

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
MARISA NISHITANI DIAS

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

SÃO PAULO
2019

MARISA NISHITANI DIAS

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

Monografia apresentada a ALPHA/APH
como exigência para Curso
de Especialista em Homeopatia.

Orientador: Prof. Marcelo Pustiglione.

SÃO PAULO
2019

Dias, Marisa Nishitani

Tratamento homeopático em criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (relato de caso) / Marisa Nishitani Dias, -- São Paulo, 2019.
43 fls.

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

Orientador: Prof. Marcelo Pustiglione.

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

AGRADECIMENTOS

A todo o corpo docente desta instituição de ensino, ALPHA/Associação Paulista de Homeopatia, por me iniciarem na prática desta nobre Especialidade.

Aos meus filhos, Matheus e Lucas, por me inspirarem a buscar novos caminhos e conhecimentos, para ser um exemplo melhor de pessoa e profissional, por toda a compreensão nos meus momentos de ausência.

Ao meu esposo, Leonnardo Dias, por todo apoio e o reconhecido esforço em suprir minha falta no lar.

Aos meus pais, que sempre me ensinaram que o estudo é sempre a melhor aposta em tempos melhores e que sem dedicação e esforço não há recompensa.

Aos queridos colegas de turma, pela amizade estabelecida, pelo companheirismo e a certeza de poder sempre contar com vocês.

RESUMO

Através do relato de caso de uma criança com diagnóstico de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, a autora demonstra o surpreendente resultado obtido com o tratamento homeopático, respeitando a individualidade de cada paciente e observando os princípios da Homeopatia. Comenta brevemente sobre este tema, que vem assumindo a cada dia, mais importância na sociedade, devido aos impactos que provocam. E conclui que a abordagem homeopática se mostrou uma excelente aliada ao minimizar os danos deste transtorno.

Palavra chaves: Homeopatia, Tratamento homeopático, Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

ABSTRACT

Through the case report of a child with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, the author demonstrates the surprising result obtained with homeopathic treatment, respecting the individuality of each patient and observing the principles of Homeopathy. She briefly comments on this topic, which is assuming more and more importance in society, due to the impacts they cause. And conclude that the homeopathic approach proved to be an excellent ally in minimizing the damages of this disorder.

Keywords: Homeopathy, Homeopathic Treatment, Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Questionário SNAP-IV	12
Figura 2 Critérios Diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Extraído do DSM	15

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH).....	9
2.1 DEFINIÇÃO	9
2.2 EPIDEMIOLOGIA	9
2.3 ETIOLOGIA	10
2.4 DIAGNÓSTICO	11
2.5 APRESENTAÇÕES/SUBTIPOS	15
2.5.1 Apresentação predominantemente desatenta	16
2.5.2 Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva	16
2.5.3 Apresentação combinada.....	17
2.6 COMORBIDADES.....	17
2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	18
2.8 TRATAMENTO	19
3. RELATO DE CASO	21
3.1 ANAMNESE	21
3.1.1 Data da Consulta.....	21
Consulta realizada em 24/05/2018, Cuiabá/MT.....	21
3.1.2 Identificação	21
3.1.3 Queixa Principal e Duração.....	21
3.1.4 História da Moléstia Atual	21
3.1.5 História Patológica Pregressa	23
3.1.6 História Familiar e Social	24
3.1.7 Interrogatório Sobre Diversos Aparelhos	24
3.1.8 Exame Físico	25
3.2 EXAME NEUROPSICOLÓGICO	25
3.3 REPERTORIZAÇÃO.....	26
3.4 DIAGNÓSTICO	26
3.5 CONDUTA	27
3.6 EVOLUÇÃO.....	27
3.6.1 Retorno I.....	27
3.6.2 Retorno II.....	28
3.6.3 Retorno III	29
4. DISCUSSÃO	30
5. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO	36

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um problema conhecido há muito tempo. As primeiras referências à hiperatividade e à desatenção na literatura não médica datam da metade do século XIX, quando ocorreu a publicação do livro de Henrich Hoffman, com histórias mostrando um comportamento infantil inadequado. A primeira descrição oficial do que hoje chamamos TDAH data de 1902, quando um pediatra inglês George Still, apresentou casos clínicos de crianças com hiperatividade e outras alterações de comportamento, não podiam ser explicadas por falhas educacionais ou ambientais, mas que deveriam ser provocadas por algum transtorno cerebral na época desconhecido.

Esse transtorno já teve diferentes nomes ao longo do tempo, incluindo algumas denominações como “Lesão Cerebral Mínima”, “Reação Hiperkinética da Infância”, “Distúrbio do Déficit de Atenção”, “Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção”, “Transtornos Hiperkinéticos”, e “Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade”. Às vezes ele ainda é chamado de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Atualmente, o TDAH é reconhecido em muitos países e pelos mais importantes sistemas classificatórios, como a Organização Mundial de Saúde e a Academia Americana de Psiquiatria.

Muitas pessoas se perguntam se o TDAH é uma doença. Para entender essa questão é preciso definir o que os termos “doença” e “transtorno” querem dizer. Ambos são condições médicas ou anormalidades que geram prejuízo ou risco de prejuízo, porém quando falamos em “doença” os processos etiológicos ou patológicos são conhecidos, ou seja, sabemos exatamente quais são os agentes

causadores das alterações e conseguimos identificar marcadores biológicos para identificá-las. No caso dos “transtornos” esses processos são desconhecidos, o que torna a identificação e o diagnóstico apenas clínicos, ou seja, eles serão feitos através da contextualização dos sintomas baseada na história clínica.

Infelizmente, não se trata de um problema “do passado”. É cada vez mais frequente o diagnóstico de crianças com esse transtorno e os estudos tem demonstrado um risco aumentado de se desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, na adolescência e na idade adulta. Baseado nos conceitos de saúde-doença e no ideal de cura, a abordagem alopática nem sempre alcança resultados tão significativos quanto o que se pode esperar da abordagem homeopática.

2. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

2.1 Definição

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, caracterizado pela tríade sintomatológica de **desatenção**, **hiperatividade** e **impulsividade**. Esses sintomas devem se manifestar precocemente, de forma frequente e persistente, acarretando dificuldades que afetam o neurodesenvolvimento e influenciam o funcionamento pessoal, social e acadêmico.

2.2 Epidemiologia

O TDAH é bastante comum, principalmente em crianças, sendo um dos principais motivos de encaminhamentos aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental (Catalá-López et al., 2012; Ndukuba, Odinka, Muomah, Obindo, & Omigbodun, 2014; Ramtekkar, Reiersen, Todorov, & Todd, 2010). Estima-se que 3% a 7% das crianças em idade escolar apresentem TDAH. Em termos práticos, em cada sala de aula deve existir pelo menos uma criança com esse problema.

Parece ser mais frequente no sexo masculino, com razões que variam de 2 a 9 meninos acometidos para cada menina. Este fato pode ser explicado pelo predomínio de sintomas de desatenção no sexo feminino, determinando uma diminuição dos encaminhamentos por não incomodar tanto a família quanto a escola, quando comparados aos sintomas de hiperatividade e impulsividade. Um estudo realizado por Biederman e cols. (2002) constatou que:

“... o sexo feminino estava mais associado ao tipo predominantemente desatento em relação ao sexo masculino; os meninos apresentavam mais distúrbios de aprendizagem e outros problemas de comportamento escolar em relação às meninas. As meninas com TDAH tinham o menor risco de comorbidade com transtorno bipolar, transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição em relação aos meninos. A baixa probabilidade de as meninas apresentarem desordens psiquiátricas, cognitivas e comprometimentos funcionais, em relação aos meninos, poderia resultar do gênero. Essas diferenças influem no cálculo de prevalência entre os sexos” (GOLFETO e BARBOSA, 2003, p. 25).

2.3 Etiologia

Mesmo com os avanços dos estudos genéticos e das técnicas de neuroimagem com os estudos morfométricos, ainda não há um consenso definitivo sobre a etiologia do transtorno. A literatura científica sinaliza que

“... é uma síndrome heterogenea de origem multifatorial, integrando fatores genéticos, neurobiológicos, ambientais e múltiplos genes associados.” (Biederman, 2005; Dye, 2013; McGough & McCracken, 2006; Polanczyk et al., 2014; Ranbyetal.,2012).

“As principais alterações encontradas em crianças e adolescentes foram reduções em volume, tanto no cérebro como um todo quanto de algumas áreas específicas, como o córtex pré-frontal, o núcleo caudado, o globo pálido, o cíngulo anterior e o cerebelo. Essas áreas estão diretamente ligadas ao controle de funções que estão prejudicadas no TDAH, como atenção, inibição de comportamento e outras funções executivas, como o planejamento e a memória de trabalho.” (Berquin

et al, 1998; Castellanos et al, 2002; Seidman et al, 2006; Louzã-Neto, 2010)

“Pesquisas recentes também têm verificado um atraso na maturação cerebral, especialmente em regiões pré-frontais, onde se encontram a maior parte das anormalidades detectadas no TDAH, que estão ligadas às funções cognitivas.” (Shaw et al, 2007; Dopheide e Pliska, 2009; McLaughlin et al, 2010).

Isso pode explicar as características de comportamentos infantilizados e a preferência dos pacientes em interagir com crianças mais jovens que sua própria idade.

O caráter hereditário deste transtorno parece assumir uma importância relevante quando pesquisamos na mesma família, outro caso com o mesmo problema, com frequência um dos pais ou algum irmão. Provavelmente, o que é herdada é a vulnerabilidade para o transtorno, que expressa-se fenotipicamente dependendo do balanço entre a carga genética e fatores adversos ambientais.

2.4 Diagnóstico

Na maior parte dos casos, os sintomas só começam a ser percebidos entre os três e quatro anos de idade, ou seja, com o início da vida escolar. Nessa fase, as dificuldades são percebidas, principalmente pelos professores. Mesmo assim, é difícil estabelecer o diagnóstico em crianças pequenas, pois fronteiras entre os padrões normais e anormais de comportamento nessa faixa etária são muito próximas e podem ser influenciadas por fatores ambientais.

Para auxiliar a investigação, podemos lançar mão de questionários que podem ser listas de verificação de sintomas ou escalas de avaliação. Nesse sentido, o instrumento SNAP-IV foi desenvolvido para avaliação de manifestações do TDAH

em crianças e adolescentes. É um questionário de domínio público, traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil por Mattos e colaboradores em 2006 e emprega os sintomas listados pela Academia Americana de Psiquiatria.

NOME:				
SÉRIE:		IDADE:		
OBS.: para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) e marque um X				
QUESTÕES	RESPOSTAS			
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1 – Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2 – Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3 – Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4 – Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas e obrigações.				
5 – Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6 – Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7 – Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo, brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8 – Distrai-se com estímulos externos.				
9 – É esquecido em atividades do dia a dia.				
10 – Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11 – Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12 – Corre de um lado para outro ou sobe nas mobílias em situações em que isso é inapropriado.				
13 – Tem dificuldade para brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14 – Não para ou costuma estar a “mil por hora”.				
15 – Fala em excesso.				
16 – Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas.				
17 – Tem dificuldade para esperar sua vez.				
18 – Interrompe ou outros ou se intromete (por exemplo, intromete-se em conversas/jogos)				
COMO AVALIAR 1: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.				
COMO AVALIAR 2: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.				
FONTE: adaptado de Bordini <i>et al.</i> (2010) (segundo os autores: versão em português validada por Mattos <i>et al.</i> , 2005)				

Figura 1 Questionário SNAP-IV

Como não há marcadores biológicos específicos, o diagnóstico do transtorno é essencialmente clínico, a partir da observação da manifestação dos sintomas listados nos sistemas de classificação de saúde: o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental), com critérios estabelecidos pela Associação Psiquiátrica Americana e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).

f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).

i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)

d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).

f. Frequentemente fala demais.

g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).

h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).

i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Figura 2 Critérios Diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Extraído do DSM

2.5 Apresentações/Subtipos

A classificação do TDAH em “subtipos”, baseada nos sintomas: com predomínio de desatenção, com predomínio de hiperatividade-impulsividade e subtipo combinado, foi substituída pelo termo “apresentações” com a publicação do sistema americano de diagnóstico, o DSM-V (2013). Optou-se pelo emprego do termo “apresentação”, denotando que a manifestação dos sintomas pode variar de acordo com o tempo e a idade em que o diagnóstico é considerado. O termo “subtipo” favorecia uma interpretação errada que aquela era uma “subcategoria” estável, invariável.

Esta mudança se fez necessária com o surgimento de estudos q evidenciaram um declínio geral da severidade dos sintomas de hiperatividade-impulsividade ao longo do desenvolvimento (VAN LIER ET AL., 2007; LARSSON ET AL., 2011). O mesmo não se pode dizer para os sintomas de desatenção, que apresentam resultados inconclusivos, podendo ocorrer redução, estabilidade ou até aumento desses sintomas.

As apresentações mantêm as mesmas “divisões” que os antigos subtipos: com predomínio de desatenção, com predomínio de hiperatividade-impulsividade e combinada.

2.5.1 Apresentação predominantemente desatenta

Mais comum em meninas, a desatenção é a capacidade limitada de permanecer atento por um tempo necessário para realizar ou compreender determinada tarefa. É comum a mudança de foco, pois há uma sensibilidade excessiva aos estímulos. Não é um sintoma exclusivo do TDAH. Todos nós podemos estar mais desatentos em determinados momentos de nossas vidas por inúmeros motivos, como por exemplo, o estresse. Por isso, é importante reforçar que para considerarmos a falta de atenção como um sintoma de TDAH deve-se observar sua frequência, persistência e duração, e essas manifestações devem necessariamente trazer prejuízos para a vida do indivíduo.

2.5.2 Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva

Esta apresentação é mais frequente em meninos, e com o passar da idade, tende a amenizar os sintomas.

A hiperatividade é caracterizada pela atividade motora e/ou mental inadequada e excessiva. Pode ser encontrada em diversos transtornos psíquicos, como o autismo, o transtorno bipolar e em certos quadros ansiosos. Também pode ocorrer em decorrência de certas doenças físicas (por exemplo, o hipertireoidismo), mas raramente pode ser causada por medicamentos.

A impulsividade é definida como tomada de decisão sem a consideração de todas as implicações de cada aspecto da situação e as possíveis consequências do

comportamento, ou seja, ela se manifesta por reações impensadas e repentinas. Por isso, pessoas impulsivas geralmente tem dificuldade em prever as consequências de suas ações, mas, caracteristicamente, assim que essa reação passa, se arrependem e tratam a outra pessoa como se não tivessem tido aquela reação poucos minutos antes. Isso é importante para distinguir o TDAH de outros transtornos, nos quais a raiva e o ressentimento duram horas e até dias.

2.5.3 Apresentação combinada

É estabelecida quando há concomitância das duas apresentações por pelo menos 6 meses.

2.6 Comorbidades

Uma das características do TDAH é a alta incidência de comorbidades. Estima-se que isso se apresente em pelo menos 70% das crianças com TDAH.

Uma pessoa com TDAH leve, pode superar as dificuldades ocasionadas por essa condição, sem maiores complicações. Porém, o mais comum é que apresentem outros comprometimentos, são eles:

1. Transtornos do Aprendizado (os mais comuns são os transtornos da leitura, da expressão escrita e de matemática).
2. Transtorno de Desafio e Oposição e Transtorno de Conduta.
3. Tiques.
4. Transtornos Ansiosos (Pânico, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada).

5. Transtornos do Humor (Depressão, Distímia, Transtorno Bipolar).
6. Abuso de Drogas e Alcoolismo (porque essas substâncias podem atenuar passageiramente alguns sintomas do transtorno, levando o paciente ao vício).

Além dessas condições, esses pacientes, são mais propensos a vários tipos de acidentes, em particular os acidentes de trânsito na fase adulta.

Uma importante mudança que o DSM V trouxe foi a possibilidade de diagnóstico deste transtorno concomitantemente com o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

2.7 Diagnóstico Diferencial

Diante de uma criança com hipótese diagnóstica deste transtorno, se faz necessário, afastar outras possíveis condições que podem desencadear sintomas parecidos.

Uma criança em situação de vulnerabilidade, em decorrência de conflitos familiares pode apresentar sintomas muito similares ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Ou ainda, crianças que apresentam outras patologias, como dificuldades sensoriais (diminuição da audição ou da visão) ou outros transtornos psíquicos como o autismo, a depressão, o transtorno bipolar ou a ansiedade, podem resultar numa criança desinteressada, desatenta e inquieta. E também, crianças que estejam fazendo uso de medicamentos, para tratamento destas ou de outras condições clínicas também podem apresentar um quadro de hiperatividade.

2.8 Tratamento

O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. A Academia Americana de Pediatria publicou diretrizes sobre o tratamento do transtorno, enfatizando cinco princípios básicos:

- 1) Estabelecer um programa de tratamento que reconheça o TDAH como uma condição crônica.
- 2) Especificar os objetivos a serem alcançados com o tratamento , em conjunto com os pais, a criança e a escola.
- 3) Recomendar o uso de medicação estimulante e/ou tratamento comportamental quando apropriado para melhorar sintomas-alvo em crianças com TDAH.
- 4) Quando o manejo selecionado não atingir os objetivos propostos, reavaliar o diagnóstico original, verificar se foram usados todos os tratamentos apropriados, a aderência ao tratamento e a presença de comorbidades.
- 5) Sistemáticamente prover um retorno para a criança com TDAH, monitorando objetivos propostos e eventos adversos através de informações obtidas com a criança, a família e a escola.

No âmbito das intervenções psicossociais, o primeiro passo e talvez o mais importante, é proporcionar à família e dependendo do caso, ao próprio paciente, conhecimentos científicos sobre o transtorno através de informações claras e precisas.

Intervenções no âmbito escolar também são muito importantes. O professor pode ser um grande aliado no tratamento. Quando ele tem conhecimentos sobre TDAH, ele se torna capaz de adotar estratégias de ensino capazes de favorecer o aprendizado dos alunos com TDAH. Salas de aula bem estruturadas, com poucos alunos, rotinas diárias, ambiente escolar previsível e aspectos ligados à organização

e ao planejamento do tempo e das atividades, podem contribuir para o melhor aproveitamento escolar do paciente. O tratamento reeducativo psicomotor, através de estratégias de ensino ativo, que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem é fundamental.

Em relação às intervenções psicossociais centradas na criança ou no adolescente, a modalidade psicoterápica mais indicada é a cognitivo-comportamental, especialmente os tratamentos comportamentais.

Em relação às intervenções psicofarmacológicas, a literatura claramente apresenta os estimulantes, como o metilfenidato e a lisdexanfetamina como as medicações de primeira escolha para o transtorno. Outros medicamentos que podem ser utilizados são a atomoxetina, a clonidina e alguns antidepressivos. A presença de comorbidades pode exigir o uso de outros medicamentos, mesmo que eles não sejam indicados para tratar os sintomas de TDAH. No Brasil, o metilfenidato é a medicação mais utilizada, e o nome comercial mais conhecido é a Ritalina®, também apelidada como “a droga da obediência”. A dose terapêutica normalmente se situa na faixa de 20 a 60 mg/dia. Como a meia-vida do metilfenidato é curta (de 3 a 4 horas), geralmente pode-se utilizar o esquema de administração de três doses por dia. Dentre os eventos adversos mais freqüentemente associados ao uso de estimulantes são: perda de apetite, insônia, irritabilidade, cefaléia e sintomas gastrointestinais. Muitas vezes, é possível, depois de algum tempo, reavaliar a necessidade de se manter o medicamento ou não. A indicação para a suspensão parece ocorrer quando o paciente apresenta um período de cerca de 1 ano assintomático, ou quando há melhora importante da sintomatologia. Suspende-se a medicação para a avaliação da necessidade de continuidade de uso.

3. RELATO DE CASO

3.1 Anamnese

3.1.1 Data da Consulta

Consulta realizada em 24/05/2018, Cuiabá/MT.

3.1.2 Identificação

V.N.G.S, 12 anos, sexo feminino, solteira, estudante do 7º ano do Ensino Fundamental, religião evangélica.

3.1.3 Queixa Principal e Duração

Baixo rendimento escolar, desde o início do Ensino Fundamental, há cerca de 7 anos. Há 2 semanas, teve o diagnóstico de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade feito pela psiquiatra infantil.

3.1.4 História da Moléstia Atual

Mãe vem ao consultório, acompanhada da filha, queixando de “dificuldade de concentração e aprendizado”. Relata que a filha sempre apresentou baixo rendimento escolar, desde que iniciou as atividades avaliativas na escola. Os professores sempre relataram dificuldade e as notas sempre foram baixas. Porém, notou que a filha estava tendo muitos desentendimentos com as colegas, estava sempre com a auto-estima baixa e não queria mais dormir sozinha no quarto dela. Decidiu então, levá-la a uma psicóloga e a mesma sugeriu q fosse realizado um Exame Neuropsicológico, cujo resultado trouxe em mãos e encontra-se no Anexo 1. Com base nesta avaliação, foi encaminhada à psiquiatra infantil e teve o diagnóstico

de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, com predomínio de desatenção firmado. Foram realizadas orientações pertinentes à doença e prescrito Ritalina®. Porém, a mãe disse ter ficado com “medo de usar a medicação” e resolveu procurar o tratamento homeopático.

Segue o relato:

“Doutora, a V.N. já colocou na cabeça dela que não vai conseguir aprender matemática, que não vai dar conta. Aliás, em todas as outras matérias, ela tem dificuldade. As notas estão bem abaixo da média e ela até tenta estudar, mas nunca consegue terminar a tarefa. Sempre acaba se distraindo com alguma coisa, qualquer coisa. Já pensei em colocar ela no Kumon®, mas ela não quer de jeito nenhum. Diz que nem adianta, porque nunca vai aprender matemática. Ela diz que se esforça para se concentrar e fazer a conta certa, mas que acaba ficando nervosa e daí a cabeça começa a doer. Então, ela logo se distrai, larga os cadernos, desiste e vai fazer outra coisa.”

“Acho que os colegas da escola estão tirando sarro dela, porque ela anda muito briguenta na escola. Ela fala sem pensar, age muito por impulso. Daí acaba ofendendo e até quer pedir desculpas, mas não sabe como e sofre por isso. Ela até já enfrentou um professor! E olha, que ela sempre diz que não gosta de se expor na frente dos colegas, tem medo de acharem que ela é burra e também porque, tudo ela acha que não vai dar conta. Ela reclama que não tem amigas de verdade, está sempre envolvida em brigas porque ela é muito ciumenta, ou então, porque tomou as dores de alguém. Ah, por falar nisso, pensa numa pessoa que sofre pelos outros. Ela fica mal, como se o problema fosse com ela. Acho que ela sofre mais com os problemas dos outros do que com os dela mesmo.”

“Agora, sofrer mesmo, a V.N. fica mal quando vê um animal sofrendo. Doutora, ela parece que gosta mais de bicho do que de gente! Não pode ver um bichinho, que já quer pegar, cuidar, proteger! Mas qualquer um mesmo! Pode ser bicho nojento, machucado, de qualquer jeito... sabe qual é o sonho dela? “

Nessa hora, a paciente então interrompe a mãe e muito empolgada, responde:

“Isso mesmo!!! Agora sim, minha mãe falou uma coisa que muito me interessa! Eu sonho em ser veterinária, e poder criar uma ONG para cuidar de animais abandonados! Por mim, eu vivia num planeta só de bichos... eles sim me dão carinho e atenção. Um animal, nunca abandona quem ele ama!!! Acho que é por isso que eu amo tanto os animais! Quando estou triste, tudo que mais quero é um colinho... um carinho, sabe? Alguém que me entende, do jeito que eu sou. Eu só vou melhorar depois que alguém me entende, me dá um carinho, um apoio moral sabe... Tipo agora, eu to falando isso com a Sra, pq a Sra. está me entendendo. Eu adoro conversar com as pessoas... por mim, eu vivia conversando, conversando... odeio ficar sozinha, morro de medo, credo!”

E sobre seus medos V.N., me fale sobre eles:

“Ah... eu não sei se sou uma pessoa medrosa, mas Dra. eu acho q acredito em tudo que me falam... qualquer coisinha, qualquer historinha eu já vou caindo e acreditando. É bem fácil me assustar..., acho que por isso, eu não gosto de ficar sozinha e ainda mais no escuro. Parece que sempre preciso de uma “luzinha”!”

3.1.5 História Patológica Pregressa

Mãe relata que sempre foi muito saudável. Nega alergias.

Nega uso de medicamentos de uso regular e não apresenta relato de uso de medicamentos frequentemente.

Nega doenças próprias da infância.

Nega cirurgias e/ou internações prévias.

3.1.6 História Familiar e Social

Nasceu de parto normal, a termo, sem intercorrências. É filha de mãe solteira, que engravidou aos 17 anos. Os avós maternos a registraram e desde o nascimento, morou com os avós maternos e a mãe. Quando tinha 7 anos de idade, a mãe casou-se pela primeira vez, mas V.N.G.S. continuou morando com os avós e não acompanhou a mãe, que foi morar em um bairro distante, na mesma cidade. Atualmente reside com a mãe, o padrasto do segundo casamento e o enteado da mãe (11 anos), numa casa bem próxima aos avós maternos. Quanto ao pai biológico, a menor teve contato em algumas ocasiões quando ainda era bebê e aos 7 anos. Desde então, não pergunta por ele e quando questionada, diz que não tem interesse em revê-lo.

Mãe saudável, avô materno hipertenso compensado, avó materna também gozando de boa saúde. Não tem informações sobre saúde dos pais e familiares.

Segundo a mãe, sua irmã, hoje com 24 anos, apresenta ainda as mesmas características da paciente, de baixo rendimento escolar, desatenção, impulsividade e ansiedade. Isso fez com que a família considerasse os sintomas da paciente como “normais”, “herdados” desta tia e culminou com a procura por atendimento médico tardiamente, e conseqüentemente teve o diagnóstico tardio.

3.1.7 Interrogatório Sobre Diversos Aparelhos

Gerais: friorenta, dorme sempre de lado, sono sem queixas (mãe diz que: “de dia, parece que está ligada no 220, mas à noite, parece q desliga de uma vez!”).

Cabeça: “dor de cabeça, quando eu me esforço, parece que meu cérebro esquenta, parece que vai fundir o motor! Eu literalmente, esquento a cabeça quando tenho que estudar, não consigo e fico super nervosa.”

Aparelho Respiratório: sem queixas.

Aparelho Digestório: hábito intestinal regular. Apetite aumentado. Prefere comidas bem salgadas, mas também gosta de doces. Gosta muito de ovo. Tem sede de bebidas frias.

Aparelho Circulatório: sem queixas.

Aparelho Locomotor: sem queixas.

3.1.8 Exame Físico

Ectoscopia: BEG, consciente, orientada no tempo e espaço, eupneica, hidratada, corada, afebril. É longilínea, comunicativa e inquieta.

Oroscopia/Otoscopia: sem alterações.

Pulmão: murmúrio vesicular presente, bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Coração: bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros.

Abdome: plano, flácido, indolor à palpação, sem abaulamentos, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias.

Extremidades: boa perfusão periférica, sem edema, sem deformidades.

3.2 Exame Neuropsicológico

Anexo I. Relatório emitido em 30 de abril de 2018, referente ao período de avaliação entre 24/06/2017 a 27/03/2018. Realizado pela Psicóloga Clínica com especialização em Neuropsicologia, Juliana Costa, CRP/MT 18/02298.

3.3 Repertorização

Utilizando o Repertório de Homeopatia Digital Homeosoft / Ariovaldo Ribeiro Filho, foi realizada a repertorização dos sintomas homeopáticos com sintoma diretor e soma de rubricas, obtendo-se o resultado pela soma da pontuação e cobertura.

Repertorização

Data: 22/05/2019 00:50:51

Repertório Homeopático Digital - HOMEOSOFT 3.0.0.263

Id	Sintomas da Repertorização	Diret	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1	MENTAL -> CONCENTRACAO -> dificil -> atencao, nao pode fixar a	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	MENTAL -> CONCENTRACAO -> dificil -> criancas, em	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	MENTAL -> CONCENTRACAO -> dificil -> estudando, lendo, etc. -> aprende com dificuldade	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	MENTAL -> AMOR -> animais, por	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	MENTAL -> COMPASSIVO -> animais, para com os	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	MENTAL -> COMPASSIVO	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	MENTAL -> IMPULSIVO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	MENTAL -> CONSOLO, palavras amaveis -> melh., consolo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	MENTAL -> CONFIANCA EM SI MESMO, falta de	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	MENTAL -> DESAMPARO, sentimento de; falta de apoio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	MENTAL -> ANSIEDADE -> criancas, em	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	GENERALIDADES -> FRIORENTO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	CABECA -> DOR, cefaleia em geral -> atencao excessivamente ansiosa, por	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	CABECA -> DOR, cefaleia em geral -> estudantes, em -> escolares, meninas	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	CABECA -> DOR, cefaleia em geral -> ARDENTE -> cerebro estivesse em fogo, como se o	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Repertorização												
Id	Abrev	Cobert.	Pts	S1	S2	S3	7	8	9	10	12	
1	PHOS	6	14	2	3	2	0	2	1	1	3	0
2	CARC	6	12	3	2	0	1	1	3	1	1	0
3	IGN	6	10	1	2	2	2	0	1	0	2	0
4	MED	6	9	3	1	0	1	0	2	1	1	0
5	NAT-M	5	12	1	2	2	2	0	3	0	2	0

3.4 Diagnóstico

Diagnóstico nosológico: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Apresentação predominantemente desatenta. (Segundo o DSM – V, 2013).

Diagnóstico homeopático:

✓ Medicamentoso: *Phosphorus*.

- ✓ Lesionabilidade (Classificação clínica de Masi-Elizalde): Paciente funcional.
- ✓ Prognóstico Clínico Dinâmico: 4ª observação de Kent: Restabelecimento do enfermo, sem agravação.

3.5 Conduta

Ao final da consulta, após a repertorização, foi prescrito: *Phosphorus* 30CH, 5 gotas, 1 vez ao dia até o retorno agendado para 30 dias.

3.6 Evolução

3.6.1 Retorno I

Após cerca de 1 mês, em 28/06/2018, paciente retorna ao consultório, acompanhada pela mãe.

Segue o relato da paciente:

“Doutora, eu nunca me senti tão bem na vida! Nunca achei q ia conseguir tirar uma nota tão boa assim!!! Eu tô indo super, mega bem nas provas! Tô conseguindo estudar sem doer minha cabeça... antes, eu achava que ela ia pegar fogo, não ficava quente, mas eu tinha impressão que ia fundir minha cabeça de tanto pensar! Agora, eu consigo até prestar atenção nas aulas chatas!!! Eu nem sei explicar... só sei que não quero mais parar de tomar esse remédio!!! Parece que “acendeu uma luz na minha cabeça! Eu falei pra minha mãe, que agora que eu vi que consigo aprender, preciso pensar bem no que vou fazer da minha vida, sabe... pra que que eu vim nesse mundo?!”

A mãe completa o relato dizendo:

“Nunca vi minha filha tão bem assim, acabou aquela menina que ficava triste por qualquer coisa, vivia ansiosa, inquieta... no mundo da lua! Ela voltou a dormir sozinha no quarto dela, está cada dia mais independente... faz as tarefas da escola sozinha, estuda... fez umas provas e voltou feliz da vida com as notas que tirou. Até a carência dela melhorou, ela está ainda mais carinhosa, ainda continua manhosa, fica pendendo atenção e carinho, mas agora consegue esperar... nossa, a impaciência dela, como melhorou!

A única coisa que ela ainda teve alguns probleminhas foi com relação às amizades. Andou tendo alguns desentendimentos por ser muito explosiva eu acho. E também porque ela quer demais agradar os outros, ser popular, ser querida pelas amigas... faz qualquer coisa para isso. É daquelas pessoas que acham que as amizades estão acima de tudo, e por isso as vezes eu acho q ela sofre... com coisas que nem são dela mesmo!”

Conduta: Foi mantido o medicamento *Phosphorus*, na mesma posologia, porém na potência de 60CH, por mais 60 dias, até o próximo retorno.

3.6.2 Retorno II

Após 2 meses, em 30/08/2018, a paciente e a mãe retornam.

“Pronto Dra., agora acho que se melhorar estraga! Acabaram-se as queixas em relação aos amigos. V.N. está do jeito que sempre sonhou... uma menina super popular na escola! Os professores me chamaram na escola, para perguntar o que houve com ela... tamanha a mudança. Disseram que nunca viram isso acontecer. Ela se prontificou a criar uma turma de reforço para ajudar os amigos, doutora, ela está dando aula pros amigos que estão com notas baixas, dá pra acreditar?”

A paciente ficou 4 dias sem o medicamento quando acabou o frasco e relatou que foi muito ruim, que ficou com medo dos problemas voltarem... ficou ansiosa, a cabeça doeu, ficou irritada. Mas tudo melhorou novamente quando voltou a fazer uso regular da medicação.

Conduta: Mantido a medicação Phosphorus 60CH, 5 gotas, 1 vez ao dia até o próximo retorno, em 4 meses (no final do ano).

3.6.3 Retorno III

Em 18/12/2018, a paciente retorna, novamente acompanhada da mãe, trazendo em mãos, o seu Boletim Escolar 2018.

“Dra. eu voltei para agradecer, pois esse remédio me fez muito bem!!! Eu nunca tinha passado de ano sem recuperação. Passei direto em todas as matérias. Nem eu mesma acredito nisso! Nunca achei que isso ia acontecer um dia.

Não tenho nada para me queixar, não fiquei doente nenhuma vez esse ano, nem gripe eu tive! Eu só não quero parar de tomar meu remédio, nem um dia sequer! Hoje me sinto uma pessoa muito melhor e sei que agora vou conseguir estudar para ser uma veterinária e montar a ONG, e vou dedicar minha vida a ajudar as pessoas e os animais!!!”

Conduta: Mantido medicação, potência e posologia. Retorno em aberto, quando necessário.

4. DISCUSSÃO

Imediatamente após o diagnóstico de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ter sido firmado pela psiquiatra infantil, a mãe buscou uma abordagem homeopática para o tratamento de sua filha, sem iniciar o tratamento alopático que foi prescrito.

Sendo assim, seguindo os preceitos estabelecidos por KENT, com base nos sintomas homeopáticos identificados, valorizados e selecionados na anamnese colhida com a mãe e a paciente, foi definida a Síndrome Mínima de Valor Máximo (S.M.V.M) ou a totalidade mínima característica. Feito isso, procedeu-se a repertorização desses sintomas homeopáticos, utilizando-se o Repertório Homeopático Digital - HOMEOSOFT / Ariovaldo Ribeiro Filho, na versão 3.0.0.263, com sintoma diretor e somatória de rubricas. Obteve-se o resultado através da soma da pontuação e da cobertura. Os medicamentos com maior resultado desta soma, foram o *Phosphorus* (com 20 pontos), seguido pelo *Carsinosinum* (com 18 pontos) e *Ignatia amara* (16 pontos).

Para a escolha do medicamento a ser prescrito, além do resultado obtido dessa repertorização, foi utilizado os conhecimentos sobre a matéria médica do medicamento *Phosphorus*, conforme HAHNEMANN orienta no §147 do Organon:

“O remédio homeopático ou o “simillimum” é o agente medicinal cujos sintomas patogenéticos guardam a maior relação de semelhança com a totalidade sintomática característica do caso.”

Citando M. L. TYLER: “*Phosphorus* está entre as nossas drogas melhor experimentadas – nossas drogas mais constantemente úteis e, além disso, um remédio de sintomas característicos bastante definidos.”

O medicamento homeopático Phosphorus pertence a família dos metalóides e é extraído dos ossos calcinados. Bioquimicamente falando, o Fósforo tem um papel de destaque nas atividades osteoblásticas e osteoclásticas. Para PASCHERO, “O fósforo preside as oxidações...”

Enquanto elemento químico, o Phosphorus tem como característica mais marcante, a facilidade de se ligar a outros elementos químicos. Em grego, Phos = luz e Phorus = portador, ou seja, “portador de luz”. Assim o tema principal da patologia de Phosphorus é a Difusão/Iluminação. No campo mental, é o que explica a grande necessidade e facilidade que essas pessoas têm de se comunicar com os outros e com o meio ambiente. Naturalmente são pessoas que se espalham, sem limites ou barreiras. E, a partir desta visão, fica bem fácil entender porque Phosphorus é conhecido como um grande doador de afeto, tendo como uma grande característica mental, a afetividade (Afetuoso). Ainda sobre esse tema, podemos incluir outra importante característica dessas pessoas, que é a grande necessidade de ser compreendido e ser querido. Isso também explica porque elas melhoram com o consolo. Esses sintomas tão característicos de Phosphorus também foram relatados pela própria paciente na primeira consulta.

Para HAHNEMANN, esses indivíduos são a “Exaltação do sentido de fraternidade”. Na história da paciente relatada, podemos perceber que após o uso da medicação homeopática adequada, já no primeiro retorno, a paciente cita “... preciso pensar bem no que vou fazer da minha vida, sabe... pra que eu vim nesse mundo?!”.

Outra importante característica das pessoas de *Phosphorus*, é a Compassividade. No livro, Estudo das Rubricas Repertoriais, de Marcus Zulian Teixeira, a definição de Compassivo é: “compartilha dos problemas, crises ou tragédias alheias, auxiliando-os; solidário.” Durante a primeira consulta, a mãe da

paciente relata e enfatiza essa característica da paciente: “Acho que ela sofre mais com os problemas dos outros do que com os dela mesmo”.

BRUNINI e SAMPAIO citam como importante personalidade que representa esse medicamento São Francisco de Assis. Além de ser um ilustre representante do sentimento de fraternidade, esse personagem também ilustra outra característica das pessoas de *Phosphorus*, que é o amor pelos animais. Novamente, podemos encontrar na paciente em questão, essa característica, de forma marcante e enfática.

Ainda seguindo a mesma idéia da representação do medicamento na chama, que se acende ou se apaga rapidamente, podemos entender porque esses indivíduos sofrem com os opostos complementares da vida. Assim, podemos inferir outros importantes sintomas mentais desses pacientes, que são:

- o Medo (da morte, da solidão/deseja companhia)
- a sensação de desamparo (melhora com o consolo)
- a falta de confiança em si mesmo
- a sensibilidade aumentada, (impressionável, sensível a ruídos, música, às dores).

Apesar da riqueza dos sintomas mentais desse medicamento, ele também é muito importante em outros sintomas físicos, como por exemplo, nas queimaduras, nas dores ardentes/queimantes, nos sangramentos e nas coagulopatias (“fraternidade plaquetária), nas pneumonias, na fotofobia e outras aplicações.

Após a anamnese, a repertorização e antecendendo a primeira prescrição, conforme recomenda MAZI-ELIZALDE, foi estabelecida a classificação clínica como paciente funcional. A seguir, segundo KENT, o prognóstico clínico dinâmico deveria seguir a 4^a observação, esperando dessa forma, que a paciente apresentasse

melhora dos sintomas mentais, gerais e funcionais, sem agravação, com recuperação suave, progressiva e SSBEG § 253 do *Organon*.

No primeiro retorno, após 30 dias de uso regular da medicação, a paciente apresentou uma melhora dos principais sintomas, com SSBEG, indicando que a escolha do medicamento foi adequada. Porém, resolvemos aumentar a potência para 60 CH, mantendo o mesmo medicamento.

No segundo retorno, aumentamos o intervalo da última consulta e a paciente manteve melhora significativa dos sintomas, com SSBEG. Por isso, resolvemos manter o mesmo medicamento, na mesma potência.

No terceiro e último retorno até o momento, a paciente continuou apresentando melhora progressiva dos sintomas, com excelente resultado objetivo no desempenho escolar ao longo do ano letivo. Por esse motivo, resolvemos deixar o retorno em aberto, quando e se necessário.

5. CONCLUSÃO

Apesar do diagnóstico nosológico de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ter ocorrido tardiamente (aos 12 anos) em relação à média dos pacientes com o mesmo transtorno, a paciente em questão apresentou um excelente resultado, em curto espaço de tempo, com o tratamento homeopático.

HAHNEMANN discorre, no § 2 do Organon, sobre o Ideal de Cura:

“O mais alto ideal de cura é o restabelecimento pronto, suave e permanente da saúde; é a eliminação e aniquilamento da doença, em toda sua extensão, pelo caminho mais curto, seguro e menos danoso possível, apoiando-se sobre princípios claros e facilmente compreensíveis.”

Podemos dizer que o desfecho deste caso relatado representa com assertividade o ideal de cura proposto por HAHNEMANN. As mudanças ocorridas atenderam às expectativas e surpreenderam a paciente e sua família, melhorando o rendimento escolar, a auto-estima, os relacionamentos interpessoais e sociais da menor. Espera-se, também que ocorra uma drástica redução das co-morbidades comumente encontradas nos pacientes com esse transtorno. Essas melhorias, trarão impactos profundos no futuro acadêmico e profissional, pessoal e social da paciente, trazendo perspectivas de uma vida próspera e de sucesso.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

BARBOSA, CLAUDIA WALTRICK MACHADO. Déficit de atenção e hiperatividade: para além do diagnóstico. Curitiba: Editora Appris, 2017. 1ª edição.

BONADIO, RAA, and MORI, NNR. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica [online]. Maringá: Eduem, 2013, 251 p. ISBN 978-85-7628-657-8. Available from SciELO Books .

BRUNINI, C.R.; GIORGI, M.S. Matéria médica homeopática interpretada. Belo Horizonte: Robe Editorial, 2010.

LATHOUD, J.A. Estudos de Matéria Médica Homeopática. São Paulo. Editora Organon, 2010. 3ª edição.

PUSTIGLIONE, M. O Organon da Arte de Curar de Samuel Hahnemann para o Século 21. São Paulo: Editora Organon, 2017. 1ª reimpressão.

RIBEIRO FILHO, A. Conhecendo o repertório e a semiologia homeopática. São Paulo: Editora Organon, 2008. 2ª edição.

TYLER, M.L. Retratos de medicamentos homeopáticos com Repertório de Sintomas. São Paulo. Editora Organon, 2016

POLANCZYK, G. ROHDE, L.A. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion, 2007. Jul; 20(4):386-92

METZNER, B.S. **Sintomas característicos da matéria médica homeopática.** São Paulo: Editora Organon, 2006.

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

ANEXO



RELATÓRIO NEUROPSICOLÓGICO

I-Dados de Identificação

Nome Vitoria Naiobi gomes Dos Santos
Data de Nascimento 21/04/2006
Idade 12 anos
Escolaridade Ensino Médio 7 ano
Data da Avaliação 24/06/17 a 27/03/18
Avaliadora Juliana Costa, Psicóloga Clínica, CRP 18/02298
Esp. Neuropsicologia.

II- Queixa

Segundo sua genitora, Vitoria vem apresentando dificuldades escolares diversas: falta de atenção, concentração, inquietude, dificuldade de aprendizagem, irritabilidade e mudanças de humor.

Foi encaminhado a presente avaliação psicológica por sua genitora, e os mesmos aguarda relatório com diretrizes para diagnóstico diferencial e condutas terapêuticas sugeridas.

III- História Atual e Antecedentes Pessoais

A paciente mora em Cuiabá/MT, sua família é composta por sua genitora e seus avós maternos.

Vitória nasceu de parto normal, recebeu alta com a mãe, não apresentou atraso nas primeiras fases.

Tipicamente, sua rotina diária é levantar de manhã ir para a escola, tem aula de reforço duas vezes na semana, ajuda nas tarefas diárias da casa, faz suas tarefas e brinca.



Tendo por base a história acima, a paciente foi submetida a bateria de avaliação neuropsicológica composta por Escala Wechsler para crianças – WISC-IV (Avaliação

De Inteligência), teste de Atenção BPA (AC/AD/AA), TDAH- Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Teste Projetivo HTP (avaliação de traços psicopatológicos de personalidade) e protocolos.

Segue abaixo a apresentação e discussão dos resultados obtidos pela paciente.

IV- Síntese das Avaliações

Durante as avaliações, a paciente demonstrou dificuldade em concentrar-se e manter o foco e um quadro de ansiedade, imaturidade e esforço irrealista para atingir o máximo de pontuação, mantendo um quadro de esquivas quando solicitado sua atenção.

A paciente aparentemente não apresentou dificuldades em compreender as instruções dos testes, seu comportamento na sala foi com traços de imaturidade.

Analisando os subtestes do WISC-IV, a paciente apresentou:

Compreensão verbal - formado por subtestes que se destinam à aferição das habilidades verbais por meio do raciocínio, da compreensão e da conceituação.

Apresentou habilidade **dentro da média** para sua faixa etária, no conhecimento de palavras e a formação de conceitos verbais, assim como a expressão e o raciocínio verbal, a capacidade de conceituação, de transmissão da informação de ordem prática e julgamento estão dentro da média de sua faixa etária demonstrando dificuldades nessas áreas.

Organização Perceptual – Indicou desempenho na organização perceptual **dentro da média da sua faixa etária**.

Avalia formação de conceitos não verbais, percepção e organização visual, processamento simultâneo, coordenação visuomotora, aprendizagem e a habilidade de separar figura e fundo de um estímulo visual.

A habilidade de analisar e sintetizar estímulos visuais abstratos, apresentou facilidade na coordenação visuoespacial, na criação de conceitos não verbais, percepção visual



e organização, processamento simultâneo, coordenação visual e motora, habilidade para separar figura e fundo por estímulos visuais.

Memória Operacional – Avalia as habilidades de sustentar a atenção, concentração e exercer controle mental.

Essa habilidade é importante para a organização perceptual e para manter-se consciente de uma informação recebida, desenvolver atividades, saber manipulá-la e, a partir dela obter um resultado. Envolve a memorização, atenção, codificação, processamento auditivo, agilidade mental, imagens visuais e espaciais e velocidade de processamento. Apresentou desempenho **abaixo da média** para sua faixa etária, muita dificuldade em relação a agilidade mental quanto ao raciocínio matemático, apresentou um quadro dentro da média em sequenciamento e fluidez de raciocínio lógico.

Velocidade de Processamento - Inferior.

Envolve memória de curto prazo, aprendizado, percepção visual, coordenação visual e motora, amplitude visual e sequencial, habilidade de planejamento e concentração. Velocidade de processamento é um indicador da velocidade com a qual a criança pode processar mentalmente uma informação, simples ou rotineira, sem errar. Desempenhos em tarefas dessa natureza podem ser influenciados pela discriminação visual e coordenação visuomotora.

Seu desempenho foi melhor na habilidade de raciocinar a nível de abstração que envolva cálculos.

Foi prejudicada nas habilidades que envolveram a coordenação visuomotora e visuoconstrutiva, compreensão verbal e velocidade de processamento.

Total do QI- soma dos pontos ponderados (96). Indicativo de QI dentro da média.

A análise do protocolo HTP produzido pela paciente indica que sua produção gráfica, está dentro da média para sua faixa etária e sua escolaridade.

Da análise dos protocolos, é possível inferir que Vitória está apresentando sintomas claros de sentimento de inferioridade, infantilizado e de inadequação, uma tendência de se afastar do ambiente e hostilidade quando confrontada.

Adf



Juliana Costa

Sugiro que Vitória seja estimulada através de ginástica para o cérebro, (Kumon, ou Supera), e encaminhado para Neurologista/Psiquiatra/Psicopedagoga e terapia cognitiva comportamental.

Cuiabá, 30 de Abril de 2018.

Juliana Costa
Psicóloga
CRP 18/02298

Juliana Costa, Psicóloga Clínica, CRP 18/02298.
Esp. Neuropsicologia.