

# A Teoria dos Níveis de Saúde exemplificada em um caso de artrite reumatoide juvenil

Dmitri Chabanov<sup>1</sup>, Dionysis Tsintzas<sup>2</sup> e George Vithoulkas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Novosibirsk Centre of Classical Homeopathy, Novosibirsk, Rússia

<sup>2</sup> General Hospital of Aitolokarnania, Agrinion, Grécia

<sup>3</sup> University of the Aegean, Siros, Grécia

Correspondência: Dionysios Tsintzas, Kolovou 5, Agrinio 30500, Greece.

E-mail: dentsin@hotmail.com

Journal of Evidence-Based Integrative  
Medicine

Volume 23: 1-7

© do autor (es) 2018

Reimpressão e autorização:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/2515690X18777995

journals.sagepub.com/home/cam



## Resumo

**Objetivo.** A medicina contemporânea apresenta uma grande necessidade de uma nova classificação do grupo de saúde do paciente, que possa ser a base para as avaliações patológicas, desenvolvimento e prognóstico da doença, para a possibilidade de cura, bem como as possíveis reações do organismo às complicações dos processos de tratamento. Tal categorização é possível se a mesma for baseada em abordagens holísticas na avaliação do nível da saúde, a partir do ponto de vista da reatividade e resistência do organismo. Esta classificação, existente na homeopatia clássica, é dividida em 4 grupos, estes são subdivididos em 12 níveis de saúde. **Métodos.** Um novo método para determinar o grupo e o nível de saúde é apresentado em um caso de artrite reumatoide juvenil de forma generalizada em uma menina de 11 anos, tratada com a homeopatia clássica. O acompanhamento do caso foi realizado por 18 anos. **Conclusão.** O método permite o médico avaliar a dinâmica do organismo como um todo durante o desenvolvimento da patologia.

**Palavras-chave:** artrite idiopática juvenil, homeopatia, teoria dos níveis de saúde

Recebido em 6 de abril de 2018. Aceito para publicação em 26 de abril de 2018.

Na medicina, existem várias classificações de saúde. Contudo, nenhuma delas é capaz de avaliar verdadeiramente a profundidade e a gravidade da patologia de um paciente. Essas classificações não são úteis no fornecimento de previsões a longo prazo acerca do desenvolvimento da doença e nem são úteis na previsão da eficácia do tratamento. Por estas razões, há uma necessidade crescente de alguns novos parâmetros introdutórios. Estes parâmetros não deverão apenas descrever uma patologia separada, mas também um estado coerente do organismo - a sua reatividade geral e resistência.

As investigações gerais de reatividade e resistência foram conduzidas em abundância na Rússia nos anos 50.<sup>1-4</sup> De acordo com o Prof. Sirotinin, a autoridade reconhecida nesta área, a resistência (do latim resisto – resistir, suportar) é uma propriedade vital de um organismo, permitindo-lhe resistir a vários efeitos. Outros termos incluem “firmeza” ou “falta de receptividade”. No estudo “A Evolução da Resistência e Reatividade” foi discutida a ideia de resistência, abrangendo uma gama de mecanismos de resistência, além da imunidade, a qual compreende apenas uma parte.<sup>4</sup> Os papéis principais no processo pertencem aos sistemas nervoso central e pituitários-adrenais. A reatividade geral é a capacidade de reagir aos efeitos ambientais de uma certa maneira. Em outras palavras, a resistência é uma medida da força final

da homeostase, com a reatividade como a totalidade dos mecanismos da homeostase.<sup>1,3,4</sup> Os principais instrumentos da reatividade do organismo são tanto a inflamação quanto a febre.<sup>1-5</sup>

Investigações têm mostrado um caráter mutável da reação inflamatória com reatividade reduzida e a reação tornando-se crônica ao invés de aguda; as doenças infecciosas se desenvolvem de forma difusa, e todas as fases do processo inflamatório tornam-se menos aparentes, com pneumonia sem sintomas.<sup>4</sup>

## **A Teoria dos Níveis de Saúde**

Segundo a homeopatia clássica moderna, existem 4 grupos (12 níveis) de saúde.<sup>6,7</sup> O grupo A consiste em pessoas que possuem alta reatividade e a resistência mais elevada do corpo. As doenças crônicas neste grupo são leves, com períodos de remissão de longa duração. As doenças agudas aparecem raramente, com os poderosos sintomas característicos da doença, acompanhados por febre alta e sem causar complicações. No grupo B, a resistência reduz enquanto a reatividade do organismo aumenta. Esses pacientes sofrem de doenças crônicas mais profundas, com estados agudos mais frequentes, seguidos por complicações que requerem tratamento.

O sexto nível do grupo B pode ser exemplificado, por exemplo, por pneumonia aguda ou pielonefrite aguda que aparecem várias vezes durante o ano. No entanto, começando com o sétimo nível do grupo C, pode-se observar um estado significativamente diferente do organismo. Uma série de patologias crônicas profundas se desenvolvem, tendo como base a reatividade drasticamente reduzida. Ou os pacientes não apresentam mais os resfriados comuns, a gripe, a otite e assim por diante, ou as doenças que são normalmente agudas possuem características pouco claras, sem temperatura febril. Pacientes pertencentes ao grupo D são aqueles sofrendores de patologias incuráveis, com prognóstico de tratamento desfavorável e com a expectativa de vida mais curta.

A classificação supramencionada permite uma estimativa mais profunda acerca da gravidade da patologia, proporcionando um prognóstico para a possibilidade de tratamento e as reações do organismo durante o processo de cura. Dessa forma, os prognósticos de pacientes que sofrem de hipertensão, asma brônquica, câncer ou qualquer outra patologia serão completamente diferentes entre os grupos B e C. Falha no tratamento, bem como o aparecimento de complicações, recaídas, metástases e outros eventos indesejáveis são muito mais prováveis no grupo C, comparado aos grupos A e B. Um caso de artrite reumatoide juvenil (ARJ) curada será descrito, servindo como um exemplo do conceito.

## **Apresentação do caso**

A paciente era uma menina magra, alta e loira de 11 anos de idade, residente na cidade de Tomsk, que consultou pela primeira vez em dezembro 1998. Após repetidas observações médicas e tratamento em um departamento especializado do HIR (hospital infantil regional) na cidade de Tomsk, a paciente foi diagnosticada com artrite reumatoide juvenil, forma articular-visceral, altamente ativa, soropositiva, com curso galopante. A admissão hospitalar mais recente foi em outubro de 1998. Durante a primeira entrevista, a paciente queixou-se de inchaço, dor e rigidez em muitas articulações e particularmente nas articulações metacarpofalângea interfalângicas proximais da mão, pulsos, tornozelos, cotovelos e articulações do joelho. As dores incomodavam incessantemente, eram agravadas durante o movimento, e persistiam durante o repouso. A rigidez aumentava durante as horas da manhã e diminuía durante o movimento. As articulações estavam significativamente inchadas e deformadas. A amplitude do

movimento estava significativamente limitada (especialmente o cotovelo e o joelho). A taxa de sedimentação eritrocitária (TSE) aumentou para 48 mm / h, o fator reumatoide (FR) aumentou para 1: 128 (valor normal 1:20), a proteína na urina estava de 0,2 a -1,2 g/L e a hematúria chegou a 1 800 000 mL/cm<sup>3</sup>, o último como indicativo de envolvimento renal no processo, com inflamação imunológica e epitélio glomerular afetado. Células de Lúpus Eritematoso não foram encontradas.

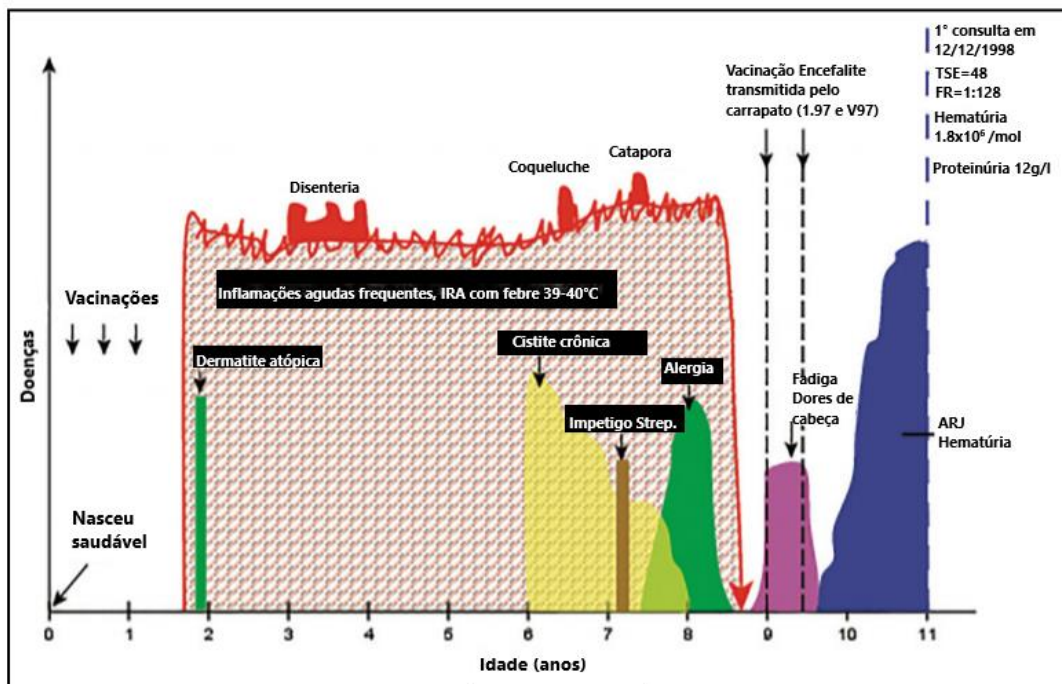


Figura I. O desenvolvimento da doença

### Histórico pessoal

Não havia patologia articular no histórico médico familiar. De acordo com o histórico pessoal, a menina nasceu saudável, de pais saudáveis; ela foi amamentada por 12 meses, com o crescimento e desenvolvimento dentro dos limites da normalidade, as vacinas foram administradas de acordo com o calendário (Figura 1). Na idade de 18 meses, a paciente desenvolveu infecções respiratórias agudas (IRAs) de longa duração e recorrentes (3-4 vezes por ano), com febre alta de até 39°C, tratadas com ingestões repetidas de antibióticos. Na idade de 20 meses, a paciente desenvolveu eczema infantil (o rosto, os braços e o corpo foram afetados), o tratamento foi realizado com medicamentos anti-histamínicos e pomadas. Com a idade de 3 anos, ela foi hospitalizada 3 vezes em um período de 6 meses - a primeira admissão foi devido a disenteria aguda, e as admissões restantes foram devidas à recorrência da disenteria, para a qual ela recebeu antibióticos repetidamente. Na idade de 4 a 5 anos, a paciente continuou a apresentar doenças agudas frequentes com febres de até 39°C. Aos 6 anos, o primeiro caso de cistite se manifestou, acompanhado por dores ao urinar e leucitose urinária, e ela foi internada em um hospital infantil, com nova ingestão de antibióticos. A cistite desenvolveu-se de forma crônica, com exacerbações recorrentes, dores cortantes e leucitose urinária até os 8 anos de idade, a qual foi tratada com medicamentos urosépticos. Múltiplas reações alérgicas seguidas: alternância de estomatite com dermatite atópica, polinose, vulvovaginite alérgica, e alergia respiratória com tosse persistente. Na idade de 6,5 anos, apesar de todas as vacinações, incluindo a DPT, a paciente foi hospitalizada por causa da coqueluche (diagnosticada laboratorialmente). No hospital, também foi descoberta a ascariíase, para a qual o tratamento

anti-helmíntico foi administrado. Aos 7 anos, a paciente foi diagnosticada com impetigo estreptocócico e recebeu tratamento dermatológico. Na idade de 7,5 anos, a paciente contraiu varicela. Até os 9 anos de idade ela se encontrava frequentemente doente com IRA, amigdalite e otite e para o tratamento, os antibióticos foram repetidamente administrados. A febre mais recente ocorreu quando ela tinha aproximadamente 9 anos de idade. Na mesma idade (janeiro 1997), a paciente recebeu a vacina contra a encefalite transmitida por carrapatos e após a vacinação, ela desenvolveu dores de cabeça frequentes, fraqueza e fadiga rápida (as dores de cabeça não permitiam que ela participasse das aulas de educação física na escola). Por causa destas questões, a paciente foi tratada por um neurologista e foi diagnosticada com hipertensão intracraniana. Em agosto de 1997, com a idade de 9 anos e 9 meses, a queixa principal surgiu: poliartrite aguda das grandes e pequenas articulações (pouco antes o início da doença, a paciente recebeu o reforço da vacina contra a encefalite transmitida por carrapatos). Em outubro a novembro de 1997, a menina foi submetida a observação médica com posterior tratamento no Hospital Infantil No. 1 na cidade de Tomsk. A TSE aumentou para 52 mm/h, e a FR foi de 1: 64 com hematúria, já mostrando 20 000 mL/cm<sup>3</sup>. No início, ela foi diagnosticada com artrite reativa por *Chlamydia* (com base na revelação de títulos de IgM de 1: 200 e reação em cadeia da polimerase positiva na garganta e swab vulvar). O diagnóstico foi alterado para a Síndrome de Reiter, a mudança foi baseada na clamidiose e na exacerbação da cistite crônica. A paciente recebeu um tratamento de longa duração com antibióticos (incluindo azitromicina) e medicamentos antivirais. Ela recebeu drogas anti-inflamatórias não esteroidais como tratamento a longo prazo. No entanto, a doença progrediu no decorrer do ano. A menina teve que sair da escola e perdeu todo o ano acadêmico. No verão e outono de 1998, ela foi hospitalizada duas vezes no HIR da cidade de Tomsk. Lá, ela foi diagnosticada com ARJ e recebeu sulfasalazina, sem efeito. A síndrome dolorosa aumentou, com títulos de FR aumentando para 1: 128 e hematúria aumentando de 400.000 a 1.800.000 mL/cm<sup>3</sup>. Desde agosto de 1998, ela estava tomando *Rhus-tox* (12, 30, 200), *Phos.*, *Calc-carb*, *Chin-ars* e *Merc-dulc* em diferentes potências e alguns remédios complexos homeopáticos, sem efeito.

#### Outros sintomas

Segundo a mãe da paciente, a menina era modesta, tímida, uma paciente bem-comportada e muito compassiva. Em julho de 1997, pouco antes do desenvolvimento da doença principal, ela ficou muito preocupada com a sua mãe, que foi levada ao hospital por causa de uma fratura de costela. A menina sentia medo de cachorros e trovoadas e tinha medo de que algo pudesse acontecer com os seus entes queridos. Ela gosta de comida defumada, picante e de leite. O seu sono era inquieto por causa das dores nas articulações; ela mudava frequentemente a sua posição durante o sono. Até os 6 anos de idade, ela rangia os dentes enquanto dormia e apresentava sonambulismo, encoprese (com fezes formadas) e enurese durante o dia (todos antes dos 6 anos de idade).

### **Análise do caso**

A menina nasceu saudável com uma herança genética favorável. Até a idade de 18 meses, ela não apresentava doenças e mais provavelmente naquele momento, ela se encontrava no grupo A, de acordo com a escala de Níveis de Saúde (Figura 2). Posteriormente, a reatividade do organismo aumentou agudamente, com a menina frequentemente doente e assim, ela parecia estar no grupo B (quarto nível). Vale a pena mencionar que não havia fatores desfavoráveis descobertos que possivelmente pudessem ter influenciado o seu organismo

durante o período da idade de 18 meses. Logicamente, pode-se concluir que apenas os fatores essenciais que afetaram o sistema de defesa do organismo como um todo foram as vacinas (dada a predisposição relevante e sensibilidade do organismo). Após os 18 anos meses, outro fator significativo que perturbou o mecanismo de defesa, incluindo o sistema imunológico, foi o tratamento inadequado para as IRAs, notadamente as prescrições repetidas de antibióticos e medicações antipiréticas. Por causa de todos os fatores mencionados acima, a reatividade global do organismo continuou a aumentar ainda mais e até os 6 anos de idade, a menina tinha apenas processos inflamatórios agudos de diferentes tipos com febres altas.

Este histórico, por um lado, mostra a atividade saudável do sistema de defesa, não permitindo o desenvolvimento de doenças crônicas. Por outro lado, o nível de saúde da paciente reduziu constantemente do quarto nível para o quinto e sexto níveis. Desde os 6 anos de idade, pode-se notar o surgimento da cistite crônica, a qual foi a razão para outro episódio de hospitalização, com uma ingestão crescente de antibióticos. No entanto, a paciente permaneceu no grupo B até a idade de 8,5 a 9 anos. Posteriormente, apesar da agravação geral (dores de cabeça, fadigabilidade, incapacidade de realizar esforço), a menina parou de desenvolver febre alta e doenças agudas. Foi nessa época que seu organismo entrou no grupo C (sétimo nível). É mais provável que o fator adicional do distúrbio do sistema imunológico tenha sido a vacinação contra encefalite transmitida por carrapatos, que poderia ter sido “a última gota” para o organismo já perturbado. Portanto, a manifestação de uma patologia degenerativa grave aos 9 anos e 9 meses de idade foi, de fato, pré-determinado para a paciente desde o momento da supressão abrupta da reatividade do organismo e a subsequente deterioração da saúde (grupo C).

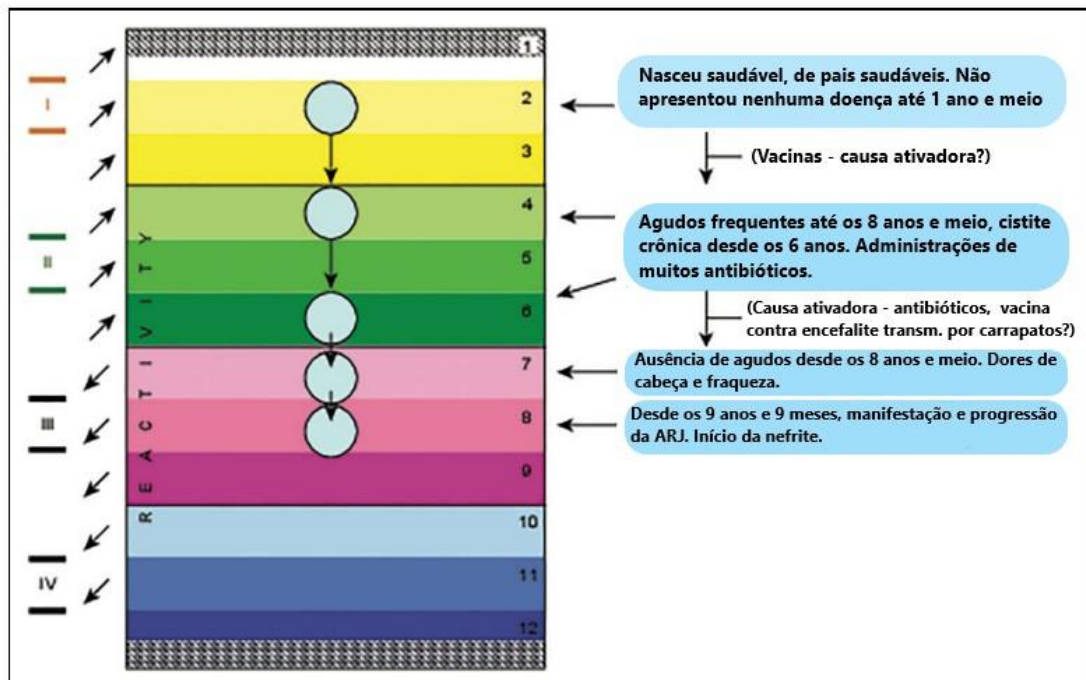


Figura 2. Dinâmica geral da saúde (0-11 anos de idade)

## Prognóstico

Nos casos de tratamento correto dos pacientes do grupo C de saúde, o prognóstico é a recuperação a longo prazo, que poderá durar por período de 4 a 6 meses a vários anos. Durante o tratamento, vários remédios homeopáticos podem ser necessários um após o outro. Durante o processo de recuperação, esperamos o surgimento de reações, isto é, a gama de patologias que foram suprimidas com o tratamento não adequado (supressivo). Além disso, espera-se a regeneração da capacidade do organismo de produzir inflamação aguda e febres altas. A agravação inicial da síndrome articular e sintomas renais são improváveis por causa da ausência de efeitos da quimioterapia e o quadro clínico completo da doença encontrar-se presente no início do tratamento.

## Prescrição (12 de dezembro de 1998)

*Causticum* LMVI (para dissolver 10 glóbulos em 250 ml de água, para tomar 1 colher de chá por dia de manhã, antes de uma refeição) foi prescrito para reduzir os fármacos anti-inflamatórios não esteroidais, com melhoria. O *Causticum* foi escolhido com base no princípio da similitude (similaridade), pois este remédio apresenta em sua patogênese a inflamação articular com inquietação, inflamação renal, fortes elementos da complacência, o medo de que algo possa acontecer com os entes queridos, o medo de cães e tempestades e o desejo por alimentos defumados. Foi decidido começar com uma baixa potência devido à gravidade da patologia e o baixo nível de saúde.

## Acompanhamento

O caso foi acompanhado por 18 anos. Esta jovem visitou o médico 32 vezes ao longo destes 18 anos, e ela ainda se encontra sob tratamento. Durante este período, ela recebeu *Causticum* em diferentes potências, e para completar a cura, ela recebeu diferentes potências de outros 2 remédios homeopáticos, administrados em rotação - *Natrium muriaticum* e *Tuberculinum*. A dinâmica do processo de recuperação com o histórico do acompanhamento está representada resumidamente na Figura 3. O eixo horizontal mostra a idade da paciente no início do tratamento, a partir dos 11 anos até a idade de 29 anos. Com o tratamento, apesar de evitar completamente os anti-inflamatórios não esteroidais, a dor e o inchaço das articulações diminuíram significativamente já durante as primeiras 2 semanas, sem qualquer agravação primária, embora a recuperação continuasse gradualmente ao longo de vários anos. Um ano após o início do tratamento, a melhora da síndrome articular foi avaliada em cerca de 80% a 90%; a paciente foi então capaz de se juntar aos seus colegas de classe. Contudo, as queixas articulares desapareceram completamente 3 anos após o início do tratamento.

No entanto, a deformação, expressa como “nódulos” em certas articulações dos dedos, persistiu até o quinto ano e nos dedos dos pés até o sétimo ano de tratamento, enquanto o tamanho do sapato diminuiu de 40 para 38. Ao mesmo tempo, nem dor e nem rigidez foram notadas. No início do oitavo ano de tratamento, todas as articulações já pareciam normais. Ao longo dos 1,5 anos de tratamento, a TSE invariavelmente diminuiu, nunca ultrapassando 20 mm/h, embora tenha se tornado completamente normal durante o quarto ano de tratamento. A hematúria desapareceu completamente em 1,5 anos de tratamento. A proteinúria diminuiu naquela época para 0,03 a 0,06 g / L, e a sua taxa ficou estável, embora durante as IRAs com febres altas, algumas vezes a proteína aumentava até 0,9 a 1,0 g /L, indicando dano persistente

e sustentado do epitélio em alguns glomérulos. A FR tornou-se negativa após 4 anos de tratamento e nunca aumentou além da normalidade. A paciente engravidou aos 21 anos de idade. A gravidez teve o seu curso sem qualquer patologia, os testes clínicos de urina estavam dentro dos limites da normalidade, e quase não houve agravação da síndrome articular. O parto foi vaginal (o menino tem agora 6 anos e é saudável). Mais tarde, sob vários estresses (divórcio, necessidade de ganhar dinheiro sozinha em 2011, a morte de sua mãe em 2014), houve algumas exacerbações da síndrome articular. Essas exacerbações estão destacadas na Figura 3 como os picos da curva azul correspondente às idades de 24 e 27 anos. Estas exacerbações tomaram seu

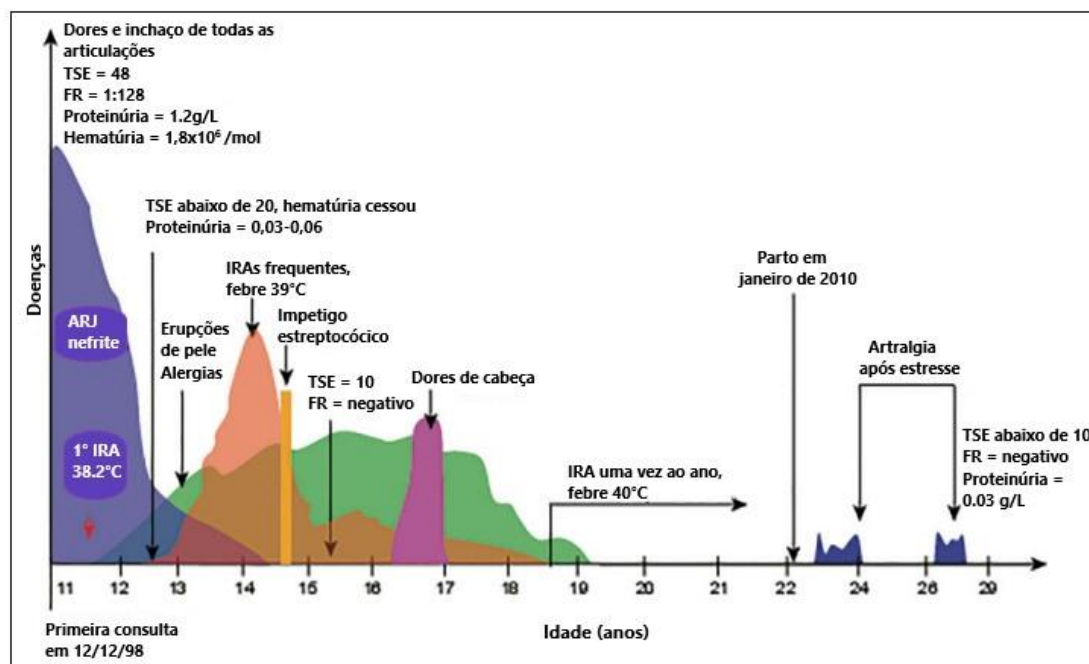


Figura 3. O progresso da cura.

curso através da artralgia em diferentes articulações (sem inchaço proeminente); ao mesmo tempo, a FR estava dentro dos limites normais, e a TSE não aumentou além de 16 mm/h. Apesar de todas as tensões, o estado geral de saúde da paciente permaneceu satisfatório por muitos anos de observação, e ela continuou com os seus estudos e trabalho.

Nota-se a recuperação da reatividade do organismo no cenário de melhora da ARJ, que foi comprovada após 5 meses de tratamento (seção vermelha da Figura 3) pela manifestação de IRA com febre de 38,2°C (pela primeira vez nos 3 anos anteriores pois, enquanto sofria de ARJ grave, a paciente não desenvolveu nenhuma IRA ou qualquer aumento de temperatura). Posteriormente, durante o segundo e terceiro ano de tratamento, as IRAs ocorreram até 3 a 4 vezes por ano com febres de 39°C (enquanto os sintomas de artrite não pioravam). Mais tarde, as IRAs tornaram-se menos frequentes, uma vez por ano ou menos, em média, mas a febre aumentou para 39°C a 40°C, indicando alta eficiência do sistema imunológico da paciente. Durante todo o período de observação, por 17 anos, a paciente nunca tomou antibióticos. Além disso, durante os primeiros 6 anos de tratamento, houve várias erupções na pele e membranas mucosas (seção verde da Figura 3). Durante o quinto mês de tratamento, dermatite com prurido e vesículas que causavam ardência se manifestaram nas palmas das mãos. As erupções permaneceram por 10 dias e depois evoluíram para a descamação. Mais tarde, erupções semelhantes apareceram na sola do pé e depois na área do peito e pescoço, e essas erupções continuaram aparecendo por mais 5 a 6 anos, em intervalos de 6 a 12 meses. Ao mesmo tempo, a partir do quinto mês de tratamento, muitas verrugas apareceram nas costas da mão direita e



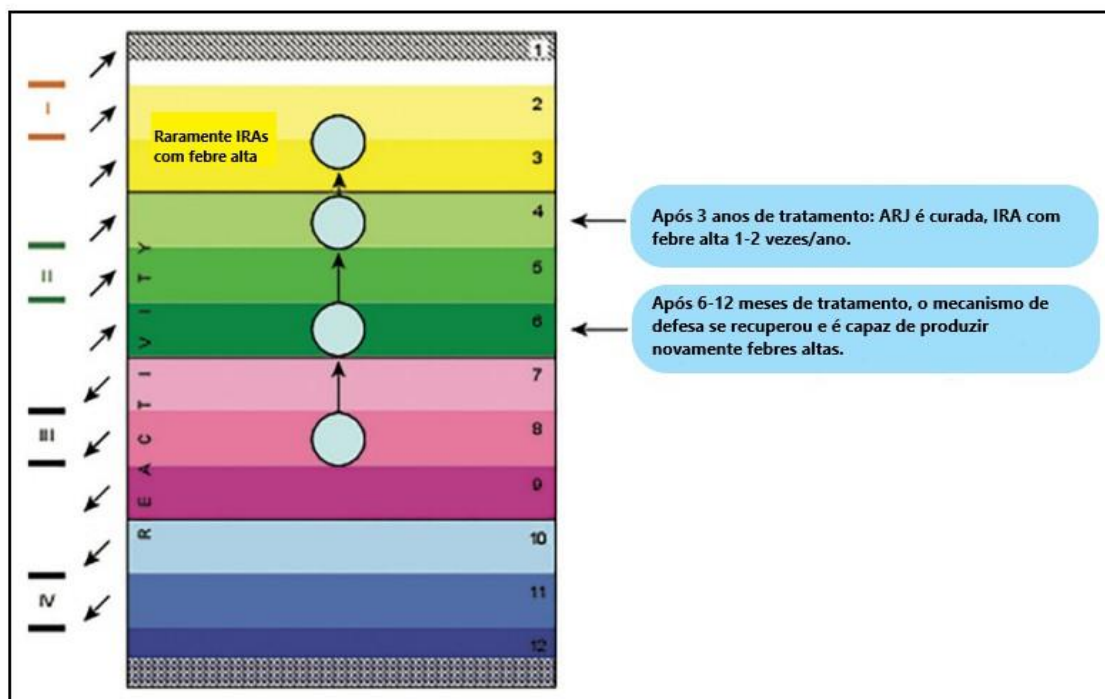
permaneceram lá por 1,5 anos, desaparecendo posteriormente por conta própria. Depois de 3 anos de tratamento, o impetigo estreptocócico reapareceu nos braços e no quadril, fato que ocorreu no passado com a idade de 7 anos, antes da manifestação da ARJ. Em comparação, aos 7 anos de idade, a paciente foi tratada com antibióticos por um dermatologista, já o atual impetigo estreptocócico teve a resolução dentro de 1 semana, sozinho. Durante o sexto ano de tratamento, a paciente sofria de dores de cabeça periódicas, semelhantes às dores de cabeça com as quais ela havia sofrido antes da manifestação da ARJ.

## Discussão

De acordo com Vithoukas, todo ser humano é afetado por doenças agudas e crônicas, que se encontram interconectadas por toda a vida em um “*continuum* de um substrato unificado de doenças”, que leva à condição da doença final que marca o fim da vida. Consequentemente, no curso de uma cura, observa-se a dinâmica da doença sendo deslocada “de dentro para fora” e de órgãos internos (ou seja, rins e articulações) para a pele. Além disso, observa-se “a síndrome do retorno”, o caminho reverso das patologias anteriores (isto é, impetigo estreptocócico, dores de cabeça, alergias). Todos esses processos refletem a “Lei da Cura” de Hering e são evidências da mais profunda reorganização do sistema de defesa, o que não é observado nos casos de efeito placebo, sugerindo um resultado positivo para o tratamento.<sup>9</sup>

Apenas alguns ensaios clínicos foram publicados com metodologia adequada para avaliar a eficácia da homeopatia em pacientes que sofrem de artrite reumatoide. Nenhum dos estudos publicados relataram efeitos colaterais associados às drogas homeopáticas.<sup>10</sup> Gibson, em 1980, em um ensaio clínico terapêutico duplo-cego para avaliar a terapia homeopática em artrite reumatoide concluiu que havia uma melhora significativa na dor subjetiva, no índice articular, na rigidez e força de preensão naqueles pacientes que recebem remédios

**Figura 4.** Dinâmica geral da saúde (11 aos 28 anos de idade)



**Figura 4.** Dinâmica geral da saúde (11 aos 28 anos de idade)

homeopáticos, em comparação ao placebo.<sup>11</sup> Dois anos antes deste artigo, o mesmo autor comparou 2 grupos de pacientes que sofriam de artrite reumatoide, tratados com salicilato no



primeiro grupo e com homeopatia no segundo grupo. Os pacientes que receberam homeopáticos estavam melhores do que aqueles que receberam salicilato.<sup>12</sup>

Segundo a Teoria dos Níveis de Saúde, a mudança qualitativa no organismo da nossa paciente ocorreu 0,5 a 1 ano após o início do tratamento, quando a primeira IRA apareceu com uma febre de 38°C, com episódios subsequentes e mais frequentes de IRA, febre alta ao longo dos 2 a 3 anos de tratamento (Figura 4). Estes foram os sinais de recuperação, provando tanto a capacidade de desenvolver febres altas e sensibilidade aos vírus que provocaram IRA e posteriormente aos estreptococos. Todos os processos ocorreram contra o cenário de recuperação de uma óbvia ARJ progressiva, indicando que a paciente mudou para o sexto nível do grupo B. O nível de saúde atual parece ser o quarto do grupo B. O estado de saúde da paciente ainda não pode ser considerado estável. Apesar dos efeitos impressionantes da terapia e do desaparecimento de uma patologia grave como a ARJ, com complicações devido a um curso severo de glomerulonefrite, com o histórico de acompanhamento com duração de 17 anos, persiste um risco de recorrência de patologia autoimune. Este caso exige uma atitude especial e cuidadosa em relação a qualquer tipo de terapia supressora. Evitar o uso de drogas químicas e situações fortemente estressantes psicologicamente proporcionam um prognóstico favorável à expectativa de vida da paciente e, bem como, para a sua qualidade de vida.

## **Conclusão**

A nova classificação dos Níveis de Saúde, baseada na abordagem holística do estado dos mecanismos de defesa, considerando a reatividade geral e resistência, permite o desenvolvimento do prognóstico da doença e probabilidade de cura do paciente, bem como possíveis complicações e reações do organismo durante o tratamento. A cura de uma patologia autoimune grave - a forma generalizada da artrite reumatoide juvenil – com o método da homeopatia clássica apoia a eficácia de tal tratamento. O acompanhamento de longa duração, não apresentando sinais de doença por 17 anos, serve como evidência firme para a força dos remédios homeopáticos.

## **Contribuições do autor**

O Dr. Chabanov foi responsável pelo tratamento da paciente; O Dr. Tsintzas realizou a pesquisa bibliográfica e ajudou com a escrita do artigo; e o Prof. Vithoulkas supervisionou todo o projeto.

## **Declaração de Conflito de Interesses**

Os autores declararam não haver conflitos de interesse potenciais em relação à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

## **Financiamento**

Os autores não receberam apoio financeiro para a pesquisa, autoria, e / ou publicação deste artigo.

## **Aprovação ética**

Este estudo não requer aprovação ética.

### Referências bibliográficas

1. Bogomolets AA. Selected Works. Vol. 2. Kiev, Russia: AS USSR; 1957:480.
2. Garkavi LK, Kvakina EB, Kuz'menko TS, Shikhlyarova AI. AntiStress Reactions and Activation Therapy. Moscow, Russia: Imedis; 1998:617.
3. Makshanov IY. Theoretical and practical aspects of the organism resistance, their role and meaning in medicine. An assembly speech. Grodno; 1991:25.
4. Sirotinin NN. Evolution of Resistance and Reactivity [in Russian]. Moscow, Russia: Medicine; 1981:235.
5. Serov VV. General Pathology Approach to the Knowledge of the Disease. Moscow, Russia: Meditsina; 1999:303.
6. Vithoukas G. Levels of Health. The Second Volume of Science of Homeopathy. Revised edition. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017:23.
7. Vithoukas G. A New Model for Health and Disease. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 1996.
8. Vithoukas G, Carlino S. The "continuum" of a unified theory of diseases. Med Sci Monit. 2010;16:SR7-SR15.
9. Brien SB, Harrison H, Daniels J, Lewith G. Monitoring improvement in health during homeopathic intervention. Development of an assessment tool based on Hering's Law of Cure: the Hering's Law Assessment Tool (HELAT). Homeopathy. 2012;101:28-37.
10. Fernandez-Llanio CN, Matilla FM, Cuesta JA. Have complementary therapies demonstrated effectiveness in rheumatoid arthritis? [in Spanish] Reumatol Clin. 2016;12:151-157.
11. Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Buchanan WW. Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. Br J Clin Pharmacol. 1980;9:453-459.
12. Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Gray GH, Dick WC, Buchanan WW. Salicylates and homeopathy in rheumatoid arthritis: preliminary observations. Br J Clin Pharmacol. 1978;6: 391-395

*Artigo original disponível em:*

**<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2515690X18777995>**