

CENTRO ALPHA DE ENSINO  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA  
OSCAR RUDGE TAYLOR DE BRITO

**TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: RELATO DE CASO COM  
TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM MONOTERAPIA**

**SÃO PAULO**

**2018**

2018

OSCAR RUDGE TAYLOR DE BRITO

**TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: RELATO DE CASO COM  
TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM MONOTERAPIA**

**Monografia apresentada a  
ALPHA/APH como Exigência para  
obtenção do título de especialista  
em Homeopatia. Orientador: Dr.  
Mario Giorgi**

**SÃO PAULO**

Brito, Oscar Rudge Taylor de

Transtorno depressivo maior: relato de caso com tratamento homeopático em monoterapia / Oscar Rudge Taylor de Brito. -- São Paulo, 2018.

44f. Monografia – ALPHA / APH, Curso de Especialização em Homeopatia.

Orientador: Dr Mario Giorgi

1. Homeopatia 2. Tratamento homeopático 3. Transtorno Depressivo Maior.

Título

Agradecimento:

Agradeço à minha esposa Maysa que com sua imensa experiência acadêmica contribuiu para a produção e revisão do presente texto.

## RESUMO

Report of a patient with major depressive disorder, without previous antidepressant treatment and with indiscriminated use of benzodiazepine who presented an important improvement in the depressive symptoms as well as in quality of life and behaviors after the intake of de Natrum Muriaticum CH30 XX/10, prescribed after a 20 minute interview in a psychiatric Emergence Room. Further evaluations using de HAM-AD17 scale showed sustainable improvement in the depressive symptoms and in quality of life concluding that homeopathy is a valuable option for the treatment of major depressive disorder.

Keywords: Homeopathy, Homeopathic treatment, Major depressive disorder.

## **ABSTRACT**

Report of a patient with major depressive disorder, without previous antidepressant treatment and with indiscriminated use of benzodiazepine who presented an important improvement in the depressive symptoms as well as in quality of life and behaviors after the intake of de Natrum Muriaticum CH30 XX/10, prescribed after a 20 minute interview in a psychiatric Emergency Room. Further evaluations using de HAM-AD17 scale showed sustainable improvement in the depressive symptoms and in quality of life concluding that homeopathy is a valuable option for the treatment of major depressive disorder.

Keywords: Homeopathy, Homeopathic treatment, Major depressive disorder.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E PROPOSIÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA: TRANSTORNO DEPRESSIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3 HOMEOPATIA E SEUS FUNDAMENTOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>5 RELATO DE CASO .....</b>	<b>30</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>

# 1 INTRODUÇÃO E PROPOSIÇÃO

A depressão é um transtorno mental de grande prevalência populacional. Classificado como Transtorno depressivo maior pelo DSM-V e como Episódio depressivo pela CID-10, pode causar impactos negativos significativos na vida dos indivíduos, geralmente representados por limitações e afastamentos do trabalho, do convívio social e até mesmo da própria família. A intensidade dos sintomas depressivos e sua duração parecem apresentar relação diretamente proporcional com o comprometimento de habilidades diversas do indivíduo, além de contribuírem para seu afastamento de suas atividades comunitárias e familiares (FLECK, 2003).

A manifestação psicopatológica principal do episódio depressivo é um relato de humor depressivo ou um afeto depressivo observado através da perda de interesse ou prazer nas atividades que antes lhe eram prazerosas (anedonia) que predomina por no mínimo duas semanas e provoca sofrimento ou limitação significativa no funcionamento social, ocupacional ou em outra área importante da vida do indivíduo. Além do humor depressivo e da incapacidade de desfrutar das atividades habituais, costumam ocorrer mudanças nos chamados “equivalentes orgânicos do afeto”, compostos pelo sono, apetite e libido, sendo as alterações mais comuns aquelas em que todos estão com suas funções diminuídas, com exceção do sono que em alguns casos pode estar aumentado. Também ocorrem mudanças da atividade corporal, com perda de energia (abulia) e aparecimento de pensamentos de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada, podendo ocorrer também indecisão e diminuição na capacidade de concentração. Em casos mais graves há a presença de pensamentos recorrentes de morte, podendo chegar a planos organizados e a efetivação do suicídio (EBERT, 2002).

As causas são descritas como multifatoriais, existindo teorias biológicas, psicológicas e sociológicas para seu desenvolvimento. O episódio depressivo se divide em episódio leve, moderado e grave, sendo que este último pode estar acompanhado por sintomas psicóticos compreendidos como pensamentos delirantes, isto é, crenças em situações irreais devido à perda do juízo de realidade e alterações sensoperceptivas manifestadas por

alucinações, sendo as auditivas as mais comuns. Exames laboratoriais e de imagem costumam ser solicitados para rastrear possíveis causas orgânicas do episódio depressivo, como hipotireoidismo, e para diagnóstico diferencial, mas não para confirmar o diagnóstico do transtorno em si (Lee et al., 2010).

O tratamento psicofarmacológico se baseia no uso de medicamentos antidepressivos, os Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina (ISRS) os mais usados atualmente. Costuma-se associar tratamento psicoterápico que complementa e melhora os resultados obtidos com o uso de antidepressivos (Fleck et al., 2003; Fava & Davidson, 1996; Fekadu et al., 2008).

A homeopatia pode ser empregada como alternativa para o tratamento de pacientes com depressão devido aos bons resultados, baixo custo e praticamente inexistência de efeitos colaterais. Suas pesquisas, porém, devem contemplar uma perspectiva mais ampla que a da avaliação apenas do nível de redução dos sintomas, necessitando instrumentos que levem em consideração a saúde como um processo multifatorial complexo em sua dimensão bio-psico-socio-espíritual. A avaliação da qualidade de vida, ao levar em conta a percepção que o indivíduo tem de suas condições, é um processo subjetivo e que encontra afinidade com a homeopatia na própria concepção da abordagem e na valorização da relação médico-paciente (Rosembaun & Priveri, 2010).

O propósito deste estudo é discutir a importância do emprego da homeopatia no tratamento do Transtorno Depressivo Maior, através de um relato de caso que apresentou importante melhora multifatorial após o uso de *Natrum muriaticum* CH30 XX/10. Diante do fenômeno observado o estudo também discute os mecanismos pelos quais o tratamento homeopático pode ser mais vantajoso do que o alopático, as perspectivas das pesquisas atuais que procuram estabelecer metodologias para descrever seus resultados com maior fidedignidade e o segmento do caso relatado.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA: TRANSTORNO DEPRESSIVO

As depressões são síndromes de etiologia variada, cujo termo designa um sintoma, uma síndrome ou um transtorno mental. Os transtornos depressivos (TD) são condições médicas sérias, potencialmente letais, cujo quadro clínico é dominado por humor patológico e alterações comportamentais, cognitivas e vegetativas. Sem diagnóstico e tratamento adequados causam sofrimento importante e incapacitam para o trabalho e a vida social e familiar (Moreno et al., 2011).

As taxas de TD estimadas em estudos epidemiológicos são elevadas para a população geral, com prevalências-vida de depressão maior entre 15,1% e 16,8% e distímia entre 4,3% e 6,3%, caracterizando-os como problema de saúde pública (Tabela 1) (Kessler et al. 2005). Em nosso meio, a prevalência-vida da depressão foi estimada em 16,8% e da distímia em 4,3% utilizando critérios diagnósticos da 10<sup>a</sup> edição do Código Internacional das Doenças (CID-10) (WHO 1993; APA 2000). Em estudo mais recente com amostra de 5.037 sujeitos da Grande São Paulo determinaram-se taxas de 10,4% de depressão maior em 12 meses, adotando critérios da 4<sup>a</sup> edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (Andrade et al., 2002; Kessler et al., 2010).

**Tabela 1. Prevalência-vida de depressão maior (DM) e distímia em estudos da comunicação (%).**

Estudo	Amostra (n) <sup>o</sup>	Diagnóstico/ entrevistas	DM	Distímia
HUNGRIA	2.953	DSMIIIR/DIS	15,1	4,5
NEMESIS	7.076	DSMIIIR/CIDI	15,4	6,3
EAC-SP	1.464	CID 10/CIDI	16,8	4,3
NCS-R EUA	9.282	DSM IV/CIDI	16,8	4,4

Fonte: Kessler et al. 2005.

A depressão acomete duas vezes mais mulheres do que homens, principalmente na idade fértil, mas essa diferença se reduz em estudos com amostras mais jovens. Entre as hipóteses envolvendo a disparidade postulam-se diferenças hormonais, estressores psicossociais e parto (Leibenluft, 1996). A idade média de início em adultos da população geral variou de 27,2 anos em países em desenvolvimento e 28,9 anos em países desenvolvidos (Tabela 2) (Kessler et al., 2010), e atualmente existe uma tendência a idades de início mais precoces (Kessler et al., 2003; Kessler et al., 2010).

Além da elevada prevalência, as depressões são doenças crônicas, frequentemente persistentes e incapacitantes (Tabela 2). Aproximadamente metade dos deprimidos apresenta um período prodrômico ao primeiro episódio depressivo, caracterizado por sintomas ansiosos e depressivos leves. Se for tratado adequadamente, um episódio leve a moderado dura 4 a 30 semanas e um grave de 6 a 8 meses, sendo que 25% destes se mantêm sintomáticos por mais de 12 meses. Episódios tratados duram 3 meses, mas a suspensão precoce do antidepressivo pode precipitar recaídas. Em torno de 25% dos deprimidos recidiva dentro de 6 meses, 58% em 5 anos e 85% no período de 15 anos seguintes a uma recuperação. Além disso, deprimidos que desenvolveram 2 episódios têm 70% de chance de apresentar um novo episódio e estes passam a ter risco de 90% de nova depressão. À medida que a doença progride, o intervalo entre os episódios se encurta e a gravidade aumenta. Ao longo de 20 anos, as recorrências depressivas acontecem de 5 a 6 vezes (Kessler et al., 2003; Kessler et al., 2010).

Uma parcela significativa crônica, alternando sintomas de gravidade e duração variáveis (Tabela 2). Um terço permanece parcial ou totalmente sintomático, os demais se recuperam e 5 a 10% desenvolvem mania ou estado misto. Caso sejam corretamente diagnosticados e adequadamente tratados, o prognóstico dos TD é bom e as chances de recuperação são maiores. O tratamento é fundamental para a prevenção do suicídio, estimado em 15% dos pacientes (Chachamovich et al., 2009).

**Tabela 2. Características epidemiológicas e clínicas de depressão maior nos 12 últimos meses em 89.750 adultos da população geral de 18 países\*, desenvolvidos e em desenvolvimento. Estudos do World Mental Health Survey.**

<b>Características</b>	<b>Países Desenvolvidos</b>	<b>Países em desenvolvimento</b>
Prevalência em 12 meses (%)	5,5	5,9
Idade média de início (anos)	28,9	27,2
Número de edpisódios na vida (n)	14,8	10,9
<b>Persistência e gravidade em 12 meses</b>		
Duração média em 12 meses	27,0	26,0
Clinicamente grave (%)	33,9	41,8
Comprometimento ocupacional grave (%)	65,8	49,3
Media de dias incapacitado (n)	48,3	25,3

Fonte: Kessler et al., 2010; 18 países\*, 10 classificados pelo Banco Mundial como desenvolvidos (n=52.485): Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos; 8 em desenvolvimento (n=37.265): Brasil, Colômbia, Índia, Líbano, México, África do Sul, Ucrânia e Shenzhen, na China.

Postula-se que as depressões resultariam da complexa interação de processos biológicos (resposta ao estresse, fatores neurotróficos), psicológicos (personalidade e relacionamentos pessoais), ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos) e genéticos. Considerando as depressões como sendo heterogêneas, diferentes etiologias estariam embasando o processo e a combinação de múltiplos fatores desencadearia a doença em pacientes biologicamente vulneráveis. Durante 50 anos prevaleceu a teoria monoaminérgica, segundo a qual a depressão era causada pela falta ou desequilíbrio dos neurotransmissores noradrenalina, serotonina e dopamina no

sistema límbico, que os antidepressivos corrigiam. Entretanto havia uma latência de 2 semanas para a ação terapêutica e o efeito sobre os neurotransmissores ocorria agudamente. Avanços na biologia molecular possibilitaram identificar sistemas de mensageiros secundários (Adenil-ciclase, por exemplo) e peptídeos neuroativos em uma cascata de alterações cerebrais após administração crônica dos antidepressivos, envolvidos nos processos de prazer, recompensa e alteração de ritmos circadianos (Lee et al. 2010).

Além disso, ocorrem desregulação dos eixos endócrinos Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), tireoidiano e ligado ao hormônio de crescimento, anormalidades do sono, desajuste de ritmos circadianos, anormalidades do sistema imunológico e alterações da morfofisiologia cerebral. Evidências clínicas e laboratoriais sugerem que a depressão esteja associada a uma hiperativação do eixo HHA, o que tornaria o indivíduo mais sensível aos eventos vitais. A hiperatividade do eixo HHA foi evidenciada em torno da metade dos deprimidos e pode ser causada pelo estresse crônico que reduz a inibição do eixo e se correlacionaria com as anormalidades funcionais ou apoptose dos neurônios do hipocampo (Lee et al. 2010).

O estresse crônico também reduz a expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro, em inglês BDNF, no hipocampo. Entre outros, o BDNF estimula a plasticidade sináptica em várias regiões do cérebro. O tratamento crônico com antidepressivos aumenta níveis de BDNF e eleva a resistência ao estresse em animais. Estudos de neuroimagem cerebral demonstram redução do volume hipocampal em deprimidos, associada à região responsável pela neurogênese em adultos (restrita à zona subventricular e subgranular do hipocampo), reforçando sua importância no início da depressão e no seu tratamento. O uso crônico de antidepressivos aumenta a neurogênese e estimula a sobrevivência de novos neurônios (Lee et al. 2010).

Há muito se correlacionaram alterações dos ritmos circadianos com transtornos do humor. Por exemplo, períodos insuficientes de luz poderiam ocasionar depressão sazonal (Boyce & Barribal, 2010). Além disso, a regulação anormal do ciclo sono/vigília, temperatura corporal, pressão arterial e outras funções endócrinas controladas pelo relógio podem ser sintomas depressivos proeminentes (Boyce & Barribal, 2010). Existem ainda associações entre as monoaminas e o ritmo circadiano: a secreção de neurotransmissores estão sob

influência de ritmos circadianos, por exemplo, conferindo ritmicidade ao transportador de dopamina e à monoamino-oxidase A. Isso explicaria porque a regulação dos ritmos biológicos beneficia o deprimido (Lee et al. 2010).

A contribuição de múltiplos fatores genéticos na manifestação da depressão foi estimada em 40% a 50%, sobrando espaço para a interferência de fatores socioambientais. Fatores ambientais são filtrados por meio da atividade de genes que conferem diferentes suscetibilidades à depressão entre indivíduos. Os mais procurados pelos geneticistas são genes que atuam na resposta individual ao estresse, como polimorfismos no gene transportador de serotonina, encontrado em humanos (Lee et al. 2010).

Dentre os fatores de risco ambientais, destacam-se o uso de substâncias psicoativas (álcool, drogas, inibidores do apetite, antidepressivos), alteração dos ritmos biológicos (privação de sono) e eventos adversos precoces, como perda parental, percepção de falta de carinho dos pais, baixo suporte social e abuso físico e/ou sexual na infância. Sabe-se que eventos na infância estão associados a alterações persistentes nos sistemas de resposta a estresse, envolvendo principalmente o fator de liberação de corticotropina e o eixo HHA, elevando a vulnerabilidade aos transtornos afetivos e ansiosos na idade adulta. Contudo, deve-se ter em mente que psicopatologia dos transtornos do humor graves compromete cuidados maternos elevando o estresse na prole, por exemplo, por abuso físico ou negligência (Moreno et al., 2011).

Considerando a depressão como um transtorno depressivo, chamada Episódio Depressivo na CID 10 e Depressão Maior no DSM-V e, uma série de sintomas devem estar presentes para a realização do diagnóstico. Dentre as manifestações clínicas, é importante identificar 3 aspectos nucleares, que independem da gravidade da depressão: humor depressivo e/ou falta de interesse e motivação com prejuízo da capacidade hedônica, queda do ânimo ou fadiga devido à redução dos níveis de energia e lentificação psicomotora (Moreno et al., 2007).

O humor é depressivo ou irritável, com anedonia (prejuízo da capacidade de sentir alegria e prazer) e perda da reatividade a estímulos positivos, podendo haver predomínio de apatia no lugar de humor sofrido. Os afetos são de cunho negativo, representados por sentimentos de baixa

autoestima, culpa, desesperança, burrice, tristeza, apatia, solidão, ansiedade, tédio, vazio e etc. Pode predominar apatia e indiferença a tudo ou sofrimento com angústia e desespero. A depressão compromete sobremaneira as funções cognitivas. O pensamento costuma se lentificar, dificultado o raciocínio, a capacidade de concentração (diminui a atenção) e conseqüentemente a memória (fixação e evocação de acontecimentos). São comuns a latência de memória e a sensação de “brancos” no raciocínio. As ideias são enviesadas para o polo negativo, congruentes com o humor depressivo, por exemplo, de culpa, pessimismo, falta de sentido, ruína, fracasso, desesperança, menosvalia, doença, morte e suicídio. Tais ideias se caracterizam por um constante ir e vir durante o dia, as chamadas rumações depressivas: preocupações normais viram tormentos e criam-se problemas na mente (Moreno et al., 2011).

A psicomotricidade fica lentificada e há redução de energia mental e física. As queixas são de fadigabilidade, preguiça, sono (sensação de torpor), modorra e necessidade de mais esforço para realizar atividades. O oposto deste estado, inquietação ou agitação psicomotoras, ocorrem na depressão com sintomas ansiosos ou na depressão bipolar. Independente da redução de energia, prejuízos na volição ficam evidentes por meio da diminuição da vontade, do ânimo e da falta de iniciativa para realizar atividades habituais (Akiskal & Benazzi, 2005; Goodwin & Jameson, 2007).

O deprimido costuma manter a crítica acerca da doença, mas distorce a realidade para o polo negativo. Eventos do passado, do presente e do futuro são interpretados de modo pessimista e eventos positivos são desvalorizados. Na depressão psicótica, as ideias depressivas são amplificadas ao ponto de se tornarem delirantes (delírios de pecado, pobreza, culpa, doença e etc.), quando deixam de ser passíveis de argumentação lógica. Neste caso são frequentes as alterações da sensopercepção, como alucinações auditivas e visuais (Moreno et al., 2011).

Verdadeiras depressões se associam a alterações nos ritmos biológicos e a sintomas vegetativos. Ao longo do dia o humor se altera obedecendo a uma variação circadiana, com pioras matutinas seguidas de melhora após algumas horas, ou pioras vespertinas. Alterações de apetite de peso podem ser para mais ou para menos. A insônia se caracteriza pela falta de sono

reparador, independente de ser inicial, intermediária, terminal (despertar precoce, duas horas antes do habitual) ou hipersônia. Aumento de apetite e hipersônia ocorrem na depressão atípica. Frequentemente surgem sintomas físicos ou dolorosos, além de diminuição ou perda do desejo sexual, disfunção erétil ou ejaculação rápida (Boyce & Barribal, 2010).

As depressões são condições clínicas heterogêneas cuja apresentação clínica e curso são variáveis. Ainda que subsindrômicos, se os sintomas depressivos forem crônicos podem causar morbidade e prejuízo funcional significativo (Kessler et al., 2010).

Os subtipos depressivos são classificados de acordo com a sintomatologia (melancólica ou somática, atípica, psicótica e distímia), a polaridade (unipolar ou bipolar), o curso (recorrente, crônico), fatores desencadeantes (sazonal, puerperal) e gravidade (leve, moderada ou grave). Os principais são descritos tanto na CID-10 (quadro 1) como no DSM-V (Quadro 2), como a depressão maior e a distímia. Ambos os sistemas diagnósticos definem a gravidade como segue: depressão leve não incapacita, apesar de levar a sofrimento importante; depressão moderada afeta parcialmente o desempenho profissional ou doméstico e a grave conduz à incapacitação social e/ou profissional (WHO 1993; APA 2000).

Os prejuízos funcionais são devidos aos sintomas que o indivíduo apresenta, como dores, podendo chegar a mutismo e catatonia nos casos mais graves (APA, 2013).

Várias condições clínicas e medicações foram associadas ao surgimento de quadros depressivos, mas nem todas vieram a ser comprovadas em estudos controlados. Entre as medicações associadas a sintomas depressivos podemos citar a reserpina e metildopa (anti-hipertensivos), corticoides, anti-inflamatórios não hormonais, vigabatrina e topiramato (antiepilépticos), uso prolongado de benzodiazepínicos e barbitúricos, intoxicação por depressores do SNC (álcool) e abstinência de psicoestimulantes (cocaína) e opiáceos. Na suspeita de depressão associada a alguma medicação, é importante notar se há relação cronológica entre introdução e aumento de dose do fármaco e início dos sintomas depressivos (Moreno et al., 2007).

Nem sempre é fácil diferenciar um estado de humor patológico de reações afetivas normais, como a reação de luto a uma perda. Deve-se

investigar a facilidade com que um estado emocional intenso é desencadeado (desproporcional ao estímulo), se ele persiste de modo autônomo, por semanas, meses e até anos, e o grau de comprometimento funcional associado a esta condição, que pode afetar todas as esferas da vida do indivíduo. (Moreno et al., 2011).

O principal diagnóstico diferencial é com a depressão bipolar, que cursa com depressões recorrentes, mais graves, crônicas e de difícil tratamento (Goodwin & Jameson, 2007; Smith et al., 2009).

<b>Quadro 1. Classificação dos transtornos do humor (afetivos) depressivos, segundo a CID-10 (F30 – F39).</b>	
F32	Episódio depressivo
F32.0	Episódio depressivo leve
.00	Sem sintomas somáticos
.01	Com sintomas somáticos
F32.1	Episódio depressivo moderado
.10	Sem sintomas somáticos
.11	Com sintomas somáticos
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F32.8	Outros episódios depressivos
F32.9	Episódio depressivo não especificado
F33	Transtorno depressivo recorrente
F33.0	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve
.00	Sem sintomas somáticos
.01	Com sintomas somáticos
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas
F33.3	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas
F33.8	Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão
F33.9	Outros transtornos depressivos recorrentes, não especificado
F34	Transtornos persistentes do humor (afetivos)
F34.0	Ciclotimia
F34.1	Distímia
F34.8	Outros transtornos persistentes do humor (afetivos)
F34.9	Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado
F38.0	Outros transtornos únicos do humor (afetivos)
.00	Episódio afetivo misto
F38.1	Outros transtornos recorrentes do humor (afetivos)
.10	Transtorno depressivo breve recorrente
F38.8	Outros transtornos do humor (afetivos) especificados
F39	Transtorno do humor (afetivo) não especificado

**Fonte:** Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e comportamento da CID-10. 10<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: *Artes Médicas*, 1993.

**Quadro 2. Classificação dos transtornos do humor (afetivos) depressivos, segundo o DSM-V.**

Gravidade e Curso	Episódio único	Episódio recorrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Com sintomas psicóticos	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
Em remissão parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
Em remissão total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Não especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

**Fonte:** American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA, 2013.

O planejamento terapêutico é baseado na evolução clínica do transtorno depressivo e foi didaticamente dividido por (Kupfer, 1991) em 3 fases: aguda, continuação e manutenção.

Define-se “resposta” como a melhora clínica evidenciada por redução maior ou igual a 50% de pontuação em escalas de avaliação padronizadas, como a Escala de depressão de Hamilton (HAM-D) ou Escala de depressão de Montgomery Asberg (MADRS) (Keller, 2003).

A resposta terapêutica é classificada de acordo com critérios temporais em remissão e recuperação. Remissão completa dos sintomas é considerada quando a pontuação na Escala de Hamilton para Depressão com 17 itens é menor ou igual a 7 ( $HAMD_{17} \leq 7$ ) por mais de 2 semanas e menos de 6 meses. Já a recuperação indica a apresentação assintomática ( $HAMD_{17} \leq 7$ ) por mais de 6 meses (Keller, 2003).

É frequente o tratamento medicamentoso não ser mantido por tempo suficiente e em doses adequadas, contribuindo para a falência em se atingir a remissão. Além disso, a completa recuperação funcional do indivíduo pode levar mais tempo e depender de outras abordagens, além da psicofarmacológica (Davidson, 2010).

Durante o seguimento, outros dois eventos relevantes para o acompanhamento da resposta terapêutica são as recaídas e as recorrências. Por recaída se entende retorno ao episódio depressivo (de forma plena ou parcialmente) durante a resposta terapêutica, ou mesmo após a remissão e antes da recuperação. Recorrência é o aparecimento de episódio depressivo

após o período de recuperação, na fase de manutenção do tratamento. Considerando os aspectos de resposta e evolução descritos anteriormente, planeja-se a estratégia de intervenção de acordo com as fases propostas por (Kupfer, 1991).

A Associação Médica Brasileira recomenda em suas diretrizes para o tratamento da depressão o uso de medicações antidepressivas, sendo que 50% a 60% respondem ao tratamento. Nos casos em que não ocorre resposta a recomendação é a revisão do caso, ajuste da dose do antidepressivo, associação com outro antidepressivo da mesma classe ou classe diferente ou associação com outro medicamento como lítio e triiodotironina (Fleck et al., 2003; Fava & Davidson, 1996; Fekaku et al., 2008).

### 3 HOMEOPATIA E SEUS FUNDAMENTOS

A Homeopatia é um sistema científico-filosófico bem determinado, com metodologia de pesquisa em desenvolvimento e que como recurso terapêutico, age estimulando a reação própria do organismo para regularização dos diversos processos homeostáticos. Foi proposta no final do séc. XVIII pelo médico alemão Samuel Hahnemann em alternativa aos tratamentos alopáticos e enantiopáticos da época. Após anos de pesquisas e experimentações com drogas, em 1796 foi realizada a primeira publicação a respeito das drogas com propriedades medicinais, marcando assim o início da homeopatia. Em 1805, Hahnemann publicou um volume a respeito da Medicina da Experiência tentando mostrar assim a atuação os medicamentos homeopáticos (Kossak-Romanach, 2003).

Em linhas gerais, a Homeopatia pode ser considerada como um modelo científico que estabelece a relação entre as diversas partes e o todo de modo simétrico, a fim de estabelecer uma compreensão dinâmica mediante uma visão holística. Diante da junção de mente e corpo na visão globalizada do ser humano, a doença seria uma perspectiva que ocasionaria um desequilíbrio funcional no organismo, expressando-se no plano emocional, mental e físico (Pustiglione, 2010).

Para a homeopatia há uma complementação entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico terapêutico no âmbito do espírito humano, devido à significação idêntica. A interpretação terapêutica comumente realizada complementa e determina o julgamento clínico, possibilitando uma intervenção eficaz, pela prescrição de medicamentos úteis, diante das diversas naturezas das perturbações observadas (Hahnemann, 2011).

A procura pelo tratamento homeopático se deve geralmente à busca por uma abordagem holística do ser humano, uma relação mais empática com o médico e um tratamento voltado para a descoberta da causa e cura das doenças, com menor sofrimento do indivíduo e menos danos colaterais à sua saúde neste processo (Kossak-Romanach, 2003).

Em 1810 foi publicado o “Organon da Arte Racional”, posteriormente chamado “Organon da Arte de Curar”, onde foram descritos os fundamentos e

aspectos técnicos da filosofia homeopática (Kossak-Romanach, 2003).

Instituiu por princípios básicos:

- 1) Lei dos semelhantes;
- 2) Experimentação em homem sadio;
- 3) Doses mínimas e dinamizadas;
- 4) Medicamento único.

A lei dos semelhantes define que toda substância capaz de provocar sintomas no homem sadio, tem o poder de curar os mesmos sintomas no indivíduo enfermo (Hahnemann, 2011).

A Experimentação em homem sadio é o princípio segundo o qual as experiências com medicamentos devem ser realizadas em humanos sãos, para que possam ser usados em humanos doentes. Em cada uma dessas experimentações, os sintomas mentais e físicos e sensações são registrados, analisados e classificados, formando o que se chama de patogenesia do medicamento, que pode provir de qualquer reino; animal, vegetal ou mineral. É a esse conjunto de sintomas que o homeopata recorre, a fim de encontrar para cada caso particular o remédio mais semelhante e mais adequado para cobrir a totalidade sintomática do mesmo: o medicamento *simillimum* (Hahnemann, 2011).

Medicamento Semelhante ou *Simillimum* de determinado doente é aquele que tem capacidade de desenvolver na experimentação em indivíduos sadios, um conjunto de fenômenos que se assemelham aqueles apresentados pelo indivíduo que necessita de tratamento (Vijnovsky, 2012). Em outras palavras, representa a réplica sintomática do estado mórbido (*Organon*, parágrafo 154).

A Matéria Médica é um registro de sintomas, o conjunto das patogenesias que cataloga de maneira completa as manifestações obtidas através da experimentação das substâncias em indivíduos aparentemente sadios e sensíveis (Metzner, 2006).

A elaboração da Matéria Médica Homeopática se depara com restrições de natureza humana, ética e legal. Em compensação, muitas situações evidenciam a influência de diferentes substâncias sobre o organismo sadio, possibilitando complementação das patogenesias, propriamente ditas, com

dados lesionais impossíveis de serem obtidos experimentalmente (Vijnovsky, 2012).

As Doses mínimas e dinamizadas são obtidas através das diluições associadas à succussões (liberação de energia curativa, maior potencial curativo com menos agravações). A sigla CH significa Centesimal Hamanniana e se refere à diluição de uma parte da substância ativa para 100 partes do diluente (Barollo, 2007).

Segundo (Hahnemann, 1810), em nenhum caso é permissível administrar-se mais de um medicamento por vez. Trata-se da lei do medicamento único, que deve conter "...em grande número e semelhança os sintomas mais peculiares (característicos), incomuns, singulares e mais evidentes presentes na doença a ser curada". Para tanto, a consulta homeopática se baseia em uma semiologia que objetiva estimular o livre discurso do indivíduo para que tais sintomas possam ser colhidos com maior confiabilidade. Após tal processo, que se soma a detalhes que as pessoas que rodeiam o indivíduo possam relatar e às observações clínicas do próprio entrevistador é possível qualificar a totalidade dos sintomas relatados e retirar dessa massa de queixas aqueles que são realmente raros, estranhos e peculiares. Assim é possível formar a chamada Síndrome Mínima de Valor Máximo (SmVM) com a seleção de sintomas que serão usados no processo de repertorização, isto é, o método através do qual o homeopata transforma em linguagem repertorial (rubricas) e localiza no repertório de sintomas, todos os sintomas listados na SmVM.

Os repertórios homeopáticos são índices de sintomas coletados a partir de registros toxicológicos, experimentações em indivíduos sadios e curas na prática clínica. Estes registros são reproduzidos e arranjados de forma prática, auxiliando-nos a encontrar um sintoma requerido conjuntamente ao medicamento ou grupo deles, os quais são citados em diferentes graus com o objetivo final de facilitar a rápida seleção do medicamento *similimum*. Assim, como auxílio dessa ferramenta que se apresenta como repertório de sintomas podemos estabelecer de forma mais precisa e confiável a coincidência entre os sintomas mais distintivos do caso e do medicamento homeopático a ser escolhido.

No desenvolvimento da doutrina homeopática, Samuel Hahnemann, no

“Ensaio sobre um novo princípio para descobrir as virtudes curativas das substâncias medicamentosas”, usou de analogia e enumeração de centenas de evidências colhidas da literatura médica para inferir a “verdade ou lei universal”: *“Uma substância é capaz de curar sintomas em uma pessoa doente, se esta causar sintomas semelhantes em pessoas saudáveis”* (Teixeira MZ, 2009).

Hahnemann esboça uma explicação fisiológica para esta “lei natural de cura”, separando o fenômeno encontrado nas experimentações de diversas substâncias medicamentosas em seres humanos saudáveis em duas classes: “efeito primário dos medicamentos” e “efeito secundário ou reação vital do organismo” (*Organon*, parágrafos 63-65). Dessa forma ele sistematiza a “ação universal dos medicamentos” (Teixeira, 2009).

*“Toda força que atua sobre a vitalidade, todo medicamento, afeta a força vital em maior ou menor grau, causando certa alteração no estado de saúde do homem, por um período de tempo maior ou menor. A isso se dá o nome de ação primária. [...] A esta ação a força vital procura opor sua própria energia. Essa ação de resistência é uma propriedade da força vital para preservar a vida e recebe o nome de ação secundária ou reação”* (*Organon*, parágrafo 63).

Influenciado pelo pensamento vitalista da sua época, Hahnemann utilizou o termo “reação da força vital” para explicar o fenômeno automático da auto regulação orgânica, batizado em 1929 pelo fisiologista WB Cannon de “homeostase”; “a habilidade ou tendência de um organismo ou célula de manter seu equilíbrio interno através de ajustes nos seus processos fisiológicos”. Tais processos fisiológicos ou mecanismos homeostáticos estão presentes em todos os níveis de organização biológica, desde o celular até às funções psíquicas e emocionais. Hahnemann estipulou o uso da “totalidade de sintomas característicos” para escolher o medicamento ideal e assim estimular simultaneamente diversos níveis de organização biológica (Teixeira, 2006).

Em estudos sobre efeitos rebote e reações paradoxais do organismo, descritos pela farmacologia e fisiologia modernas e que correspondem ao “efeito secundário” ou “reação vital” do modelo homeopático, Teixeira (2006) encontrou validação científica desse fenômeno com muitos medicamentos modernos de diversas classes e geralmente após a interrupção ou

descontinuação dos tratamentos. O fenômeno foi encontrado em medicamentos usados no tratamento de angina pectoris, em anti-hipertensivos, antiarrítmicos, anticoagulantes, ansiolíticos, sedativos hipnóticos, estimulantes do sistema nervoso central, antidepressivos e antipsicóticos. Foi possível observar uma reação do organismo que tenta manter a homeostase com sintomas opostos aos esperados na primeira indicação terapêutica, posteriormente agravando a condição inicial.

Segundo esses estudos, a ocorrência do fenômeno de rebote antidepressivo seguiu premissas semelhantes aos aspectos do funcionamento do “efeito secundário” ou “reação vital”: (1) ocorreu em uma proporção menor de pessoas (suscetíveis ou com constituições idiossincráticas); (2) não dependeu da droga, duração do tratamento, tipo de sintomas ou gravidade da doença; (3) apareceu após o efeito primário da droga e após a descontinuação ou alteração da dose; (4) provocou um estado orgânico (sintomas) oposto e mais intenso e/ou durador do que a ação primária da droga; (5) sua magnitude foi proporcional à intensidade da ação primária da substância, mais marcadamente com as drogas mais efetivas para suprimir os sintomas iniciais da doença. (*Organon*, parágrafos 59, 64, 69) (Teixeira, 2009).

Dessa forma, Teixeira (2009) hipotetiza que o tratamento enantiopático de sintomas depressivos com antidepressivos de segunda geração, quando descontinuado ou quando tem sua dose alterada, provoca uma piora significativa desses sintomas que foram inicialmente suprimidos, por exemplo ideação suicida, comportamentos suicidas e tentativas de suicídio.

Apesar desse fenômeno afetar uma porcentagem menor de indivíduos (constituição idiossincrática), efeitos rebote fatais assumem importância epidêmica quando levamos em conta o nível de consumo de medicamentos pela população. Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs) causam aproximadamente 5 episódios de suicídio por 1000 adultos jovens a cada ano de uso (16.500 episódios de ideação ou comportamento suicida por ano somente nos Estados Unidos da América do Norte) (Teixeira, 2009).

Na atualidade a homeopatia ainda enfrenta opositores no meio acadêmico que afirmam que sua eficácia não foi atestada por instrumentos científicos confiáveis. A revisão sistemática de Pilkington et al. (2005) encontrou apenas alguns estudos sem grupo controle ou randomizados com

grupo controle que avaliaram a eficácia da homeopatia no tratamento da Depressão Maior. Ao mesmo tempo, Katz et al. (2005), reportaram vários problemas no recrutamento de uma quantidade adequada de pacientes provindos da atenção básica para que fosse realizado um estudo com viabilidade científica.

Os achados desses estudos realçam questões chave que dificultam o desenvolvimento da pesquisa homeopática em saúde mental. Estas incluem: (1) falta de uma adequada base de estudos observacionais bem feitos sobre o uso de homeopatia nas entidades clínicas, com critérios diagnósticos bem definidos para guiar a estruturação de estudos randomizados placebo controlados (ERPC); (2) dificuldade em desenvolver redes bem organizadas de homeopatas que possam avaliar estudos com amostras maiores de indivíduos; (3) falta de pesquisadores homeopatas; (4) a falta de recursos para financiar estudos de maior qualidade em um ou múltiplos lugares, ou até em escala global; (5) os desafios metodológicos para a homeopatia, como um sistema de cuidado único dentro das terapias alternativas e complementares (Aickin M, 2003; Walach H & Jonas WB, 2002); (6) a existência de dados que sugerem que a homeopatia não seja o tratamento de escolha para todos os indivíduos com depressão, analisados sob o ponto de vista de preferência dos pacientes, aderência ao tratamento e capacidade de responder a este (Caspi & Bell, 2004).

Com relação à preferência dos pacientes, (Honda & Jacobson, 2005), através de uma análise de 3000 entrevistados de uma comunidade norte americana em uma pesquisa de desenvolvimento de meia-idade, evidenciaram que usuários de TAC (Terapias Alternativas e Complementares) são diferentes de não usuários em pelo menos um dos traços primários da personalidade, a abertura para novas experiências, tendo sido esse traço preditor para usuários de TAC.

Em outros estudos, o traço de personalidade genético de absorção, que se correlaciona com o traço de abertura para novas experiências, previu não apenas o número de modalidades de TAC usadas em dor crônica e pacientes com câncer, mas também as decisões de pacientes com fibromialgia de permanecer no tratamento original com placebo ou homeopatia quando lhes foi dada a opção de trocar de grupo em um estudo duplo cego após 4 meses de

participação neste. Apesar desses indivíduos compartilharem altos escores nas características do traço de absorção, os pacientes que escolheram permanecer com placebo não tiveram melhora clínica tão evidente quando os que escolheram permanecer com homeopatia (Owens et al., 1999; Bell *et al.*, 2004).

Os obstáculos citados ao desenvolvimento da pesquisa homeopática em saúde mental se combinam com os costumeiros problemas encontrados no estudo de terapias para o tratamento de depressão, na perspectiva convencional psiquiátrica e psicológica. Como exemplos podem ser citados a baixa aderência dos pacientes ao tratamento e o efeito placebo, também encontrado em taxas de pelo menos 30 a 50% até 65 a 80% em estudos controlados sobre tratamentos alopáticos para depressão e que, dessa forma, indicam haver a necessidade de estudos com amostras muito maiores de indivíduos para demonstrar vantagem estatística para qualquer tratamento em relação ao placebo (Katz et al., 2005).

Ao contrário de muitas doenças graves nas quais é possível identificar mudanças objetivas em exames laboratoriais, a definição e avaliação da resposta terapêutica no Transtorno Depressivo Maior se apoiam em relatos subjetivos de sintomas e observações comportamentais, e conseqüentemente está propenso a erro humano. Porém, a maioria dos estudos de homeopatia aceitaram implicitamente a suposição de ERPC de medicamentos convencionais de que a avaliação correta se foca somente no resultado do alívio dos sintomas depressivos (Bell, 2005)

Em contraste, a filosofia e prática homeopática sugerem que o diagnóstico e terapêutica sejam direcionados para o paciente como um todo e não para sintomas específicos. Dessa forma, Katz et al. (2005) sugere que os dados analisados sejam focados em resultados pessoais dos pacientes ao invés de médias de grupos. Aickin (2004) também propôs a aplicação de testes separados com o intuito de evitar erros estatísticos nas pequenas amostras de indivíduos nas primeiras fases dos estudos. Já Bell et al (2002) e Bell et al (2003) sugeriram que medidas globais de saúde e bem-estar, assim como resultados multidimensionais bio-psico-socio-espirituais, deveriam formar a base para a avaliação da eficácia e efetividade da homeopatia nos estudos sobre depressão, ao invés de avaliações específicas para manifestações

psicopatológicas do humor. Para isso levaram em consideração uma perspectiva de cura global focada no paciente.

Outra diferença individual relevante para a capacidade de responder ao tratamento são as funções executivas. Estas incluem a habilidade de resolver problemas complexos, incluindo a flexibilidade para mudar respostas, para inibir comportamentos habituais e redirecionar atenção e de estabelecer metas, planos e decisões, todas reguladas pelo córtex pré-frontal Lezak (1995). Estudos prévios indicam que baixos rendimentos das funções executivas preveem pior resposta ao uso de antidepressivos em pacientes com transtorno depressivo, pior resposta a tratamentos multimodais para pequenas lesões traumáticas cerebrais (nas quais evidências de um estudo piloto sugerem que a homeopatia tem efeito benéfico) e para a reabilitação de alcoólatras (Dunkin JJ, *et al.*, 2002).

Apesar da existência de obstáculos que levam ao reconhecimento de que as pesquisas com homeopatia no campo da saúde mental necessitam de adaptações, estas vem sendo realizadas e os resultados promissores tem se tornado evidentes. Adler et al. (2007) trataram 15 pacientes com transtorno depressivo maior, selecionados dos prontuários entre os casos novos atendidos entre março e dezembro de 2006 na rede pública (SUS) da cidade de Jundiaí-SP. Após uma média de 7 semanas de tratamento com homeopatia individualizada e evolução avaliada pela escala MADRS, foi encontrada resposta terapêutica (redução maior que 50% dos escores de depressão) em 14 pacientes (93%) e um paciente foi encaminhado para o tratamento convencional devido a piora clínica. O escore médio ( $\pm dp$ ) na escala MADRS diminuiu de 24,9 ( $\pm 5,8$ ) a 9,7 ( $\pm 8,2$ ,  $p < ,0001$ ) na segunda avaliação e se manteve no decorrer da terceira e quarta consultas. Concluíram que a homeopatia pode ser uma alternativa no tratamento para a depressão, mesmo sendo necessário estudos randomizados e controlados para testar a eficácia e segurança do tratamento homeopático dos transtornos depressivos.

Adler et al., (2011) investigaram a não inferioridade e tolerabilidade de medicamentos homeopáticos individualizados na escala LM no tratamento de depressão aguda, usando fluoxetina como controle. Foram selecionados 91 pacientes com transtorno depressivo moderado a grave, referenciados por médicos da rede de atenção básica do SUS para o serviço de Homeopatia e

Depressão da Faculdade de Medicina de Jundiaí, para o estudo prospectivo, randomizado, duplo cego de 08 semanas. Após avaliação da eficácia através da escala MADRS e da tolerabilidade pela escala de efeitos colaterais da Sociedade Escandinava de Psicofarmacologia, evidenciaram que o não houve diferenças significativas entre as porcentagens de resposta e remissão nos dois grupos, que foi de 70% ou maior para os pacientes que já estavam medicados com antidepressivos na rede de atenção básica, favorecendo a hipótese de que “a consulta homeopática é em si uma intervenção terapêutica que trabalha independentemente ou sinergicamente ao medicamento prescrito”. Também não houve diferenças significantes na escala de efeitos colaterais, porém houve maior porcentagem de queixas de efeitos colaterais nos pacientes tratados com fluoxetina e maior tendência à interrupção do tratamento neste grupo.

Devido ao levantamento da hipótese da ação terapêutica da consulta homeopática no estudo anterior, Adler et al. (2011), propuseram novo estudo com o objetivo de avaliar os dois componentes do tratamento homeopático individualizado para depressão aguda, para dessa forma investigar o efeito específico de medicamentos individualizados na escala LM versus placebo e investigar o efeito de diferentes abordagens para a tomada de caso na consulta homeopática. Serão incluídos 228 pacientes diagnosticados com transtorno depressivo em episódio moderado por um psiquiatra para estudo randomizado, parcialmente duplo cego, placebo controlado de 4 braços e de 6 semanas de duração. O objetivo primário será o escore total de 17 itens na escala de depressão de Hamilton (HAM-D<sub>17</sub>) após 6 semanas. Objetivos secundários incluem escore total na escala MADRS após 2 e 4 semanas, porcentagens de resposta e remissão, escore total do Inventário de Depressão de Beck e qualidade de vida e segurança em 2, 4 e 6 semanas. Trata-se de um estudo experimental com foco na eficácia e não um pragmático com foco na efetividade. Será uma tentativa de lidar com os desafios da pesquisa em homeopatia.

Natrum muriaticum: Segundo a matéria médica de (Lathoud JA 2010), terceira edição, *Natrum muriaticum*, ou Cloreto de Sódio (NaCl) é o vulgar sal de cozinha. Encontrado abundantemente na natureza, em forma de rocha, sal

de gema ou diluído na água do mar, está presente em nossa alimentação diária e torna-se um medicamento muito poderoso quando suas propriedades são liberadas pelo processo de dinamização. Suas três primeiras dinamizações são realizadas por trituração e as seguintes por diluições hahnemannianas.

*Natrum muriaticum* é parte integrante do organismo humano, com responsabilidade de manter o equilíbrio osmótico dos líquidos orgânicos. Regula a água do citoplasma, do núcleo celular e a assimilação ou eliminação de outros sais. Dessa forma, afeta profundamente a nutrição geral do indivíduo, com a sua desregulação podendo levar à desnutrição, emaciação, anemia, clorose e escorbuto.

A alteração do equilíbrio molecular de *Natrum muriaticum* no organismo explica a ação do medicamento nas mucosas, sobre as quais determina uma desidratação importante e característica. Pode provocar um quadro catarral secundário caracterizado pelo fluxo excessivo de muco de constituição normal.

As glândulas têm sua capacidade secretória aumentada nas alterações do equilíbrio do NaCl, sobretudo as glândulas sebáceas. A pele torna-se oleosa, as infecções se instalam e a acne se forma por todo o corpo, principalmente na face, asas do nariz, na linha de implantação do cabelo e na frente, onde estas glândulas são mais numerosas.

O sistema nervoso não escapa das alterações provocadas pelas alterações de *Natrum muriaticum* no organismo. Os sintomas mentais se caracterizam por depressão física e mental, com tristeza e melancolia, sensação importante de desespero, medo do futuro e de tudo. Há grande tendência a chorar, que se agrava quando pessoas tentam consolá-lo, o que agrava também a tristeza e melancolia. Deprimido, moroso, taciturno, hipocondríaco, apático e indiferente, procura solidão para fugir do consolo e poder pensar sem que nada o tire de sua tristeza. Está indicado em doenças crônicas com depressão mental, tristeza, desencorajamento, fraqueza intelectual, falta de atenção, distração, dificuldade de pensar e perda de memória. Pode apresentar também irritabilidade extrema, facilmente se encolerizando e com intolerância à contrariação.

## 4 METODOLOGIA

Relato de uma paciente portadora de transtorno depressivo grave F32.2, sem tratamento com medicamentos antidepressivos e tratamento psicoterápico, mas fazendo uso abusivo de Diazepam (Benzodiazepínico), atendida em um pronto-socorro (PS) de psiquiatria, sem tempo adequado para consulta homeopática e sem disponibilidade de repertório homeopático.

Foi feita entrevista levando em consideração os sintomas depressivos, o sintoma biopatográfico e a maneira pessoal com que a paciente vivenciou o sofrimento a tal sintoma, bem como os pensamentos conflitantes com maior presença e os sentimentos que estes lhe geravam.

Foi administrado *Natrum muriaticum* CH30 XX/10 e solicitado que retornasse após 15 dias da ingesta do medicamento. Não foi levando em consideração a probabilidade de agravação do quadro pelo fato do autor do relato ainda estar em fase inicial do curso de especialização em homeopatia e ainda desconhecer a sua importância. Foi orientado que não fizesse mais uso de diazepam e foi instituída uma acompanhante terapêutica que se representou por uma amiga que a acompanhou ao PS.

A paciente retornou após 06 dias a ingesta do medicamento. Foi realizada nova avaliação e solicitado que comparecesse ao consultório após 04 semanas. A paciente compareceu para a consulta solicitada após 08 semanas. Foi então realizada nova avaliação e aplicada a escala de depressão de Hamilton (HAM-D) (Keller, 2003).

## 5 RELATO DE CASO

**Identificação:** A.S.F, 30 anos, Natural e procedente de Bragança Paulista-SP, casada, sem filhos. Residia com o marido, estudante de direito e auxiliar de dentista. Católica.

**Queixa e duração:** “Estou muito triste há 03 meses”.

**História da moléstia atual:** Paciente compareceu ao PS acompanhada por uma amiga que a ajudou a contar sua história. Relataram que há 03 meses a paciente havia se deparado com a visita da amante de seu marido enquanto o acompanhava em uma internação hospitalar devido a quadro oncológico descompensado. O mesmo já se encontrava em fase terminal. Diante de tal situação refere ter sentido grande frustração seguida de mágoa sem cólera e completa perda de interesse pelas atividades que antes desempenhava, tanto laborativas quanto recreativas. Dizia sentir uma tristeza profunda, com mágoa que a fazia pensar sempre no tempo em que foi enganada. Se descuidou dos cuidados pessoais e passou a fazer uso de diazepam de forma abusiva e sem posologia definida. Referiu preferir estar sedada e dormir a ter que encarar a realidade. Não suportava conversar com pessoas sobre o ocorrido tampouco aceitaria tratamento psicoterápico naquele momento. Não havia queixas quanto ao sono devido ao uso de diazepam. Relatava perda do apetite. Negava ideação suicida, alterações sensoperceptivas e pensamentos delirantes. Não estava trabalhando e não frequentava a faculdade desde a descoberta da traição conjugal.

**Exame físico:** Sem alterações.

**Exame do estado mental:** Paciente trajada com pijama, higiene pessoal descuidada, deambulando cabisbaixa, com lentidão e muita dificuldade em manter diálogo, devido ao cansaço relatado. Apresentava dificuldade em abrir totalmente os olhos. Orientada autopsiquicamente e no tempo e espaço, mostrava atenção diminuída aos estímulos do ambiente. Humor e afeto tristes, sem capacidade de esboçar sorrisos quando estimulada pelo examinador. Seu pensamento apresentava-se lógico, coerente, de fluxo algo lentificado e conteúdo centrado na mágoa do marido. Não apresentava sinais de alterações sensoperceptivas. Juízo da realidade e memórias preservadas.

**Exames laboratoriais e de imagem:** Não foram solicitados por não

haver sinais clínicos indicativos de patologia orgânica.

## 6 RESULTADOS

O caso descrito apresenta critérios diagnósticos compatíveis com Episódio Depressivo Grave, sem sintomas psicóticos, segundo critérios da CID-10. A avaliação inicial em PS impossibilitou a aplicação de escalas, bem como consulta homeopática completa e repertorização do caso. Como a paciente não apresentava ideação suicida e dispunha de uma amiga como acompanhante terapêutica, foi optado por administrar tratamento homeopático exclusivo, com o objetivo de avaliar a resposta. Levando em consideração o quadro depressivo devido principalmente a mágoa sem cólera, com os conhecimentos dos quais o entrevistador dispunha no início da pós-graduação em homeopatia, foi receitado *Natrum muriaticum* CH30 XX/10 e solicitado à paciente que retornasse após 15 dias da ingesta do medicamento.

A paciente retornou 06 dias após a ingesta do medicamento, com aparência totalmente diferente. Referiu melhora da mágoa referida inicialmente e dos sintomas depressivos cerca de um dia após a ingesta do medicamento homeopático, com sensação subjetiva de bem-estar geral. Não estava mais em uso de diazepam desde o primeiro atendimento. A mesma já apresentava cuidados pessoais preservados, trajava-se adequadamente, mostrava atitude cordial, colaborativa e proativa. Havia retornado ao trabalho e às aulas da faculdade, faltando apenas decidir seu futuro conjugal, fato que a deixava preocupada. Não foi receitado nova dose do medicamento e foi solicitado que retornasse após 04 semanas, dessa vez no consultório do entrevistador.

O comparecimento ao consultório ocorreu 08 semanas após a segunda avaliação no PS. A paciente havia se divorciado e deixado o marido aos cuidados da família do mesmo. Negou tornar a sentir mágoa, mas que decidiu pelo divórcio por saber que o ex-marido possuía família que podia assumir seus cuidados e por vontade de dar continuidade à sua vida. Avaliada pela Escala de Hamilton para Depressão com 17 itens, recebeu escore igual a 3 pontos ( $HAMD_{17} \leq 7$ ), representando remissão completa. Foi agendado novo retorno em 16 semanas, ressaltando que retornasse antes do prazo caso houvesse nova piora do quadro. Paciente retornou 16 semanas após. Mantinha melhora global e escore igual a 3 pontos na escala  $HAMD_{17}$ ,

caracterizando recuperação completa. Recebeu alta, sendo orientada novamente a retornar caso houvesse nova piora do quadro. Não houve retorno desde então.

## 7 DISCUSSÃO

O caso relatado ilustra a recuperação completa de uma paciente com transtorno depressivo grave sem sintomas psicóticos. Houve remissão dos sintomas e melhora em diversos aspectos globais de saúde e bem-estar, precedidos de sensação subjetiva de bem-estar geral e de caráter durador. A paciente era virgem de qualquer tratamento com antidepressivos. Mesmo sendo virgem também de tratamento psicoterápico e se recusar a iniciar o mesmo houve importante mudança de atitude após a ingestão de *Natrum muriaticum* CH30 XX/10. Tais resultados foram obtidos com homeopatia receitada após uma consulta rápida, de aproximadamente 20 minutos, realizada em um pronto socorro de psiquiatria. Não houve tempo para consulta homeopática completa e para repertorização. A comunicação estava prejudicada pelo quadro de depressão física e mental e pelo uso excessivo de diazepam. Esta foi facilitada pela amiga que a acompanhava, lembrava do discurso da paciente e que ajudava nas respostas. Sendo assim, no presente relato, devido à limitação de tempo se encontra minimizado o efeito placebo da consulta homeopática, que se estabelece ao longo desta através da formação dos vínculos terapêuticos de autenticidade, empatia, conhecimento, aliança terapêutica e de liderança. Tais vínculos raramente são formados e mantidos na ausência de tempo adequado de consulta, mais confortavelmente definido em cerca de 60 minutos. Descarta-se também a possibilidade da mesma já ser uma pessoa que procura naturalmente tratamentos alternativos e complementares, pois fazia uso abusivo de diazepam e procurou um PS de psiquiatria ao invés de um médico especializado em terapias complementares. A administração de um medicamento em dose única, sem nome comercial e sem a afirmação do médico de certeza que haverá melhora desfavorece a expectativa consciente desta, e o condicionamento inconsciente de que está ingerindo um medicamento seguramente eficaz diariamente. Portanto, se observa minimização dos fatores que levam a desconfiar de efeito placebo na melhora dos sintomas depressivos em questão.

A abrangência bio-psico-socio-espiritual da ação do medicamento homeopático nos permite compreender a recuperação completa do caso, sem recidiva de sintomas depressivos. A capacidade de estimular diversos níveis de

organização biológica para que estes atinjam a homeostase desejada proporcionou alívio para o principal sentimento que gerava o pesar, e clareza de pensamentos para a renovação de atitudes que por sua vez evitaram a perpetuação de comportamentos que geravam mais pesar. O uso de diazepam, medicamento sedativo agonista dos receptores cerebrais GABA (gama aminobutírico), unicamente a permitia permanecer sedada para não elaborar o conflito emocional. Caso fosse optado por tratamento exclusivo alopático com medicamentos antidepressivos, em qualquer estratégia terapêutica, seja em monoterapia ou associado a outros psicofármacos, carbonato de lítio ou levotiroxina, poderia ter havido melhora apenas dos sintomas depressivos, já que estes medicamentos atuam diretamente nestes sintomas através do efeito primário. Haveria a necessidade de tratamento psicoterápico a longo prazo, sendo necessário ressaltar que a observância deste fenômeno não deve nos levar a concluir que o tratamento homeopático descarta a importância dos processos psicoterapêuticos entre as estratégias de tratamento em saúde mental, mesmo tendo mostrado resultado que convencionalmente se obtém através de tempo indeterminado de psicoterapia para a resolução do conflito emocional. O tratamento exclusivo com antidepressivos ainda estaria sujeito à recidiva de sintomas após a alteração da dose destes, fosse no aumento ou diminuição, através do efeito secundário ou reação vital do organismo ao efeito primário do medicamento. Assim, o acompanhamento se tornaria mais complicado e arrastado pelo tempo, sem que a paciente pudesse sentir melhora completa, além de possivelmente mais difícil de obter melhora com posterior associação de tratamento homeopático em virtude do mascaramento (supressão) de sintomas que atrapalhariam a tomada de caso e da provável reação vital do organismo ao efeito primário do medicamento. Também não se exclui a necessidade de haver consulta completa com repertorização dos sintomas ao longo do tratamento, porém, levando em consideração a homeopatia como uma abordagem terapêutica que proporciona ao indivíduo a possibilidade de manter o estado de saúde bio-psico-socio-espiritual em níveis adequados de bem estar, tais procedimentos seriam melhor aproveitados em virtude de novo adoecimento, ocorrido diante da manutenção de hábitos saudáveis ou decorrente do abandono destes pela paciente.

As pesquisas no campo da medicina alternativa e complementar, mais precisamente as pesquisas sobre o uso da homeopatia como tratamento para os transtornos depressivos, vem sofrendo não apenas pela falta de ERPC de qualidade suficiente, mas também pelo intenso debate sobre quais seriam as metodologias mais adequadas para estudos não farmacológicos e pela escassez de dados observacionais que possam guiar tais metodologias. O consenso atual é de que ao invés de aceitar todas as premissas e dados populacionais de ensaios clínicos convencionais centrados nos sintomas depressivos, as pesquisas em homeopatia podem avançar com mais sucesso se preservarem a ênfase no indivíduo, obtida da sua própria prática clínica. Dessa forma, é possível manter o rigor da medicina baseada em evidências, mas com enfoque em diferenças individuais ao invés de médias grupais no recrutamento de indivíduos, processos de avaliação e na análise de dados.

## 8 CONCLUSÃO

A conclusão é de que o tratamento homeopático é uma opção terapêutica útil no tratamento dos transtornos depressivos. O fato de nos depararmos com casos como este, de melhora importante e rápida, em nossa carreira como homeopatas não exclui a necessidade de expandir o universo das pesquisas com homeopatia no campo da saúde mental. É preciso ainda adaptar as diversas metodologias de pesquisa para distinguir efeito placebo de efeito real e acompanhar a melhora e evolução dos casos sob o ponto de vista global bio-psico-socio-espiritual. Dessa forma, a geração de dados estatísticos poderá colocar a homeopatia em destaque não apenas pelos seus resultados positivos na prática clínica.

O desfecho favorável também não exclui a necessidade de haver sempre consulta homeopática completa, com estabelecimento de vínculo empático com o paciente, a obtenção de história e exame somático ou do estado mental para a elaboração de raciocínio clínico e homeopático para elaborar correta repertorização. Assim, com a totalidade dos sintomas característicos, haverá melhora graças à escolha do medicamento ideal para a estimulação da homeostase total de cada paciente. Tal desfecho favorável não é conclusão de que o tratamento homeopático exclui a necessidade de tratamento psicoterápico, que possui sua importância comprovada há muitos anos.

## REFERÊNCIAS

Adler UC et al. **Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos.** *Rev. Psiq. Clín* 2007; 35(2): 74-78.

Adler UC et al. **Homeopathic individualized Q-Potencies versus Fluoxetine for Moderate to Severe Depression: Double-Blind, Randomized Non-Inferiority Trial.** *Hindawi Publishing Corporation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011, Article ID 520182, 7 pages. doi:10.1093/ecam/nep114.

Adler UC et al. **Homeopathy for Depression – DEP-HOM: study protocol for a randomized, partially double-blind, placebo controlled, four armed study.** *Trials* 2011. <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/43>.

Aickin M. **Participant-centered analysis in complementary and alternative medicine comparative trials.** *J Altern Comp Med* 2003; 9(6): 949-957.

Aickin M. **Separation tests for early phase of CAM comparative trials.** *Evidence-based Integrative Med* 2004; 1(4): 225-231.

Akiskal HS, Benazzi F. **Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom.** *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(7): 914-21.

American Psychiatric Association (APA): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V).** Arlington, VA, 2013.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. **Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil.** *Soc Psychiatry Psych Epidemiol* 2002; 37: 316-325.

Barollo, C. R. et al. **Efeito da homeopatia no tratamento de crianças e adolescentes em situação de violência.** *Cultura Homeopática.* nº 21: 5-10. 2007.

Bell IR. **Evidence-based homeopathy: empirical questions and methodological considerations for homeopathic clinical research.** *Am J Hom Med* 2003; 96(1): 17-31.

Bell IR. **Depression research in homeopathy: hopeless or hopeful?** *Homeopathy* 2005; 94: 141-4.

Bell IR, Caspi O, Schwartz GE, et al. **Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care.** *Arch Internal Med* 2002; 162(2): 133-140.

Bell IR, Lewis 2<sup>nd</sup> DA, Brooks AJ, et al. **Individual differences in response to randomly assigned active individualized homeopathic and placebo treatment in fibromyalgia: implications of a double-blinded optimal crossover design.** *J Altern Comp Med* 2004; 10(2): 269-283.

Boyce P, Barribal E. **Circadian rhythms and depression.** *Aust Fam Physicia.* 2010 May; 39(5): 307-10.

Caspi O, Bell IR. **One size does not fit all: aptitude-treatment interaction (ATI) as a conceptual framework for outcome research. Part I. What is ATI research?** *J Altern Comp Med* 2004; 10(3): 580-586.

Caspi O, Bell IR. **One size does not fit all: aptitude-treatment interaction (ATI) as a conceptual framework for outcome research. Part II. Research designs and their application.** *J Altern Comp Med* 2004; 10(4): 698-705.

Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. **Which are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide?** *Rev Bras Psiquiatr.* 2009 May; 31 Suppl 1: S18-25.

Chapman EH, Weintraub RJ, Milburn MA, Pirozzi TO, Woo E. **Homeopathic treatment of mild traumatic brain injury: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial.** *J Head Trauma Rehab* 1999; 14(6): 521-542.

Davidson JR. **Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe.** *J Clin Psychiatry.* 2010; 71 Suppl E1: e04.

Dunkin JJ, Leucher AF, Cook IA, et al. **Executive dysfunction predicts nonresponse to fluoxetine in major depression.** *J Affective Disorders* 2000; 60(1): 13-23.

EBERT, M.H. et al. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

FAVA, M.; DAVIDSON, K. **Definition and Epidemiology of Treatment-resistant Depression.** *The Psychiatric Clinic of North America*, v.19, n. 2, p.179-200, jun. 1996.

FEKADU, A. et al. **What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies.** King's College London, PO 074, Denmark Hill, London, SE 5 8AZ, UK, *Journal of Affective Disorders* 2008. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/jad>>.

FLECK, M.P.A. et al. **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.25, p. 114-122, 2003a.

Goodwin FK, Jamison KR. **Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression**, 2<sup>a</sup>. ed. New York: *Oxford University Press*, 2007.

Hahnemann, S. **Organon da arte de curar.** São Paulo: Robe, 2011.

Hanks RA, Rapport LJ, Millis SR, Deshpande SA. **Measures of executive functioning as predictors of functional ability and social integration in a rehabilitation sample.** *Arch Phys Med Rehab* 1999; 80: 1030-1037.

Honda K, Jacobson JS. **Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies, and social support.** *Preventive Med* 2005; 40(1): 46-53.

Katz T, Fisher P, Katz A, Davidson J, Feder G. **The Feasibility of a randomized, placebo-controlled clinical trial of homeopathy treatment of depression in general practice.** *Homeopathy* 2005; 94: 145-152.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; **National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).** *JAMA.* 2003 Jun 18; 289(23): 3095-105.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.

Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, Mclaughlin KA, et al. **Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative.** *Depress Anxiety.* 2010 Apr; 27(4): 351-64.

Keller MB. **Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression. Remission and beyond.** *JAMA.* 2003; 289(23): 3152-60.

Kupfer DJ, **Long-Term treatment of depression.** *J Clin Psychiatry.* 1991; 52 (suppl 5): 28-34.

KOSSAK-ROMANACH, Anna. **Homeopatia em 1000 Conceitos.** 3. ed. São Paulo: *ELCID* 2003.

LATHOUD, J.A. **Estudos de Matéria Médica Homeopática.** 3. ed. São Paulo: *Organon* 2010.

Lee S, Jeong J, Kwak Y, Park SK. **Depression research: where are we now?** *MolBrain.* 2010 Mar 10, 3:8.

Leibenluft E. **Women with popular illness: clinical and research issues.** *Am J Psychiatry,* 153: 163-173, 1996.

Lezak MD. **Neuropsychological assessment**, 3<sup>rd</sup> edn. New York: *Oxford University Press*, 1995.

METZNER, B.S. **Sintomas característicos da matéria médica homeopática**. São Paulo: *Editora Organon*, 2006. ed. São Paulo: Global, 2001. 111 p.

Moreno DH, Dias RS, Moreno RA. **Transtornos do humor**. In: **Psiquiatria básica**, 2<sup>a</sup>. ed. Louzã Neto MR, Elkis H (eds). Porto Alegre: *Artmed*, 2007.

Moreno DH, Rodrigo SD. **Epidemiologia**. In: **Moreno RA, Moreno DH (orgs.). Da psicose maniaco-depressiva ao espectro bipolar**, 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: *Segmentofarma*, 2008, 123-146.

Moriyama Y, Mimura M, Kato M, et al. **Executive dysfunction and clinical outcome in chronic alcoholics**. *Alcoholism. Clin Exp Res* 2002; 26(8): 1239-1244.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e comportamento da CID-10**. 10<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: *Artes Médicas*, 1993.

Owens JE, Taylor AG, Degood D. **Complementary and alternative medicine and psychologic factors: toward an individual differences model of complementary and alternative use and outcome**. *J Alter Comp Med* 1999; 5(6): 529-541.

Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, Richardson J. **Homeopathy for depression: a systematic review of the research evidence**. *Homeopathy* 2005; 94: 153-163.

PUSTIGLIONE, MARCELO. **O Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann para o Século 21**. ed. São Paulo: *Organon* 2010.

ROSENBAUM, Paulo; PRIVERI, Silvia Waisse. **Qualidade de vida em saúde em campo homeopático: questionário NEMS-07**. Disponível em: <<http://www.feg.unesp.br/~ojs/index.php/ijhdr/article/viewFile/178/185>>. Acesso em: 24 ago. 2010.

Smith DJ, Forty L, Russel E, Caesar S, Walters J, Cooper C, et al. **Subthreshold maniac symptoms in recurrent major depressive disorder are marker for poor outcome.** *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119: 325-9.

Teixeira MZ. **Evidence of the principle of similitude in modern fatal iatrogenic events.** *Homeopathy* 2006; 95: 229-236.

Teixeira MZ. **Antidepressants, suicidality and rebound effect: evidence of similitude?** *Homeopathy* 2009; 98: 114-121.

VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática. 2. ed.** São Paulo: *Organon*, 2012. 3 v.

Walach H, Jonas WB. Homeopathy. In: Lewith G, Jonas WB, Walach H editors. **Clinical Research in Complementary Therapies.** Edinburgh: *Churchill Livingstone*, 2002. p. 229-246.