração da dor.

Administração dos medicamentos: Todos os MC foram prescritos via oral em doses únicas, na maioria dos casos no fluxo contínua (FC)). Todos os organoterápicos foram prescritos na diluição 200 FC.

Os MC foram adquiridos pelos pacientes pelo preço de custo em uma única farmácia de BH (Livramento). Os organoterápicos foram fornecidos pelo preço de

custo ao Instituto Ethica pela farmácia HN Cristiano (SP) e os pacientes foram medicados no consultório. Os pacientes foram instruídos a não descontinuarem o tratamento convencional em uso até a data da primeira consulta. A descontinuação foi considerada um critério de exclusão.

Durante a 1ª etapa, a prescrição do MC foi feita na 1ª consulta e aos 60 dias. Na 2ª etapa, os pacientes receberam associação da 3ª dose da MC e a única dose do OT aos 90 dias, e uma 4ª dose do MC aos 120 dias. A última avaliação foi realizada aos 150 dias, quando o estudo foi concluído.

Coleta dos dados: As histórias clínicas foram registradas no Programa HiDoctor versão 8.1 (Central X). Os exames laboratoriais, resultados de biópsias e exames de imagem foram digitalizados e arquivados em diretórios.

Todos os pacientes foram submetidos a avaliação através da escala numérica da dor do PPI do questionário McGill [15]. A escala numérica de avaliação das dores do questionário original do Mc Gill institui nas 4 partes do questionário 3 categorias de análise dos descritores verbais da dor: qualidades sensíveis, qualidades afetivas, e termos de avaliação. Esta última categoria descreve a intensidade média subjetiva da experiência total da dor. Todos os descritores da dor das 3 categorias de análise consideradas foram avaliados por uma escala numérica, utilizada neste estudo, o PPI. O PPI (Pain Present Intensity) tem uma escala numérica composta de 5 categorias. Trata-se de uma escala âncora alfa – numérica que varia de 1 a 5, associada com as seguintes palavras: (1) fraca; (2) moderada; (3) forte; (4) violenta e (5) insuportável. No presente estudo, utilizaram-se apenas as 4 primeiras categorias, as quais capacitaram o paciente a identificar a intensidade de sua dor exatamente com as mesmas palavras descritoras. Não se utilizou o descritor da dor insuportável (5) porque os treinamentos iniciais exigiriam maior quantidade de tempo e de recursos financeiros para diferenciação correta da mesma com a dor violenta.

Desde a 1ª consulta, os pacientes foram capacitados a entender, através de treinamento orientado pelo próprio médico, os descritores de dor do PPI do Questionário McGill. Para tanto, receberam uma ficha evolutiva individual I (Tabela 2), onde o médico havia listado nas primeiras linhas os sintomas das dores, logo abaixo os dos outros órgãos afetados e ao final, cerca de 5 a 7 sintomas de natureza mental/emocional. Estes últimos deviam corresponder à totalidade sintomática indicativa do MC. Após a capacitação do paciente para identificar suas dores numericamente através dos descritores 1 a 4 do PPI/Mc Gill, o médico perguntava qual o score (de 1 a 4) o paciente daria para cada dor e para cada um dos sintomas físicos, gerais e psíquicos da ficha I (Tabela 2). O médico também instruiu os pacientes a colocar um número de 1 a 4 em frente aos sintomas na 1ª coluna correspondentes à data da 1ª consulta. Os pacientes foram instruídos a colocar a data no alto de cada coluna de 5/5 dias, em suas casas, até as consultas de retorno (60, 90, 120 e 150 dias), o valor do descritor numérico correspondente

a cada sintoma em cada data. Esse número correspondia ao mesmo significado do descritor do PPI/Mc Gill.

Tabela 2. Instrumento para medida da dor – Ficha Evolutiva I (índices dos sintomas do PPI/McGill)

NOME	DATA 1ª consulta				90 dias		150 dias		
	1ºdia	5ºdia	10ºdia	15ºdia	20ºdia	25ºdia	30ºdia	35ºdia	40ºdia
Nome do paciente: Data da consulta									
Data									
Dor nos braços pior com o frio									
Dor se estende para região lombar e punhos									
Inchação nos punhos									
Subtotal das dores									
Desânimo, falta de energia e disposição									
Subtotal das afecções associadas									
Ansiedade, pressa, impaciência									
Raivas fortes e explosivas									
Sofre por frustrações e contrariedades									
Franqueza agressiva									
TOTAL									

No questionário Mc Gill, os descritores de dor numéricos do PPI foram aplicados às qualidades sensíveis, qualidades afetivas e termos de avaliação da mesma forma que no caso dos sintomas emocionais da ficha evolutiva I deste estudo.

Nas consultas de retorno aos 90 e 150 dias, os descritores numéricos registrados pelos pacientes em seus domicílios referentes à 1ª consulta, 90 e 150 dias foram transferidos para uma segunda ficha evolutiva (Tabela 3).

As médias dos escores individuais registrados no Quadro 3 foram transferidos para uma planilha Excel (Microsoft) para calcular a média total dos pacientes.

Tabela 3. Instrumento para medida da dor - Ficha Evolutiva II

Ficha Evolutiva Consolidada de 3 Colunas			
Nome:			
Reações	1º dia	90 dias	150 dias
data			
Dor cervical, ombros e nuca			
Dor nos braços			
Dificuldade de movimentos nos braços			
Dormência nas mãos			
Inchação nas mãos			
Dor lombar com sensação de calor			
Dificuldade de movimentos pela dor na coluna			
Dor no quadril			
Dor ardente joelhos, tornozelos, solas			
Inchação nas pernas; varizes no Doppler			
Dor no estômago e má digestão			
Intestino preso e gases			
Pressão arterial			
Impaciência para ouvir, interrompe			
Sensível a problemas familiares			
TOTAL			

Análise dos dados: Os resultados obtidos na escala da dor nos 3 tempos de interesse (1ª consulta, 90 e 150 dias) foi realizada análise de regressão através de equação de estimação generalizada para dados contínuos [16-18]. Para a análise da dependência dos dados foi utilizada uma matriz de trabalho não estruturada. Os tempos foram tratados como um fator no modelo, tendo como referencia o tempo zero. O software utilizado foi R-project versão 2.15.0 (Microsoft).

O uso da MC na primeira etapa e sua continuidade em associação com OT na 2ª etapa foi considerado como fator de confusão na análises de regressão logística nos resultados da associação MC + OT.

Ética: Como no presente estudo foi investigado um tratamento não experimental, com medicamentos autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (Decreto No 79.094, de 5 de janeiro de 1977, publicado no Diário Oficial em 05/01/77)], e como os pacientes se apresentaram voluntariamente para realizar tratamento homeopático, não foi necessária a aprovação por parte de comitê de ética em pesquisa.

No entanto, os pacientes foram informados acerca de sua participação no presente estudo, cujos objetivos e procedimentos foram explicados, antes de se solicitar a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Também por

motivos éticos foi solicitado que os participantes não interrompessem a medicação e condutas convencionais que estivessem utilizando no momento da inclusão.

Resultados

Um total de 256 portadores de DOMAC responderam ao convite e foram entrevistados. Dentre eles, 168 pacientes cumpriram os critérios de inclusão e exclusão e receberam a MC prevista. No entanto, 39/168 (30,26%) pacientes foram excluídos (Figura 1) durante a 1ª etapa. Do restante (129/168 = 76,78%), a maioria era do sexo feminino (108 = 84%), com idade média de 58,17 anos (17 a 80), e 21(16%) eram do sexo masculino, com idade média de 53,91 anos (17 a 80), $p < 0,5$ para diferença da idade e $p > 0,5$ para a diferença de sexo. A duração média da DOMAC foi de 19,01 anos (12 a 780 meses).

Um total de 57 pacientes (44%) tinha diagnóstico definido laboratorialmente e/ou por imagens e 56% tinha diagnóstico clínico estabelecidos por seu médico convencional, os diagnósticos mais frequentes estão descritos na Tabela 4. Quarenta por cento (40%) atendiam-se no Sistema Único de Saúde (SUS) e 60% no sistema de saúde complementar (as seguradoras).

Tabela 4. Diagnósticos clínicos mais frequentes dos participantes no estudo

Diagnóstico	CID-10	N	%
Osteoartrose degenerativa não específica com ou sem fibromialgia	M15, M19, M79.8	88	68,22
Hérnia do disco intervertebral	M51.8	8	6,2
Síndrome do carpo	S64.8	8	6,2
Síndrome da faixa isquiotibial	M65-M68	5	3,88
Osteoartrose da articulação coxofemoral	M16	5	3,88
Poliartrite	M13.0	5	3,88
Artrite reumática soro positiva ou negativa	M05.9	2	1,55
Tendinite plantar	M76.5	2	1,55
Bursite do ombro	M75.5	2	1,55
Lúpus eritematoso com comprometimento articular	M32.1	2	1,55
Espondiloartrose da coluna	M47.8	1	0,78
Síndrome isquiotibial	M76.3	1	0,78
		129	100

Dos 256 pacientes que responderam o convite, (Figura 1), 88/256, (34,37%) não se adequaram aos critérios de inclusão, de modo que a 1ª etapa incluiu 168 pacientes que foram medicados com MC. Dentre eles, 26/168 (15,47%) não apresentaram resposta do ponto de vista constitucional ao MC ou não aderiram ao tratamento proposto, de modo que não foram incluídos na análises; em outros 13/168 (7,73%) o seguimento não pode ser realizado, de modo que restaram 129/168 (76,78%) para a análise (Figura 1).

Desse grupo, 78/129 (60,46%) apresentou 50% no mínimo de melhora no escore da dor e foi dado de alta; 51/129 (39,53%) pacientes foram considerados para inclusão na segunda etapa, dos quais 27/51 (52,94%) foram excluídos [Quadro V], de modo que 24/51 pacientes (47,51%) foram efetivamente incluídos na 2ª etapa e analisados no final de 150 dias de estudo.

A Tabela 5 mostra que a média obtida na escala da dor na 1ª consulta (T0) foi de 2,31 (IC95% 2,02-2,60), aos 90 dias (T90) 1,81 (IC95% 1,46-1,50) e aos 150 dias (T150) 0,92 (IC95% 0,56-1,28). A melhora entre T0 e T90 foi de 21,6% ($p < 0,001$), de 49,2% entre T90 e T150 ($p = 0,005$) e de 60,2% entre T0 e T150 ($p < 0,001$) (Tabela 6).

Tabela 5. Média da escala de dor com seus respectivos intervalos de confiança e a porcentagem de melhora comparando os tempos

Tempo	n	Média	IC95%	Melhora	
				Comparação	%
0	24	2,31	2,02-2,60	0-90	21,6
90	24	1,81	1,46-2,16	90-150	49,2
150	24	0,92	0,56-1,28	0-150	60,2

Tabela 6. Regressão para escala de dor via estimação de equações generalizadas (GEE)[17] para dados contínuos

Estrutura da média	B	EP (β)	Valor de p
Intercepto (Tempo = 0)	2,311	0,417	<0,001
Tempo = 90	-0,503	0,180	0,0053
Tempo = 150	-1,391	0,232	<0,001

Discussão

É importante considerar alguns aspectos cuja valorização não substitui um estudo randomizado e controlado, mas devem ser lembrados como sugestão inicial positiva dos resultados.

Em primeiro lugar, um estudo que avaliou dor através do *Osteoporosis Assessment Questionnaire*, aplicado antes e após um programa de atividade física em 15 mulheres com osteoporose mostrou diminuição de 80% ao final de 6 meses do mesmo [19]. No entanto, a melhora eficiente da dor crônica através de exercícios tem 2 limites: a maioria dessas dores piora com exercício ou pelo excesso de peso devido à vida sedentária dos pacientes [19]. Outro aspecto limitante é observado em dois estudos desenhados para avaliar os determinantes de adesão [20], mostrando que indivíduos sob exercícios supervisionados têm maior adesão (72%, $p < 0,05$) que ao treino não supervisionado (50%, $p < 0,05$). No presente estudo, a adesão foi maior que 84,53%; os 15,74% excluídos por motivos relacionados com falta de adesão incluíram os pacientes que não melhoraram, provavelmente devido à baixa de similaridade do MC ou diluição inadequada. Assim, o presente estudo mostra a vantagem de se reduzir a dor através de medicamentos, no início do tratamento, para melhorar as condições necessárias à realização de outras modalidades terapêuticas, como por exemplo, o exercício [19]. Em nossa amostra, 60,46% dos pacientes (78/129) apresentou melhora de pelo menos 50% na intensidade e duração da dor nos primeiros 90 dias de tratamento, e a população inteira do estudo apresentou uma média de 21,6% de melhora ($p < 0,001$) em relação ao nível inicial. Este resultado foi melhor que o relatado no estudo sobre exercícios supervisionados [20], onde se observou piora da dor nos primeiros 60 dias de exercícios.

Na segunda etapa, 24 pacientes foram incluídos e analisados aos 150 dias do estudo depois de usar 3 doses da MC e uma dose de MC+OT, apresentando melhora adicional depois da adição do OT ao tratamento constitucional. Desse modo, um total de 102/129 (79%) pacientes – 78 da 1ª etapa e 24 da 2ª etapa – apresentaram melhora de mais de 50% na intensidade e frequência da dor. Cabe lembrar que os 24 pacientes incluídos na 2ª etapa apresentaram uma média de melhora entre T0 e T150 de 60,2%.

Esses resultados, além de apontar para o benefício potencial da associação do MC ao OT, também sugerem o importante valor da MC na melhora da dor crônica (60,46% não precisaram entrar na 2ª etapa), assim como da melhora integral do paciente. No entanto, o presente estudo também aponta para a possível insuficiência da MC para esgotar as possibilidades do tratamento constitucional exclusivo no tratamento da dor osteomusculoarticular crônica, em situações onde as lesões já são severas, como indicado pela duração média de 19 anos deste estudo.

Em conclusão, os resultados apontam para o benefício potencial da medicação homeopática individualizada na dor osteomusculoarticular crônica, assim como para a melhora adicional induzida por organoterápicos similares aos tecidos correspondentes nos pacientes. Outros estudos com mostras maiores, tempo de acompanhamento mais prolongado e desenho controlado são necessários para comprovar a efetividade e a eficácia do tratamento aqui proposto.

BIBLIOGRAFIA

1. Garcia JBS. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) [on line]. www.dor.org.br/profissionais/s_projeto.asp Acesso em 15/07/2011.
2. Kreling MCGD, Cruz DALMP, Mattos CA. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev. Bras. Enferm.* 2006;59(4): 509-513.
3. Allen, HC. *Materia medica of the nosodes with provings of X- Ray.* New Delhi: B. Jain; 1991.
4. Endler PCC, Pongratz W, Kastberger, G, Wiegant FA, Schulte J, Boltzmann L. The effect of highly diluted agitated thyroxin on the climbing activity of frogs. *Vet Hum Toxicol* 1994; 36(1): 56-59.
5. Cazin JC, Cazin M, Gaborit JL, Chaqui A, Boiron J, Belon P, et al. Studio dell'effetto di diluzioni decimali e centesimali di Arsenico sulla ritenzione e l'eliminazione dell'arsenico nel ratto. *Human Toxicology* 1987;6: 315-320.
6. Furuta SE, Wecjx LLM, Figueiredo CR. Estudo clínico randomizado, duplo-cego, em crianças com adenóide obstrutiva, submetidas a tratamento homeopático. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 69(3): 343-347.
7. Fonseca GRMMF, Bolognani FA, Durão FF, Souza KM, Accioly MCC, Bagarollo MF. Effect of homeopathic medication on the cognitive and motor performance of autistic children. *Int J High Dilution Res* 2008;7(23): 63-71.
8. Voisin, H. *Manual de matéria médica para o clínico homeopata.* 2ª ed. São Paulo: Organização Andrei Editora; 1987.
9. Fisher P, Greenwood A, Huskisson EC, Turner P, Belon P. Effect of homeopathic treatment on fibrositis. *BMJ* 1989; 299(6695): 365-366.
10. Gibson G, Gibson S, McNeill AD, Watson D. Homoeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. *Br J Clin Pharm* 1980; 9: 453-459.
11. Shipley M, Berry H, Broster G, Jenkins M, Clover A, Williams. Controlled trial of homoeopathic treatment of osteoarthritis. *Lancet* 1983;1: 97-98.
12. Bolognani FA, Kede, J. Observação clínica da distrofia muscular progressiva através da terapêutica homeopática. *Hom Brasileira* 1998;4(1): 487-90.
13. Andrade LE, Ferraz MB, Attra E, Castro A, Silva MS. Randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of homeopathy in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1991; 20(3): 204-208.

14. Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Amsterdam: Elsevier North-Holland; 1975.
15. Santos CC, Pereira LSM, Resende MA, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatra* 2006;13(2): 75-82.
16. Fitzmaurice GL, Laird N, Ware J. Applied longitudinal analysis. CIDADE: John Wiley & Sons; 2011.
- 17-Cleveland, W. S. "Robust Locally Weighted Regression and Smoothing Scatterplots." *Journal of the American Statistical Association*, 1979: 829-836.
- 18-Liang, K.Y., e S.L. 18-18-Zeger. "Longitudinal Data Analysis using generalized linear models." *Biometrika*, 1986: 13-22.
19. Driusso P, Neves V, Granito RN, Rennó AC, Oishi J. Redução da dor em mulheres com osteoporose submetidas a um programa de atividade física. *Fisioter Pesq* 2008;15(3): 254-258.
- 20- McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988;31: 1135-1141.