

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
RODRIGO DE OLIVEIRA MELLO

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM CRIANÇA COM TRANSTORNO
DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (RELATO DE CASO)

SÃO PAULO

2017

RODRIGO DE OLIVEIRA MELLO

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM CRIANÇA COM TRANSTORNO
DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (RELATO DE CASO)

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

Orientador: Dr. Mario Giorgi

SÃO PAULO

2017

Mello, Rodrigo de Oliveira

Tratamento homeopático em criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (relato de caso) / Rodrigo de Oliveira Mello, -- São Paulo, 2017. 34p.

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

1. Homeopatia 2. Tratamento homeopático 3. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Agradecimentos

**Aos professores do Curso de Especialização em Homeopatia
Alpha/APH, que com muita destreza nos ensinaram a Verdadeira
Arte de Curar.**

RESUMO

Através do relato de um caso clínico de transtorno de atenção e déficit de hiperatividade o autor procura demonstrar a eficácia do tratamento homeopático, respeitadas as individualidades de cada paciente.

Comenta a restrita bibliografia referente ao tema e discute o resultado obtido por tratamentos alopáticos. Conclui pelo sucesso obtido com a abordagem homeopática, que inclui minuciosa anamnese e individualização.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, Homeopatia.

ABSTRACT

Through the report of a clinical case of attention deficit hyperactivity disorder the author is studious to demonstrate the effectiveness of homeopathic treatment, with special attention to individualities of each patient.

It comments the narrow bibliography that refers to the subject and discuss the obtained result by allopathic treatment. It concludes by obtained success with homeopathic boarding that includes detailed anamnesis and individualization.

KEY-NOTES: Attention deficit hyperactivity disorder, Homeopathy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sintomas de desatenção e impulsividade/hiperatividade	16
Tabela 2 – Principais comorbidades	200

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. METODOLOGIA.....	13
3. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	14
3.1 Epidemiologia.....	14
3.2 Diagnóstico	15
3.3 Comorbidades.....	19
3.4 Diagnóstico Diferencial.....	20
3.5 Tratamento.....	21
4. PROGNÓSTICO.....	23
5. RELATO DE CASO	24
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
7. CONCLUSÃO.....	30
BIBLIOGRAFIA	311
ANEXO 1.....	355
ANEXO 2.....	356

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é uma combinação de atenção perturbada (visual, tátil, auditiva e proprioceptiva) e hiperatividade/impulsividade. O critério diagnóstico para o TDAH consiste em seis ou mais sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os critérios para desatenção, hiperatividade/impulsividade estão todos listados separadamente e, dependendo da pontuação nos grupos, o paciente é diagnosticado como tendo déficit de atenção com ou sem hiperatividade e comportamento impulsivo. O TDAH é um dos distúrbios mais comuns da infância e a base do tratamento inclui o uso de aminas simpaticomiméticas, como a anfetamina e o metilfenidato (Ritalina®).

A incidência de TDAH em crianças no Reino Unido é de aproximadamente 0,1%, já nos EUA este número chega a 5% ou mais. Estima-se que nos EUA 2,5 milhões de crianças fazem uso de estimulantes para o TDAH, incluindo aproximadamente 10% de todos os meninos de 10 anos de idade (LAING, 2006). Nos últimos anos houve um aumento importante no número de casos de crianças hiperativas e com déficit de atenção e a razão para esta elevação da incidência é difícil de ser explicada, não há uma causa específica para o desenvolvimento do TDAH. Parte do problema é que as diretrizes utilizadas para o diagnóstico de déficit de atenção, com ou sem hiperatividade, são mal definidas e subjetivas, podendo levar a diagnósticos precipitados, muitas vezes para suprir a apreensão dos pais, que anseiam por uma explicação plausível para o comportamento do filho.

O aparecimento de transtornos ansiosos é resultado da interação de múltiplos fatores, como a herança genética, o temperamento do indivíduo, a relação

familiar e social, o estilo de criação oferecido pelos pais, além das experiências vivenciadas pela criança. Existem inúmeras teorias que tentam explicar o desenvolvimento do TDAH, que abrangem desde a causalidade hereditária até o reflexo de uma sociedade extremamente dinâmica e exigente, na qual o tempo muitas vezes é insuficiente para suprir toda a rotina do dia. Atualmente é comum os pais se dividirem entre o trabalho, os afazeres sociais e os cuidados com os filhos e é difícil mensurar o impacto desta ausência, que constantemente é suprida pelo entretenimento com tecnologias, como jogos, computador e televisão. O padrão social vigente, caracterizado por uma competitividade cada vez mais acirrada, também gera um grande estresse emocional na criança, sentido no ambiente domiciliar e escolar, os quais exigem que a criança esteja sempre em posição de destaque, desde o início do seu desenvolvimento. Da mesma forma, não deve ser negligenciado o aumento da ingestão de alimentos e bebidas com excesso de corantes, conservantes, açúcar, efervescentes e outros aditivos que agem como estimulantes, levando à um aumento na atividade do organismo.

O uso da Homeopatia no tratamento do TDAH está aumentando e este fato deve-se à eficácia limitada do tratamento alopático, associada ao grande número de reações adversas provocadas por estes medicamentos. Os estimulantes podem causar, dentre outros sintomas mais comuns, taquicardia, hipertensão arterial, redução das células brancas e vermelhas sanguíneas, plaquetopenia, convulsões, espasmos musculares ou tiques, distúrbios do sono (insônia ou sonolência), alteração da função hepática, desaceleração do crescimento (peso e altura), além de distúrbios psiquiátricos, como irritação, agressividade, atenção excessiva ao ambiente, hiperexcitação emocional e comportamental, pensamentos e comportamentos obsessivos e compulsivos, humor deprimido, ideias suicidas,

confusão mental e vícios. O tratamento homeopático do TDAH é uma tarefa muito exigente e muitas vezes demanda tempo para identificar a medicação específica que cubra a totalidade sintomática do paciente, ou seja, o *simillimum*. A complexidade em eleger o *simillimum* deve-se principalmente à dificuldade dos pais em descrever os sintomas da criança, um fato que provavelmente é relacionado à mudança extrema de comportamento destes pacientes. A melhora dos sintomas do TDAH induzida pelo tratamento homeopático geralmente é lenta, seja pela dificuldade na escolha do remédio ou pela complexidade da doença, e muitas vezes conflita com a pressão familiar pela melhora rápida do quadro. A impressão clínica sugere que os pacientes tratados previamente com estimulantes apresentam resposta menos satisfatória quando são tratados com homeopatia.

H Frei et al (2006) compararam, em estudo clínico randomizado, a eficácia do tratamento homeopático em relação ao placebo em crianças hiperativas. O estudo contou com duas fases e foram recrutadas noventa e sete crianças. Em uma primeira fase de triagem, foi observada a resposta de cada criança a medicamentos homeopáticos sucessivos, até que a medicação ideal fosse identificada. As crianças que atingiram um nível predefinido de melhora com o tratamento participaram da fase de randomização, a qual comparou o tratamento com placebo e o tratamento homeopático com *verum*. Durante a fase de triagem, 84% (70/83) das crianças responderam ao tratamento homeopático e atingiram a elegibilidade para o ensaio clínico randomizado. Isso ocorreu após um tempo médio de cinco meses e foram testados aproximadamente três medicamentos homeopáticos diferentes, até que se chegasse ao *simillimum*. Treze crianças (16%) não atingiram a elegibilidade. Cinco meses após o início do tratamento homeopático, a diferença na classificação do Índice Global Connors (CGI), que é uma escala destinada à pais e professores,

visando o diagnóstico de hiperatividade, entre respondedores e não respondedores tornou-se altamente significativa, sendo que a melhora do CGI foi muito maior no tratamento homeopático com o *simillimum*, quando comparada ao tratamento homeopático padrão com *verum*.

No presente trabalho foram descritas as características e o tratamento alopático preconizado para o TDAH. Um caso clínico de TDAH em criança é relatado com o objetivo de demonstrar a evolução do paciente submetido ao tratamento homeopático e a sua eficácia. Para que houvesse adesão ao tratamento foi mantido contato próximo com a família, que foi orientada a entrar em contato em casos de intercorrências, visando a manutenção da saúde do paciente e a minimização de interferências no tratamento homeopático, através do uso da alopatia. Os pais do paciente assinaram um termo de autorização para a publicação do caso neste trabalho, o qual consta o modelo em anexo.

2. METODOLOGIA

Relato de caso de uma criança com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, em uso de medicação estimulante e antipsicótica que, após iniciar o uso de *Hyoscyamus niger* 6CH, apresentou melhora importante do quadro de TDAH. Toda a história foi relatada pela mãe do paciente e é descrita com os termos utilizados pela mãe durante a consulta.

3. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.¹ Os critérios diagnósticos são semelhantes aos utilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS),² porém, a nomenclatura utilizada nesse último sistema é a de transtorno hipercinético. É um transtorno psiquiátrico de grande importância em saúde pública, considerando-se seu alto custo financeiro, o estresse familiar que induz, o prejuízo que desencadeia nas atividades acadêmicas e vocacionais e os efeitos negativos na autoestima das crianças e adolescentes. Na fase adulta, interfere diretamente no rendimento profissional e no relacionamento interpessoal. Estudos têm demonstrado que crianças com este transtorno apresentam um risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e na idade adulta.³

3.1 Epidemiologia

Estudo de meta-análise recente,⁴ englobando 102 estudos com um total de 171.756 sujeitos até 18 anos de idade, de todas as regiões ao redor do mundo, encontrou uma prevalência de TDAH de 5,29%. Os achados deste estudo sugerem que a localização geográfica tem papel limitado na variabilidade de dados de prevalência dos estudos incluídos e que isso pode ser melhor explicado pela heterogeneidade da metodologia aplicada nos diversos estudos. É esperado que até 60% dos indivíduos com TDAH persistam na vida adulta com esse transtorno.⁵ No

Rio Grande do Sul, Rohde et al.⁶ encontraram uma prevalência de 5,8% de TDAH em uma amostra de adolescentes escolares. Em Pelotas, também no Rio Grande do Sul, Anselmi et al.⁷ acompanharam por onze anos uma amostra de 4.423 crianças (desde o nascimento, de um total de 5.249 crianças) e a prevalência encontrada de problemas de atenção e hiperatividade foi de 19,9%. A proporção entre meninos e meninas com TDAH é de até 4:1⁸ e a encontrada em adultos de 1:1.⁹ Uma das explicações para que ocorra esta diferença entre gêneros na prevalência do TDAH na infância, encontra-se no fato das meninas serem subdiagnosticadas, pois apresentam poucos sintomas de agressividade/impulsividade, baixas taxas de transtorno de conduta e alto nível de comorbidades, com transtorno de humor e ansiedade. Desse modo, a idade diagnóstica tende a ser mais avançada em relação aos meninos.¹⁰

3.2 Diagnóstico

O diagnóstico de TDAH é estritamente clínico, baseando-se em critérios bem definidos de classificações, como a DSM-V¹ e a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10).²

O diagnóstico é feito por meio de cinco critérios estabelecidos pela American Psychiatric Association,¹ concorrendo para isso a história, os exames físico e neurológico, em conjunto com avaliações obtidas na família e na escola:

- comportamento persistente (duração maior que 6 meses) de desatenção e/ou hiperatividade em maior intensidade do que aquele encontrado em crianças de mesma faixa etária e nível de desenvolvimento (Tabela 1).¹¹ Pelo menos 6 de 9 sintomas de desatenção e/ou 6 de 9 sintomas de hiperatividade devem estar presentes;
- sintomas presentes antes dos 12 anos de idade;

- sintomas comprometem a vida do paciente em pelo menos 2 ambientes diferentes de convívio;
- comprometimento para a vida diária do paciente, prejuízo funcional clinicamente significativo na vida social ou profissional (escolar) do paciente;
- exclusão de qualquer outra doença que explique melhor que o TDAH a sintomatologia do paciente.

Tabela 1 Sintomas de desatenção e hiperatividade propostos pela American Psychiatric Association¹ para o critério "A" no diagnóstico de TDAH

Sintomas de desatenção

Freqüentemente tem dificuldade para prestar atenção em detalhes e freqüentemente comete erros por falta de atenção nos deveres

Freqüentemente tem dificuldade para manter a atenção no que está fazendo, como um trabalho, dever de casa ou jogo

Freqüentemente parece não estar prestando atenção quando os outros lhe dirigem a palavra

Freqüentemente tem dificuldade para terminar o que começa e deixa deveres de casa, tarefas domésticas ou deveres profissionais sem terminar

Freqüentemente tem dificuldade para se organizar

Freqüentemente evita atividades que exijam manutenção constante da atenção por longos períodos

Freqüentemente perde coisas necessárias para as tarefas diárias, como lápis ou livros

Freqüentemente tem dificuldade para manter a atenção no que está fazendo quando outras coisas estão acontecendo ao redor

Freqüentemente apresenta esquecimentos em tarefas diárias

Sintomas de hiperatividade e impulsividade

Freqüentemente mexe as mãos e os pés mesmo quando está parado

Freqüentemente se levanta da cadeira em situações nas quais deveria ficar sentado

Freqüentemente corre e escala em situações nas quais deveria ficar quieto

Freqüentemente faz barulho em demasia quando se diverte

Freqüentemente está "a mil por hora"

Freqüentemente fala demais

Freqüentemente responde às perguntas antes de serem completadas

Freqüentemente tem dificuldade para esperar sua vez

Freqüentemente interrompe os outros e se intromete em conversas alheias

Tabela 1 – Sintomas de desatenção e impulsividade/hiperatividade

O DSM-V¹⁹ divide o TDAH em 3 apresentações, a saber: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo e combinado, de acordo com o número de sintomas atendidos para desatenção e/ou hiperatividade.¹ Há ainda diversos estudos sugerindo diferentes perfis neuropsicológicos, substratos neurobiológicos, padrões de comorbidade, distribuição de gênero e prejuízo, de acordo com estes tipos de TDAH.¹²⁻¹⁵ A apresentação mais comum de TDAH em ambientes clínicos é a combinada, representando cerca de 50 a 75% dos indivíduos atendidos, seguida da apresentação em que predomina a desatenção, que responde por 20 a 30% dos casos, e da apresentação hiperativa-impulsiva, que caracteriza menos de 15% dos pacientes atendidos.¹⁶⁻¹⁸ As formas de TDAH com predomínio de desatenção, conjuntamente com a apresentação combinada, ocorrem com maior frequência no sexo feminino e parecem apresentar maior prejuízo acadêmico. Quando os principais sintomas forem de hiperatividade/impulsividade, há uma inclinação maior à agressividade, levando à altas taxas de rejeição social. Alterações de conduta e postura ocorrem mais frequentemente na apresentação combinada, a qual também apresenta um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparada aos outros dois grupos.

A idade de início dos sintomas para o diagnóstico de TDAH foi modificada no DSM-V, em 2013, após um longo período de controvérsias. O DSM-IV, assim como a CID-10, definia que, para que o diagnóstico de TDAH fosse realizado, os sintomas do transtorno deveriam estar presentes antes dos sete anos de idade. Entretanto, este critério era resultado da opinião de especialistas (nível de evidência D), sem embasamento científico que sustentasse a sua validade clínica. O padrão sintomatológico e de comorbidade e o prejuízo funcional, não são significativamente diferentes entre as crianças que apresentam idade de início dos sintomas após os

sete anos. Na revisão apresentada pela DSM-V o limite de idade de apresentação dos sintomas de TDAH foi modificado para abaixo de 12 anos de idade¹⁹. O TDAH é considerado um transtorno de base neurobiológica e a suscetibilidade para seu desenvolvimento parece ser determinada por múltiplos genes. É possível que uma criança vulnerável possa apresentar sintomas clinicamente significativos apenas a partir do momento em que passe a ser mais exigida, por exemplo aos 7 anos de idade, quando as obrigações escolares colocam em evidência o prejuízo das funções executivas, como a manutenção da atenção, o planejamento e a organização. Portanto, é plausível que o diagnóstico possa ser feito apenas após os 7 anos de idade.

Alguns aspectos devem ser considerados ao se fazer o diagnóstico de TDAH:

- a apresentação clínica pode variar de acordo com o estágio do desenvolvimento. Sintomas como hiperatividade/impulsividade são mais frequentes do que sintomas de desatenção em pré-escolares com TDAH. Os pré-escolares apresentam um nível de atividade muito intensa e o diagnóstico de TDAH deve ser feito com muita cautela antes dos seis anos de idade;
- o prejuízo na vida da criança deve ser clinicamente significativo e o grau do prejuízo deve ser sempre avaliado a partir das potencialidades da criança e do grau de esforço necessário para a manutenção do ajustamento social. Por exemplo, uma criança inteligente pode superar as dificuldades no desempenho escolar, mas a custo de muito sofrimento emocional;

- a frequência e a intensidade dos sintomas devem ser valorizadas, pois sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade acontecem mesmo em crianças sem TDAH, isoladamente ou até mesmo com frequência, porém em menor intensidade;

A CID-10² menciona uma lista de sintomas bastante similar à lista do DSM-V, porém, esta recomenda uma maneira diferente para estabelecer o diagnóstico, o que demonstra falta de acordo entre as classificações disponíveis. A CID-10 requer um número mínimo de sintomas nas três dimensões citadas acima. Há ainda outras diferenças em relação ao diagnóstico entre DSM-V e CID-10. Sørensen et al.²⁰ encontraram que o diagnóstico de TDAH pelo DSM-IV ocorria mais vezes em relação à CID-10, alertando que as diferenças entre as classificações diagnósticas podem ser um problema neste transtorno e que merecem atenção.

3.3 Comorbidades

O TDAH apresenta elevada frequência de comorbidades, tornando necessário o concurso do neuropediatra, psiquiatra e equipes interdisciplinares no atendimento dos pacientes.²¹ Na Tabela 2¹¹, estão descritos os transtornos mais frequentemente associados ao TDAH. Vários estudos têm demonstrado uma alta prevalência da comorbidade entre TDAH e abuso ou dependência de drogas na adolescência e, principalmente, na idade adulta (9 a 40%). Discute-se, ainda, se o TDAH por si só é um fator de risco para o abuso ou dependência de drogas na adolescência. Sabe-se que é muito frequente a comorbidade de TDAH e transtorno de conduta e que o transtorno de conduta associa-se claramente ao abuso e

dependência de drogas. Desta forma, é possível que o abuso/dependência de drogas ocorra com mais frequência num subgrupo de adolescentes com TDAH, que apresentam conjuntamente transtorno de conduta. Em outras palavras, o fator de risco não seria o TDAH em si, mas sim a comorbidade com transtorno de conduta. Portanto, esta ainda é uma questão de pesquisa em aberto.²²⁻²³

Tabela 2 Principais co-morbidades		
	Descrição	Prevalência
Transtorno opositivo-desafiador	Comportamento recorrente de negativismo, desafio, desobediência e hostilidade diante da autoridade, seja dos pais ou dos professores	30 a 50%
Transtorno de conduta	Comportamento persistente de violações aos direitos de terceiros (incluindo lesões corporais e invasão de propriedade) e às normas sociais vigentes (destruição de propriedade e roubo)	30 a 50%
Depressão	Tristeza ou irritabilidade, dificuldade em ter prazer nas atividades usuais, sono e fome excessivos ou reduzidos, lentidão de raciocínio, fadiga excessiva, sentimentos de culpa e idéias suicidas	15 a 20%
Transtorno de ansiedade	Presença de medos e preocupações por parte da criança, que não são compatíveis com sua faixa etária	25%
Transtorno de aprendizado	Desempenho em testes padronizados de matemática, leitura (dislexia) e expressão escrita substancialmente abaixo daquele esperado para idade, escolaridade e nível de inteligência	10 a 30%
Transtorno do déficit de coordenação	Disfunção motora do equilíbrio, da coordenação motora e da função motora fina	50 a 80%

Tabela 2 – Principais comorbidades

3.4 Diagnóstico Diferencial

Na maioria dos casos em que as queixas de desatenção estiverem presentes, o diagnóstico de TDAH possivelmente será o diagnóstico final. No entanto, é preciso cuidado para fazer o diagnóstico diferencial com outras situações nas quais esse sintoma também ocorre.¹¹⁻²⁴ Os principais métodos para discernir entre as suas causas é a história completa de cada paciente e o exame físico cuidadoso, sendo raros os casos que necessitarão de exames complementares. As causas que potencialmente podem se manifestar por desatenção ou hiperatividade incluem: sequelas de encefalite, acidente vascular ou traumatismo craniano,

distúrbios do sono, insônia e apnéia obstrutiva do sono, epilepsia e seu tratamento, síndrome das pernas inquietas, retardo mental ou autismo, transtorno de ansiedade ou depressão, deficiência sensorial auditiva ou visual, disfunção tireoidiana, intoxicação por chumbo, pós-estreptococcias, doença celíaca, comportamento reativo ao ambiente, comportamento condizente com a idade da criança (dentro dos parâmetros de desenvolvimento normais esperados para a faixa etária).

3.5 Tratamento

Os 5 princípios básicos no tratamento do TDAH são¹¹⁻²⁵:

1. Estabelecer um programa de tratamento que leve em consideração tratar-se de doença crônica.
2. Traçar objetivos do tratamento com a família e com a escola.
3. Terapia com drogas estimulantes e/ou terapia cognitivo- comportamental.
4. Quando o tratamento escolhido não atingir seus objetivos, reavaliar o diagnóstico, presença de comorbidades, escolha da terapia e aderência a ela.
5. Monitorar objetivos e efeitos adversos, tanto por informações da família quanto da escola.

A família deve ser estimulada a buscar informações sobre o diagnóstico e seu tratamento, o que ajudará os pais a desenvolver estratégias facilitadoras na organização e no planejamento das atividades da criança ou do adolescente. Em linhas gerais, as recomendações são: treinamento por reforço positivo, ambiente de estudo com baixo nível de fatores de distração e rotinas previsíveis.

O metilfenidato é a terapia medicamentosa indicada. Existem no mercado brasileiro a apresentação de curta ação (Ritalina®), com meia-vida em torno de 4 horas, e as de longa ação (Ritalina LA® ou Concerta®) utilizadas em dose única pela manhã. Os principais efeitos colaterais dessa substância são insônia, irritabilidade, perda de apetite, cefaléia e distúrbios gastrintestinais. A duração do tratamento deve ser individualizada.

Os antidepressivos tricíclicos podem ser prescritos na falta de eficácia com estimulante, na presença de enurese noturna primária ou de tiques. Na falta de eficácia ou na intolerância aos estimulantes, pode-se tentar a clonidina.

A atomoxetina, um inibidor de recaptção de noradrenalina, é uma droga que deverá em breve entrar no mercado brasileiro como alternativa para o tratamento medicamentoso do TDAH.

4. PROGNÓSTICO

Cerca de 80% das crianças diagnosticadas com TDAH permanecerão com esse diagnóstico quando adolescentes, e pelo menos a metade deles terá interferência dos sintomas do transtorno na idade adulta. A gravidade do TDAH na criança é um fator determinante na persistência da sintomatologia na vida adulta.²⁶ Fatores ambientais, relacionados a situações de estresse e características do ambiente familiar parecem contribuir nesse sentido. O tratamento das crianças com estimulantes está claramente associado à redução de abuso de substâncias ao longo da vida.²⁷ Finalmente, a identificação da comorbidade é importante, uma vez que ela repercute negativamente no prognóstico do paciente e seu tratamento é tão importante quanto o do TDAH.²⁸

5. RELATO DE CASO

Data da consulta: Março de 2016

Identificação: H.R.B, sexo masculino, 5 anos, brasileiro, estudante do segundo ano do período pré-escolar, religião católica

Queixa principal: *agitação há dois anos*

História da moléstia atual: *Meu filho já começou a ficar agitado quando começou a andar, mas nessa fase ele ainda era mais calmo. A agitação piorou quando ele tinha três anos, principalmente com quatro anos, quando ele começou a frequentar a escola. Ele começou a ficar muito agitado, batendo e empurrando os outros do nada, passou a não me obedecer mais também. Me incomoda muito o fato dele bater nos outros e essa agitação de não conseguir parar. Na escola falam que ele é muito agitado. Ele não vai bem na escola, na série que ele está ainda não tem notas, mas tem a ficha descritiva, eu sei dizer que ele não faz os deveres, rasga as coisas, começa as lições e não termina. Eu fiquei surpresa, porque quando ele era bebê ele era muito alegre, dormia bem, era sorridente, daí começou a ficar agitado desse jeito.*

Ele bate e se agita do nada, não dá para prever. Ele piora bastante quando é contrariado, mas a agitação, a agressividade, vem do nada. Às vezes ele também apanha dos outros alunos e fica quieto, não reage, mas outras vezes ele reage. Eu percebi que ele não tem um motivo para reagir ou não reagir. O comportamento dele é o mesmo em casa e fora de casa, ele é espontâneo. Por mais que ele seja

agitado, ele é muito carinhoso, abraça todo mundo, todo mundo gosta dele, ele é muito dado.

Depois que ele faz essas coisas, que ele apronta, ele chora, fala que não fará mais, pede para confiar nele, parece que ele não pensa para fazer as coisas, que ele faz por impulso, daí se arrepende.

Se ele dorme cedo, ele acorda cedo, às vezes ele simplesmente não dorme, sem nenhum motivo aparente.

Ele é agitado do tipo de não parar quieto, de pular no sofá, tacar brinquedos, chorar por qualquer coisa, até depois de tomar banho ele não fica quieto para ser enxugado, não sabe esperar. Não tem nada que melhore ou piore a agitação dele, acontece sem motivo. Em casa ele é mais tranquilo, acredito que seja porque ele tem mais liberdade, não precisa prestar atenção, ficar sentado. Tirando isso, ele é sempre do mesmo jeito, em qualquer lugar.

Ele é muito agitado, não se concentra, qualquer coisa ele chora, ele é muito impulsivo, empurra os outros, é estabonado, também bate em outras pessoas e até mesmo em nós quando é contrariado, na escola bate em outras crianças, do nada. A professora diz que ele não para na sala de aula. Ele fica agressivo principalmente quando é contrariado.

Ele não consegue dar sequência nos afazeres, não consegue se concentrar, nunca acaba de fazer as coisas.

Como algo inusitado que ele apresenta, posso relatar o desejo de ficar nú. Uma vez ele fez isso no parquinho, quase morri de vergonha.

Por todos estes problemas levamos ele a um neurologista especializado em TDAH, em Março de 2015, com 4 anos de idade. Inicialmente foi prescrita a Ritalina®, porém ele começou a ter bastante sonolência, ficar dopado. Assim, o

médico trocou a Ritalina® pelo Venvanse®, porém ele só tomou por 3 dias, porque ele ficou louco, alucinado, como se tivesse usado drogas, ele chorava muito, começou a piorar a agitação, começou a falar coisas sem sentido, foi o pior remédio de todos. Desta forma, o médico suspendeu o Venvanse® e optou pela Carbamazepina associada à Clonidina. Com esses medicamentos ele melhorou o sono, porém piorou a agressividade, assim o neurologista achou melhor levar ao psiquiatra. O psiquiatra preferiu retirar as medicações, fazendo desmame, e também encaminhou para a fonoaudióloga. Foram realizados exames laboratoriais e ECG, todos sem alterações. O psiquiatra decidiu pedir uma TC de crânio e não deu nenhuma outra medicação e a criança continuava agitada. Decidi então levá-lo a um psiquiatra infantil, o qual cancelou a TC de crânio e prescreveu a Ritalina®. O médico foi aumentando a dose gradativamente e depois associou a Risperidona. Com essas medicações ele ficou bem de Agosto de 2015 à Março de 2016, evoluiu bastante no cognitivo, passou à obedecer, porém depois ele começou a apresentar tiques. Ele começou mexendo as pernas, depois os ombros e os braços, depois começou a mexer o corpo todo. Um dia fui buscar ele na escola e ele se contorcia inteiro. Passei novamente com o médico, que aumentou a Risperidona e reduziu a Ritalina®, o que fez com que os tiques melhorassem. Passadas poucas semanas tudo começou novamente, assim decidi procurar a Homeopatia. Atualmente ele está em uso de Ritalina® 10mg/dia e Risperidona 1mg/dia.

Exame físico: corado, hidratado, anictérico, acianótico, consciente, orientado, afebril, em bom estado geral

Otoscopia: sem alterações

Oroscopia: sem alterações

Ausência de linfonodos cervicais palpáveis

Murmúrio vesicular presente, bilateral, sem ruídos adventícios, eupneico

Bulhas rítmicas, normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. FC=100bpm

Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, sem visceromegalias

Boa perfusão periférica de extremidades, sem edemas

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a classificação DSM-V o paciente apresenta os critérios necessários para o diagnóstico de TDAH, enquadrando-se na apresentação combinada. Optou-se, inicialmente, por associar a medicação homeopática ao tratamento alopático já instituído. Os sintomas iniciais do paciente foram repertorizados utilizando-se o Repertório de Homeopatia de Ariovaldo Ribeiro Filho, 2ª edição, 2014, elegendo-se as seguintes rubricas repertoriais (o sintoma diretor foi definido a partir da hierarquização de sintomas de Kent):

- 1 – Mental - nú, quer ficar (154,1)
- 2 – Mental – gestos, faz – involuntários, movimentos (94,1)
- 3 – Mental – concentração – difícil (45,1)
- 4 – Mental – excitação, excitável (81,2)
- 5 – Mental – destrutividade (67,1)

Passou-se, após isso, a realizar a repertorização dos sintomas selecionados, utilizando-se o Repertório de Homeopatia de Ariovaldo Ribeiro Filho, 2ª edição, 2014, a qual encontra-se em anexo. Optou-se, após avaliação do resultado da repertorização, por prescrever *Hyoscyamus niger* 6CH, 5 gotas por dia, por 60 dias, visto que esse medicamento apresentou a maior cobertura e a maior pontuação na repertorização. O paciente foi orientado a manter as medicações convencionais e foi encaminhado para realizar psicoterapia.

Após sessenta dias de tratamento, o paciente começou a apresentar melhora significativa do quadro, permitindo iniciar o desmame das medicações alopáticas. A Ritalina® foi suspensa em Agosto de 2016, quando se iniciou o desmame da Risperidona e aumentou-se o intervalo da administração do

Hyoscyamus para dias intercalados. Com estas alterações no tratamento o paciente começou a demonstrar agitação e apresentou retorno dos tiques, sendo optado novamente pelo uso diário da Risperidona e do *Hyoscyamus*. Com nova estabilização do quadro, reiniciou-se o desmame da Risperidona, mantendo-se o uso diário do *Hyoscyamus*. Em Fevereiro de 2017 a Risperidona foi suspensa e o uso do *Hyoscyamus* passou a ser em dias intercalados. Após acompanhamento por um período de sessenta dias o paciente não apresentou piora do quadro, possibilitando a manutenção do tratamento. Mesmo apresentando persistência do quadro de TDAH, a intensidade dos sintomas encontra-se muito reduzida, propiciando um bom convívio familiar e social e um bom desempenho escolar. A criança continua o acompanhamento com o psicoterapeuta.

A escolha do *Hyoscyamus niger* também se deve à sua patogenesia, que assemelha-se muito aos sintomas apresentados pela criança. Na esfera mental, agrega pessoas de temperamento sanguíneo, que são irritáveis, nervosas, histéricas e ciumentas. É um medicamento muito relacionado à doenças psíquicas que cursam com o aumento da atividade cerebral, como *delirium tremens*, delírio com agitação, histeria e alucinações. Apresenta um sintoma da esfera mental muito importante relacionado ao caso, que é o desejo de estar descoberto, de expor o corpo.

Como sintomas gerais, apresenta insônia, contrações tendinosas. Como sintomas locais, destacam-se os espasmos, que são inconscientes e com grande agitação, onde todo o corpo pode ser acometido.²⁹

7. CONCLUSÃO

Através do caso clínico relatado, observamos a eficácia do tratamento homeopático em crianças com TDAH, respeitando a individualização do tratamento de cada paciente.

Existe um lado positivo no TDAH que pretende-se manter com a homeopatia. É importante nutrir o espírito criativo, a imaginação, a energia e a curiosidade que essas crianças mostram. O tratamento homeopático equilibra essas qualidades, para que a criança possa desenvolver seu verdadeiro potencial. As medicações alopáticas suprimem os sintomas relacionados à doença, porém geralmente ocasionam uma redução na qualidade de vida das crianças, que acabam perdendo o lado bom de sua hiperatividade.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavior Disorders. Geneva: WHO; 1992.
3. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148 (5):564-77.
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8.
5. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults. *JAMA*. 2004;292:619-23.
6. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:716-22.
7. Anselmi L, Menezes AM, Barros FC, Hallal PC, Araújo CL, Domingues MR, et al. Early determinants of attention and hyperactivity problems in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:1954-62.
8. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:978-87.
9. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype. *Biol Psychiatry*. 2000;48:21-9.

10. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.
11. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. – 2.ed. – Barueri, SP : Manole, 2010.
12. Gaub M, Carlson CL. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J Abnorm Child Psychol.* 1997;25:103-11.
13. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:629-38.
14. Schmitz M, Cadore L, Paczko M, Kipper L, Chaves M, Rohde LA, et al. Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: an exploratory study with untreated adolescents. *Can J Psychiatry.* 2002;47:863-9.
15. Hesslinger B, Thiel T, Tebartz van Elst L, Hennig J, Ebert D. Attention-deficit disorder in adults with or without hyperactivity: where is the difference? A study in humans using short echo (1)H-magnetic resonance spectroscopy. *Neurosci Lett.* 2001;304:117-9.
16. Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/ hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychol Rev.* 2007;17:39-59.
17. Paternite CE, Loney J, Roberts MA. External validation of oppositional disorder and attention deficit disorder with hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol.* 1995;23:453-71.
18. Morgan AE, Hynd GW, Riccio CA, Hall J. Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:325-33.

19. <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=383>, acessado em 29 de maio de 2017.
20. Sørensen MJ, Mors O, Thomsen PH. DSM-IV or ICD-10-DCR diagnoses in child and adolescent psychiatry: does it matter? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:335-40.
21. Rohde LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *J Pediatr* 2004; 80(supl.2): S61-70.
22. Rohde LA, Busnello EA, Chachamovich E, Vieira GM, Pinzon V, Ketzer CR. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Rev ABP-APAL* 1998;20(4):166-78.
23. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000
24. Pearl PL, Weiss RE, Stein MA. Medical mimics. Medical and neurological conditions simulating ADHD. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931: 97-112.
25. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108: 1033-44.
26. Kessler RC et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1442-51.
27. Faraone SV, Willens T. Does stimulant treatment lead to substance use disorders? *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl.11): 9-13.
28. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1065-79.

29. Ribeiro Filho, Arioaldo. Repertório de Homeopatia / Arioaldo Ribeiro Filho / 2a edição / SãoPaulo: Editora Organon, 2010.

ANEXO 1**MODELO DE AUTORIZAÇÃO**

(Originais em poder do autor)

Eu, _____, autorizo a publicação da consulta do meu filho neste trabalho, a qual foi conduzida pelo Dr. Rodrigo de Oliveira Mello, CRM: 157.110/SP, desde que o nome dele seja substituído pelas iniciais.

ANEXO 2

REPERTORIZAÇÃO

	Sintomas					Cobertura	Pontuação
	1	2	3	4	5		
<i>Bell.</i>	2	1	1	3	2	5	9
<i>Camph.</i>	1		1	2	2	4	6
<i>Cham.</i>	1			3	1	3	5
<i>Hyos.</i>	3	2	2	3	2	5	12
<i>Merc.</i>	1	1	2	2	1	5	7
<i>Merc-c.</i>	1		1	1		3	3
<i>Phos.</i>	2	2	3	3	1	5	11
<i>Phyt.</i>	1					1	1
<i>Sec.</i>	2		1	1	1	4	5
<i>Stram.</i>	2	1	2	2	3	5	10
<i>Verat.</i>	2	1	1	2	2	5	8