

FACIS – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CINTIA FERNANDES

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DOS DISTÚRBIOS DO SONO NA INFÂNCIA

SÃO PAULO

2013

CINTIA FERNANDES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM HOMEOPATIA

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DOS DISTÚRBIOS DO SONO NA INFÂNCIA

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da
Saúde para a obtenção de Certificado de Conclusão do
Curso de Especialização em Homeopatia

Orientador: Prof. Sérgio Eiji Furuta

SÃO PAULO

2013

*Aos meus amados pais Jairo e Cleyde
Por acreditarem no meu sonho e me ajudarem
A torná-lo realidade.*

*“É tão tarde
A manhã já vem
Todos dormem
a noite também.
Só eu velo
por você, meu bem
Dorme anjo,
O boi pega neném*

*Lá do céu
Deixam de cantar
Os anjinhos
Foram se deitar
Mamãezinha
Precisa descansar
Dorme, anjo
Papai vai lhe ninar
Boi, boi, boi,
Boi da cara preta
Pega essa menina
Que tem medo de careta”*

*Música ACALANTO de Dorival Caymmi para
Sua filha Nana Caymmi*

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, a Deus, que sempre está sempre ao meu lado e por me proporcionar a oportunidade de exercer a “Arte de Curar”.

Aos meus pais, Jairo e Cleyde, pelo seu amor incondicional.

À minha família que sempre acreditou no meu trabalho, agradeço pelo carinho de sempre.

Ao Professor Dr. Sérgio Eiji Furuta pelas orientações, sugestões e ensinamentos, feitos sempre com muito carinho, respeito, competência, conhecimento e acima de tudo amizade.

Aos Professores e amigos Dr. Oswaldo Cudizio Filho e Dra. Sandra A. G. Pinto pela capacidade de transferirem o que sabem e como mestres já aprenderam o que ensinam.

Aos demais Professores da FACIS pelo aprendizado, amizade e por me ajudarem a avançar em mais uma etapa de conhecimento fascinante: a Homeopatia.

Aos colegas que se tornaram meus companheiros e amigos ao longo do curso: Abrão, Manoel, Kelly, Luis Eduardo.

À Beth e ao Regis pela amizade e pelos conhecimentos partilhados e sugestões sempre pertinentes nos nossos Ambulatórios.

À amiga e colega de trabalho na Faculdade de Medicina ABC, Vanessa Tomaz de Castro Moraes, neuropediatra do Instituto da Criança HC-FMUSP, pelas sugestões bibliográficas.

Aos funcionários da Secretaria e Biblioteca da FACIS pelo apoio e atenção sempre presentes.

À Sra. Renata, bibliotecária da APH, pela presteza e gentileza quanto às pesquisas bibliográficas.

Aos meus pequenos pacientes, por vê-los crescer, cuidar da sua saúde e ver os seus sorrisos.

RESUMO

A autora faz uma revisão bibliográfica sobre os distúrbios do sono em crianças e suas formas de tratamento tradicionais. Ela apresenta a Homeopatia como uma alternativa terapêutica vantajosa e segura destes distúrbios e relata um caso clínico tratado homeopaticamente.

Unitermos: sono, distúrbios do sono, transtornos do sono, desordens do sono, criança, infância, homeopatia, tratamento, terapêutica, insônia, parassonias

ABSTRACT

Author presents a bibliographical revision about sleep disorders in children and their traditional forms of treatment. She presents Homeopathy as an advantage, safe, and alternative therapeutic of these disturbances and reports a clinical case treated homeopathically.

Keywords: sleep, sleep disorders, child, childhood, children, homeopathy, treatment, therapy, insomnia, parasomnias.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
SUMÁRIO.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Considerações Gerais sobre o Sono.....	11
1.1.1 Fisiologia do Sono.....	11
1.1.2 Fisiologia do Sono Infantil.....	13
2. TRANSTORNOS DO SONO NA INFÂNCIA.....	16
2.1 Generalidades.....	16
2.2 Incidência.....	16
2.3 Conceitos.....	17
2.4 Diagnóstico Clínico.....	21
2.5 Exames Complementares.....	22
2.6 Encaminhamento ao Especialista.....	23
2.7 Higiene do Sono.....	25
2.8 Terapêutica Farmacológica Convencional.....	29
3. HOMEOPATIA.....	31
3.1 Contribuição da Homeopatia no Tratamento dos Distúrbios do Sono na Criança.....	35
3.2 Anamnese Homeopática do Sono Infantil.....	34
3.3 Rubricas do Sono Infantil:.....	37
3.4 Principais Medicamentos Homeopáticos para as Desordens de Sono na Infância.....	46
4. APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO.....	67

5. DISCUSSÃO.....	71
6. CONCLUSÃO.....	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77a 80

INTRODUÇÃO

O sono tem importante papel na manutenção de várias funções fisiológicas do organismo e é um dos responsáveis pelo equilíbrio emocional e cognitivo do ser humano.

O sono infantil apresenta características peculiares relativas às diferentes faixas etárias, de acordo com o amadurecimento do Sistema Nervoso Central. O sono adequado à idade da criança é um dos fatores importantes para um crescimento e desenvolvimento normais, saúde orgânica e emocional e função imunológica adequada.

Quando a criança não dorme o tempo necessário para suprir suas necessidades, ou quando não tem um sono repousante, pode acordar cansada e não conseguir desempenhar satisfatoriamente as funções cognitivas de memória e atenção. Os transtornos do sono se tornam um problema real para a família e a criança, quando causam desconforto e sofrimento, necessitando de uma avaliação e conduta corretas.

Diferenciar as variações do sono normal da criança (com suas alterações de maturidade normais, das influências sociais, culturais e familiares), dos distúrbios do sono é desafiante.

Os distúrbios, transtornos ou disfunções do sono são freqüentes na infância, porém são pouco conhecidos e investigados nas consultas de rotina pediátricas. Tal fato despertou em nós o desejo de um estudo mais aprofundado.

O tratamento inclui medidas de higiene do sono, terapêutica especializada e armada e, eventualmente, o uso de fármacos como os benzodiazepínicos, hipnóticos e anti-histamínicos, que é controverso e sua indicação é restrito aos casos selecionados. Seu uso indiscriminado não é indicado pela falta de evidências quanto à segurança em crianças e o risco de efeitos adversos. Observamos então, uma boa oportunidade de estudar nestes casos, o emprego da terapêutica homeopática.

Utilizamos livros e artigos científicos selecionados *on line* no Scielo; pesquisas de base de dados na Biblioteca de Dados *on line* da Bireme e Cochrane e Bibliotecas da Associação Paulista de Homeopatia e da FACIS. Através desta revisão bibliográfica mostramos a Homeopatia como uma terapêutica possível, vantajosa e segura para os distúrbios do sono na infância.

1.1 Considerações Gerais sobre o Sono

1.1.1 Fisiologia do Sono

O sono é um estado fisiológico especial que ocorre de maneira cíclica em uma grande variedade de seres vivos do reino animal, tendo sido observados comportamentos de repouso e atividade, compondo um ciclo vigília-sono rudimentar, em animais tão inferiores na escala zoológica como os insetos. Mas, a caracterização do sono por parâmetros eletrofisiológicos já foi feita em anfíbios, répteis e mamíferos, além do ser humano em FERNANDES (2006).

O sono pode ser definido como um estado de inconsciência que ocorre no repouso normal e é periódico. No homem e nos animais superiores, se caracteriza especialmente pela supressão da atividade perceptiva e motora voluntária, variável em seu grau de profundidade, encontrando-se a vontade e a consciência em estado parcial ou total de suspensão temporária. O indivíduo pode ser despertado por estímulos sensoriais, ou por outros estímulos. O sono se diferencia do estado de coma, no qual a pessoa não pode ser despertada segundo RUMJANEK (2002).

O sono é tipicamente, mas não necessariamente, iniciado em decúbito dorsal horizontal, em quietude comportamental, com os olhos fechados e com todos os outros indicadores comumente associados ao o sono.

O sono tem como funções: a reparação do corpo, restauração da atividade cerebral, regulação das funções cerebrais, termorregulação e conservação de energia, manutenção da imunocompetência, consolidação da memória e aprendizagem.

A ausência do sono é danosa para o funcionamento do organismo. Em um estudo, ratos morreram após ficarem privados totalmente do sono (em média 21 dias). Eles claramente morreram em decorrência da falta de sono. Alguns mecanismos causais propostos no estudo foram: bacteremia, sepse, alta taxa metabólica basal, perda de peso, febre, lesões ulcerativas de pele, imunodeficiência. Na privação parcial do sono ocorreram mudanças semelhantes, mas com ritmo mais lento de progressão (a morte ocorreu após uma média de 37 dias). A recuperação de sono resultou na sobrevivência dos animais em YOUNG & TIPPMANN-PEIKERT (2007).

Segundo RUMJANEK (2002), durante o sono, transitamos entre dois estágios: o sono não-REM e o sono REM. REM é a sigla de Rapid Eye Moviments, movimentos rápidos dos olhos, em inglês.

O sono profundo, repousante, que ocorre na primeira parte da noite, chamado sono de ondas lentas ou sono não-REM (NREM). No sono NREM as ondas do EEG (eletroencefalograma), são grandes e lentas. É caracterizado pela ausência de movimentos oculares rápidos e que vai se tomando cada vez mais profundo, com relaxamento muscular progressivo e consequente redução dos movimentos corporais. No sono não-REM há uma diminuição da atividade do Sistema Nervoso Autômato (SNA) simpático e um aumento do tônus parassimpático para níveis mais altos se comparados aos da vigília. Há uma diminuição do metabolismo na ordem de 10 a 30%. Ocorre estabilização das frequências cardíaca e respiratória e pressão arterial em ALVES & NAVARRO (2008).

No sono REM, também conhecido como sono paradoxal, (os olhos se movem rapidamente, apesar de se estar dormindo), são característicos: acentuada atividade cerebral, aumento do metabolismo em várias regiões encefálicas se comparado com o período de vigília, aumento da temperatura corpórea e flutuações cardiorrespiratórias. Segundo ALVES & NAVARRO (2008), no adulto, o sono REM ocorre em ciclos com cerca de 90 minutos durante a noite, ocupando cerca de 25% do tempo total de sono. O sono é menos repousante e associado aos sonhos, abalos musculares e atonia muscular. A movimentação corporal é mais ativa durante o sono REM. Há uma instabilidade do SNA simpático com variações da frequência cardíaca (braditaquicardia) e respiratória, da pressão arterial, débito cardíaco, fluxo sanguíneo coronariano e cerebral e ereções penianas. Despertamos durante a fase REM. O estágio REM serve para o indivíduo "ir acordando" do sono profundo.

Os sonos NREM e REM se repetem no adulto jovem a cada 90 minutos, com 4 a 6 ciclos de cerca de 60 a 110 minutos por noite, com 80% do tempo de sono NREM (cerca de 90 minutos) e 20% sono REM (cerca de 20 minutos).

O Sistema Reticular Ativador Ascendente (feixes nervosos que se estendem até tálamo, hipotálamo e córtex) interligam os núcleos da rafe localizados entre o bulbo e a ponte. Após horas de vigília, os neurônios ficam fatigados e a ativação do córtex se desfaz, induzindo ao estado de sono. Os núcleos da rafe secretam serotonina, que é um importante neurotransmissor associado ao sono por RUMJANEK (2002).

O hipotálamo possui um núcleo chamado supraquiasmático hipotalâmico (NSQ), situado acima do quiasma óptico. Ele é estimulado pela luz diurna que incide pela retina. Durante a noite (escuro) a glândula pineal secreta a melatonina, que está associada ao ritmo sono-vigília. O NSQ é considerado um marca-passo do ritmo circadiano e dos ciclos sono-vigília.

O sono está relacionado com a secreção de vários hormônios, dentre eles o hormônio do crescimento (GH), que é secretado pela hipófise nas fases mais profundas do sono. O cortisol tem sua produção diminuída durante a noite e volta a aumentar pela manhã, preparando o corpo para o despertar de acordo com ALVES & NAVARRO (2008).

O estresse pode desencadear a insônia pela secreção aumentada do cortisol. A contenção dos sentimentos leva a um estresse emocional que desencadeia a insônia, piorando a dificuldade em dormir, com o passar do tempo.

O sono é regulado por vários neurotransmissores e hormônios que operam em harmonia para garantir que esse processo tão fundamental não seja gravemente perturbado por fatores ambientais. Sabe-se que, um sistema imunológico bem preservado é essencial para a sobrevivência. O estresse pode levar a um aumento do cortisol e prejudicar o sono. Uma resposta adequada ao estresse evocada pelo indivíduo é vital para o perfeito funcionamento dos sistemas neuroendócrino e imunológico. O aumento do cortisol é o principal fator mediador dos prejuízos induzidos por transtornos do sono no sistema imunológico em PALMA *et al* (2007).

1.1.2 Fisiologia do Sono Infantil

Os Recém-Nascidos (RNs) têm mais tempo de sono REM, em comparação aos adultos e crianças maiores, com cerca de 50% sono NREM e 50% sono REM. No prematuro, até a idade gestacional de 32 semanas, temos apenas o sono REM. Quanto mais prematuro for o RN, maior a duração do tempo em sono REM. Durante o primeiro mês de vida, o RN inicia a adaptação do ciclo sono-vigília ao ciclo noite-dia. No final do primeiro mês de vida, os períodos de sono noturno passam a ser mais longos. Ocorrem modificações estruturais importantes na arquitetura do SNC (Sistema Nervoso Central). Estas alterações levam a um amadurecimento do SNC e a um aumento do sono NREM e diminuição do sono REM, conforme PESSOA (2013).

Ao nascer, a criança dorme de 16 a 18 horas (até 80% das 24 horas de um dia). Os sonos NREM e REM se repetem em ciclos mais curtos que os do adulto, a cada 50 a 60 minutos. Com o passar dos dias, passa a dormir mais à noite do que de dia. Aos dois meses, o bebê pode dormir até 5 horas seguidas por noite. Aos seis meses, pode chegar a dormir quase a noite toda. Até os dois anos, o bebê dorme de 13 a 15 horas. Na idade pré-escolar (dos dois aos cinco anos) a criança dorme uma hora a menos, cerca de 12 horas. A partir dos cinco anos dormem de 10 a 12 horas por noite e não ocorrem mais períodos de sono diurno, quando o sono noturno já está consolidado.

Conforme a criança cresce, o número de horas de sono vai diminuindo. O adolescente necessita de 10 horas de sono, aproximando-se do adulto, que precisa de 8 a 5 horas de sono por noite em PESSOA (2013).

Nos primeiros anos de vida, o sono ocupa uma proporção importante da vida: aos dois anos de idade, a criança passou uma média de 13 meses dormindo, segundo MADEIRA & AQUINO (2003).

O comportamento da criança em relação ao sono deve ser entendido no contexto do desenvolvimento e de suas etapas, ao longo das quais o bebê vai amadurecendo. Este processo é determinado por mudanças nos padrões neuropsicológicos da criança e modelado por práticas interpessoais, sociais e culturais da família. As características do sono alteram-se durante o decorrer da infância, acompanhando as transformações do crescimento e desenvolvimento.

Além das características biológicas ou genéticas individuais, o sono sofre influências de fatores extrínsecos, particularmente, questões sócio-culturais.

O sono diurno é considerado normal, na forma de cochilo rotineiro, até a idade escolar. Temos em algumas culturas, o sono diurno rotineiro, a sesta, considerada normal para todas as faixas etárias em ALVES, EJZENBERG & OKAY (2002).

Particularidades anatômicas e fisiológicas da criança fazem com que ela se torne mais vulnerável do que o adulto à passagem de ar, podendo atrapalhar o sono. Nos dois primeiros anos de vida a respiração é basicamente nasal e qualquer obstrução nasal dificulta a respiração. A faringe pode ser obstruída mais facilmente pela cartilagem epiglote que é mais longa e rígida. A cartilagem

cricóide é mais estreita, dificultando a passagem de ar. Como a resistência é inversamente proporcional ao raio à quarta potência, qualquer estreitamento das vias aéreas do lactente leva a uma grande dificuldade à passagem do ar. A arquitetura brônquica tem menos fibras elásticas cartilaginosas e a sua distribuição é irregular e imatura na infância. A caixa torácica é de formato circular e o diafragma se posiciona mais horizontalmente, limitando sua expansibilidade, se comparado ao adulto. O pulmão jovem tem menos alvéolos e os mesmos são pequenos. A área de troca gasosa é menor que a do adulto. A hipotonia muscular própria do sono REM, leva a uma disfunção e estresse respiratório. Fisiologicamente, a criança nasce com uma taxa maior de hemoglobina, tem maior consumo de oxigênio e uma maior taxa metabólica basal e maior risco de distúrbios metabólicos como a hipoglicemia. Até os dois anos têm a homeostase mantida em limites estreitos pela imaturidade corporal e isto se intensifica no período do sono por ALVES & NAVARRO (2008).

2. TRANSTORNOS DO SONO NA INFÂNCIA

2.1 Generalidades

O sono é um fator primordial para o crescimento adequado da criança, assim como para o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. A infância é dividida em três faixas etárias distintas: a do lactente (dos 29 dias até dois anos), pré-escolar (dois aos sete anos) e escolar (dos sete aos 10 anos).

As perturbações do sono são comuns na infância e podem ter repercussões variadas tais como alterações do humor, da aprendizagem e do comportamento, problemas de crescimento, falta de apetite, cansaço, comportamento alterado durante o dia, mau rendimento escolar, etc. Múltiplos despertares noturnos alteram a secreção do hormônio de crescimento, que ocorre no sono não-REM. No período de estirão de crescimento há uma necessidade maior desta fase do sono em BUSSE & BALDINI (1994).

A abordagem e relato dos hábitos e perturbações do sono, seja pela família, seja pelo médico, nem sempre são feitos nas consultas de rotina, ficando a sua detecção para uma fase mais tardia, na qual as manifestações e repercussões já se fazem sentir. A simples instituição de regras para uma boa higiene do sono, com criação de novos hábitos e rituais podem ser o suficientes para corrigir muitas destas alterações, como veremos a seguir em relato de MORAES, VEIGA & ESTEVÃO (2007).

2.2 Incidência

Em torno de 5 a 35% das crianças têm algum tipo de distúrbio do sono, em algum período do seu desenvolvimento. Ao contrário do que ocorre nos adultos, geralmente não é considerado pelos pais uma questão médica e passa despercebido inicialmente pelos cuidadores. O pediatra, na maioria dos casos, é o primeiro profissional a ser procurado pela família quando a criança não dorme bem HART (2005), PESSOA (2013) e NUNES & CAVALCANTE (2005).

2.3 Conceitos

Os distúrbios do sono são caracterizados por alterações motoras e/ou comportamentais associadas ao sono e podem ser responsáveis por interrupções do sono e as desordens do despertar.

Os distúrbios de sono na criança, de modo geral, não têm base orgânica e geralmente são transitórias, pois vão diminuindo com o crescimento. De uma maneira geral, os distúrbios do sono podem ser divididos em três grupos: dificuldade de manter ou iniciar o sono (insônias), sonolência excessiva diurna e as desordens do despertar (parassônias). As parassônias ocorrem mais comumente nas três primeiras horas do sono profundo – NREM.

Estes movimentos e/ou comportamentos representam fenômenos físicos e são decorrentes da ativação do sistema nervoso central, e podem levar à interrupção do sono. Há um despertar parcial no qual a criança apresenta movimentos, atividade mental e fala durante o sono. Aparecem após o primeiro ano de vida e ocorrem no início do sono. Geralmente têm histórico familiar positivo. As principais parassônias na criança são: despertar confusional, terror noturno, sonambulismo, pesadelos, sonilóquio e bruxismo ou ranger de dentes em NUNES & CAVALCANTE (2005).

As crianças com parassônias têm mecanismos mais imaturos ou alguma disfunção fisiológica transitória do SNC na ativação da passagem do sono não-REM, profundo, para o REM. Após apresentar a parassônia, a criança entra em sono REM. Acontecem mais nas três primeiras horas de sono profundo e as crianças não se lembram do ocorrido na manhã seguinte. Geralmente não acordam espontaneamente. Se forem acordadas, mostram-se desorientadas e voltam a dormir logo em seguida de acordo com BUSSE & BALDINI (1994).

Outras parassônias: Distúrbios da transição sono-vigília: desordem rítmica do movimento, bruxismo e enurese noturna, Desordens intrínsecas do sono: síndrome das pernas inquietas e movimentação periódica dos membros. Parassônias do sono REM: Desordem comportamental do sono REM, paralisia do sono e pesadelos.

Vamos discorrer sobre as parassônias mais comuns, que ocorrem durante o sono NREM, começando pelas alterações ou desordens do despertar : os despertares confusionais, terror noturno e sonambulismo.

DESPERTARES

Os despertares confusionais ocorrem principalmente na criança pequena, e manifestam-se por

movimentos de debaterem-se associados ao choro inconsolável, e geralmente acompanhados de intensa sudorese.

TERROR NOTURNO

O Terror Noturno consiste em episódios de despertar parcial do sono NREM, nos quais há atividade anômala motora, autonômica, de fala e de sonho, durante o sono delta. Acomete 3% das crianças e tem um importante componente familiar. Ocorre com maior frequência entre os 5 a 7 anos de idade. A ocorrência diminui com a idade, sendo que menos de 1% dos adultos apresentam este distúrbio do sono. Caracteriza-se pela alteração comportamental durante o sono, onde a criança senta-se na cama, gritando e chorando, com expressão de terror em seu rosto, olhos abertos, com aumento da frequência cardíaca, midríase, respirando rapidamente e com muita sudorese. Apresenta descarga autonômica. Os ataques duram de 10 segundos a 20 minutos, sendo raramente mais longos. As crianças voltam a dormir em seguida, sendo que não se recordam do fato ocorrido na manhã seguinte. Alguns episódios podem estar relacionados com estado febril em BUSSE & BALDINI (1994).

Os ataques de terror noturno tendem a ocorrer no início da noite, fato que pode ajudar na diferenciação com pesadelos que ocorrem na final da noite de sono.

SONAMBULISMO

O sonambulismo geralmente ocorre durante o sono profundo, no terço inicial da noite, com episódios de despertar parcial do sono NREM. O quadro é bastante típico. Com frequência o paciente senta-se na cama, levanta e caminha de olhos abertos, porém com olhar vago e distante, movimentos estereotipados, terminando por voltar à cama ou deitando em outro local da casa. A duração dos episódios pode ser de alguns minutos a meia hora. É difícil acordar completamente a criança durante o episódio. Como ocorre no terror noturno, a criança não se lembra do episódio sonambúlico na manhã seguinte. São necessários cuidados para evitar acidentes. A predisposição familiar tem sido apontada para o sonambulismo, com um percentual de 80% dos sonâmbulos com história familiar de terror noturno ou sonambulismo. É comum na infância, com porcentagens de 15 a 30% de crianças saudáveis com história de pelo menos um episódio de sonambulismo, e 3 a 4% das crianças com história de episódios repetitivos. Não há causa orgânica conhecida. A idade de início é em torno de 2 anos, com pico de ocorrência entre os 4 a 8 anos e que vai diminuindo com a idade. Nos adultos é descrita prevalência de 1%, sendo incomum após a sexta década de vida.

Fatores desencadeantes são descritos como: febre, privação de sono, atividade física, ansiedade, uso de álcool, drogas neurolépticas ou hipnóticas e apneia do sono (hipoxemia). Os antecedentes familiares são positivos para sonambulismo ou outras parassônias em 10 a 25% dos casos. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico sugestivo, sem a necessidade de exames complementares. O tratamento convencional inclui medidas educativas a adoção de medidas de segurança para evitar acidentes e tranquilizar os pais do caráter benigno do sonambulismo. Fazem parte destas medidas: trancar janelas e portas, bloquear escadas e, se possível, instalar alarme na porta do quarto. Quando os episódios são freqüentes podem ser utilizados benzodiazepínicos (clonazepam) ou antidepressivos tricíclicos (imipramina) indicados pelo Neurologista Infantil.

PESADELLOS

Os pesadelos são sonhos que causam medo ou ansiedade. Considerados parassônias do sono REM (a fase do sono que "sonhamos"). Consistem em sonhos com conteúdo emocional ocorrendo aumento da freqüência cardíaca e respiratória, sudorese, sendo finalizado geralmente com um despertar e lembrança do contexto sonhado. Geralmente não provocam descarga autonômica. Não é rara a queixa de dificuldade para retornar a dormir devido ao conteúdo emocional do sonho. Os pesadelos podem ocorrer na mesma noite em que a criança apresenta terror noturno ou episódio de sonambulismo. Devem-se diminuir as experiências potencialmente traumáticas, como filmes de terror e histórias amedrontadoras antes de dormir. O medo de ter pesadelos, pode dar origem à insônia por BUSSE & BALDINI (1994).

INSÔNIA

É a dificuldade de iniciar ou manter o sono.

Apresenta características diversas durante o desenvolvimento, podendo ocorrer tanto em crianças híidas como secundária à outras doenças. A queixa de insônia ou recusa de iniciar o sono é geralmente trazida de forma dramática pelos pais, com a perturbação da rotina de sono da criança e da família. Mais do que redução do tempo total em sono, observa-se uma discrepância entre as necessidades de sono da criança e o padrão estabelecido pela família. O reconhecimento da causa da insônia é o primeiro passo para uma abordagem adequada, já que essa situação possui características específicas e distintas nas crianças e adolescentes, fazendo com que o seu manejo difira do manejo habitual realizado em adultos. Para a compreensão da insônia na infância, define-se como a situação onde ocorre dificuldade para adormecer ou

múltiplos despertares noturnos, fora do padrão fisiológico esperado para cada faixa etária em NUNES & CAVALCANTE (2005).

Na grande maioria dos casos a insônia em crianças decorre de uma higiene do sono inadequada e/ou de distúrbios emocionais associados.

As doenças orgânicas, tanto crônicas como agudas, podem causar insônia. As doenças agudas geralmente causam insônia, estão relacionadas ao início do problema e são limitadas à duração da enfermidade. Entre os exemplos mais freqüentes, destacam-se as doenças respiratórias, febre, otite, traumatismos, início da dentição, alergia ao leite, refluxo gastroesofágico, entre outros.

Medo e ansiedade são causas freqüentes de insônia. O lactente pode apresentar variados graus de estresse ao ser separado da mãe, acarretando em dificuldades para iniciar o sono. Nas crianças entre 2-3 anos, é mais comum o medo. O medo de ficar sozinho pode estar associado a filmes ou histórias, ao fato de presenciar brigas entre os pais, à exposição a filmes ou histórias violentas, ou qualquer outro evento assustador. Menos freqüentemente, essa situação decorrente de problema de deterioração psicossocial da própria criança. Perda dos pais ou irmãos e estresse pós-traumático são situações freqüentemente associadas a alterações no sono em crianças, assim como problemas em instituições (creche, escola, clube), abuso/violência física ou sexual NUNES & CAVALCANTE (2005).

A insônia associada ao hábito inadequado de ingestão de líquidos ou alimentação excessiva noturna ocorre pelo condicionamento da fome/sede durante a noite. A partir dos seis meses, excetuando os casos de prematuridade, o lactente não tem mais necessidade de ser alimentado durante a noite. Quando a lactação é mantida ocorrem mais episódios de despertar.

A insônia por problemas de falta do estabelecimento de limites pode ocorrer a partir do momento em que a criança adquire habilidades motoras para sair do berço e os pais abdicam do controle sobre as atividades noturnas de seus filhos. As causas da falta de limite estão relacionadas, na maioria das vezes, a problemas dos pais, tais como inabilidade para estabelecer limites, sentimento de culpa, problemas psicológicos, alcoolismo, depressão materna, estresse familiar. Esse diagnóstico envolve uma boa compreensão dos ritmos normais de sono/vigília nas diferentes idades. Um dos problemas mais freqüentes é o estabelecimento do horário de dormir antes da hora adequada, em período de intensa vigília, o que faz com que a

criança permaneça deitada sem sono (porque dentro do seu ritmo interno é cedo para isso).

Foi também observado que crianças em idade pré-escolar que continuam utilizando co-leito, isto é, dormem na cama dos pais, apresentam maior prevalência de distúrbios do sono (despertares mais frequentes, atraso para iniciar o sono) e problemas comportamentais (menor capacidade de adaptação).

Os distúrbios do sono decorrentes de falta de rotina/ limites tendem a piorar na transição da infância para pré-adolescência e adolescência se não forem abordados de forma correta durante a infância.

2.4 Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico provisório dos distúrbios do sono pode ser feito a partir da história e exame físico da criança, pelo Pediatra.

A anamnese pediátrica de rotina geralmente não questiona aspectos do sono. Observamos que tal fato talvez ocorra pelo pouco enfoque e treinamento que é dado a esse tema na formação médica. O Pediatra deveria conhecer melhor o padrão normal de sono para cada faixa etária e estar atento para não superestimar a queixa, pois isso geralmente resulta em exames, medicações e encaminhamentos desnecessários a especialistas por NUNES (2002).

O diagnóstico dos padrões de sono na criança é fundamental para o estabelecimento da terapêutica adequada. Na maioria dos casos, uma boa anamnese é suficiente para assegurar aos pais a benignidade ou não do problema, e indicar a melhor conduta segundo HART (2005).

Para estabelecer o diagnóstico dos distúrbios do sono, é necessária a coleta da história do problema do sono, incluindo relato de como a criança dorme habitualmente, caracterizar o sono da criança - o tipo, intensidade, evolução e duração, rituais pré-sono, as associações para induzir o sono e o ritmo sono/vigília nas 24 horas e possíveis associações e informações sobre o ambiente no qual a criança dorme. O perfil psicossocial da família e a história familiar de distúrbios do sono também devem ser questionados. O restante da anamnese tradicional e exame físico completo devem ser realizados para afastar problemas orgânicos, agudos ou crônicos, que possam estar desencadeando o distúrbio do sono de acordo com NUNES & CAVALCANTE (2005).

O pediatra também pode suspeitar da ocorrência de distúrbios do sono ao examinar uma criança. Os elementos clínicos sugestivos ao exame físico são: comprometimento do peso e/ou altura, prostração, sonolência, atitude e expressão cansadas, respiração oral, deformidades craniofaciais e torácicas, alterações neuromusculares e quadros sindrômicos. Estes achados devem indicar a retomada do interrogatório clínico dirigido às características do sono da criança em ALVES (2002).

Muitos comportamentos durante o sono estão ligados ao desenvolvimento e de acordo com sua expressão e frequência, necessitam de seguimento neurológico complementar. Se forem repetitivos ou perturbadores da dinâmica familiar, torna-se imperativa a avaliação do paciente por especialista na área neurológica e associação de terapêutica farmacológica e/ou psicológica.

O diagnóstico diferencial das Distúrbios do Sono é feita com os distúrbios emocionais e de conduta, endocrinopatias, doenças sistêmicas crônicas, variações individuais de crescimento e desenvolvimento.

2.5 Exames complementares

Exames comprobatórios, descritos adiante, devem ter utilização criteriosa. São pouco indicados para os pacientes com quadro recente e pouco intenso, sem repercussão nas atividades diurnas e no sono dos familiares, assim como sem alterações ao exame físico. Os quadros com características clínicas diversas devem ter comprovação por recurso auxiliar, especialmente pela polissonografia (PSG). A PSG é a denominação de um conjunto de exames que registram simultaneamente diferentes variáveis biológicas durante o sono. Somente está indicada se houver suspeita de que algum fator desencadeante, tal como apneia, refluxo gastroesofágico ou movimentos periódicos de membros possam estar associado aos episódios de despertar conforme ALVES, EJZENBERG & OKAY (2002).

Para a verificação de permeabilidade da via aérea superior, o RX de cavum de perfil avalia a adenóide. É indicado nos casos de respiração oral adquirida, progressiva, com manifestações clínicas associadas como o ronco e as pausas respiratórias ou apneias. O exame pode ser dispensável nos casos em que for realizada a nasofibrosopia, pelo otorrinolaringologista, possibilitando melhor avaliação funcional da obstrução nasal crônica.

São indicados para verificar a repercussão da obstrução de vias aéreas superiores: o RX de tórax, Eletrocardiograma (ECG) e Eco cardiografia (ECG). A sobrecarga cardíaca pode ser reconhecida

pelo RX e/ou ECG. Suspeitas de disritmias cardíacas podem ser avaliadas pelo ECG, e ocasionalmente pelo Holter.

As radiografias torácicas e, principalmente, a prova de função pulmonar/espirometria podem ser utilizadas na monitoração de doenças pulmonares com repercussão no sono, como a asma.

O EEG (eletroencefalograma), realizado em sono/vigília pode detectar a presença de descargas epiléticas. É indicado nas crianças com movimentação anormal ou excessiva durante o sono com risco de acidentes e nos casos de sonolência diurna anormal, excessiva. Diagnostica a maior parte das síndromes epiléticas.

Para diagnóstico diferencial com convulsões complexas, o eletroencefalograma (EEG), em sono na maioria das vezes é suficiente.

2.6 Encaminhamento ao Especialista

Os casos em que houver dúvida quanto ao diagnóstico, intensos, complexos, de má-resposta às medidas de adequação da higiene do sono, devem merecer o concurso de especialistas. A assistência do neurologista está indicada nos quadros associados a doenças do sistema nervoso central, neuromusculares, apneias do sono e nas dúvidas diagnósticas. Em particular, está indicado nestes casos um neurologista especializado em Medicina do Sono. Outros profissionais podem ser indicados nas doenças das vias aéreas associadas à Síndrome da Apneia / Hipopnéia do Sono (SAHS). O otorrinolaringologista é recomendável nas obstruções altas e o pneumologista nas das vias aéreas inferiores. O cardiologista deve avaliar a repercussão cardíaca na SAHS. Os psicólogos e psiquiatras podem auxiliar nos casos de algum distúrbio de dinâmica familiar segundo sugerem ALVES, EJZENBERG & OKAY (2002).

Distúrbios do sono podem ocorrer associados a qualquer tipo de lesão adquirida ou congênita do diencéfalo e núcleos do tronco cerebral envolvidos na regulação do ciclo sono-vigília e na ciclagem REM-NREM. O apoio do Neuropediatra faz-se necessário.

As crianças com déficit visual apresentam diversos distúrbios do sono, tais como dificuldade para iniciar sono noturno, despertares noturnos freqüentes, cansaço diurno, e excesso de cochilos diurnos. A causa destes distúrbios deve-se a problemas cronobiológicos (ritmo circadiano).

Em síndromes genéticas, como Down e Prader-Willi, ocorrem distúrbios específicos do sono, tais como apneias obstrutivas na primeira, e hipersonolência diurna na segunda.

Crianças com retardo mental severo geralmente apresentam diversas alterações e desorganização da arquitetura do sono. Os períodos de sono são fragmentados entre o dia e a noite. A abordagem destas crianças deve ser comportamental e farmacológica. O objetivo da terapêutica comportamental é evitar o sono diurno e consolidar o noturno. A terapêutica medicamentosa pode ser realizada com sedativos, como o hidrato de cloral, ou anti-histamínicos. A Melatonina na dose de 2-10mg na hora de dormir também pode ser efetiva.

Na síndrome de Rett, doença de predomínio no sexo feminino, caracterizada por retardo mental, microcefalia e distúrbios motores, uma queixa freqüente é a insônia, que deve ser manejada com sedativos.

As crianças com autismo apresentam distúrbios do sono caracterizados por padrão imaturo de sono, alterações na arquitetura não compatíveis com a idade cronológica e alterações funcionais, como dificuldade para iniciar o sono e despertar precoce.

Na síndrome de Tourette, distúrbio neurocomportamental familiar, que é caracterizado por múltiplos tiques motores e fonéticos, comportamento obsessivo-compulsivo e distúrbio da atenção com hiperatividade, observa-se um aumento significativo das parassonias (sonambulismo e terror noturno).

No distúrbio da atenção com hiperatividade também são relatados pelos pais problemas de sono. Dificuldade para iniciar o sono, sono agitado, despertares vespertinos são os sintomas mais freqüentes. O uso crônico de metilfenidato pode trazer aumento do tempo total de sono.

Nos pacientes com doenças neuromusculares, que envolvem os músculos respiratórios, o distúrbio de sono mais comum é decorrente de hipoventilação e apneias noturnas, podendo resultar em irritabilidade e sonolência diurna. O tratamento para melhorar o padrão respiratório noturno inclui correção da escoliose, controle de peso, e uso de CPAP nasal.

As alterações respiratórias que ocorrem de forma fisiológica durante o sono, que já foram explanados anteriormente, não trazem nenhum tipo de comprometimento para crianças com pulmões normais. Entretanto, para crianças que possuem doenças pulmonares crônicas e capacidade respiratória limitada, os efeitos do sono sobre a respiração podem resultar em significativas alterações ventilatórias e de troca gasosa.

Na fibrose cística, ocorre hipoxemia noturna, que pode estar associada ao desenvolvimento de insuficiência cardíaca secundária nestes pacientes. Além do tratamento para a doença de base,

feito pelo Pneumologista Pediátrico, em casos mais graves tem sido sugerido o CPAP nasal para melhorar a oxigenação durante o sono.

A asma é caracterizada por períodos de exacerbação noturna, e isto se deve possivelmente, à variação circadiana normal da função pulmonar (melhor durante o dia). Crianças asmáticas apresentam redução do sono NREM e maior frequência de despertares noturnos, interrompendo o sono. Parece também haver maior risco de morte em pacientes cuja crise asmática se inicia durante a noite. O pediatra deve considerar tanto a sintomatologia diurna como a noturna, realizando um plano terapêutico que contemple ambas as situações. A ajuda do Pneumologista/ Alergista Infantil pode ser necessária para o melhor controle das crises e melhor qualidade de vida e sono em NUNES (2002).

2.7 Higiene do Sono

Medidas que visem regular a rotina normal do sono e moldar a sua arquitetura aos padrões circadianos devem ser estabelecidas. Quando estas medidas são tomadas desde os primeiros dias de vida da criança, irão prevenir a maioria dos distúrbios do sono. De outra forma, quando estes já se instalaram, estas medidas continuam altamente eficazes, mas nem sempre de fácil aplicação pelos pais e aceitação pela criança.

Os aspectos comportamentais da insônia infantil foram estudados por FERREIRA; SOARES & PIRES (2012), enfocando a insônia comportamental infantil como decorrente de comportamentos inadequados da criança (resistir em ir para cama, chorar, fazer birra, despertar durante a noite em busca dos pais), que muitas vezes são seguidos de reforços positivos como dar atenção e/ou colo pelos pais. O estabelecimento de rotinas para dormir é fundamental para a extinção destes comportamentos.

É importante respeitar os hábitos de sono da criança, que pode precisar de um ligeiro cochilo após a escola. A falta da sesta pode em algumas crianças atrapalhar a fase de sono profundo e desencadear parassonias. Porém, não é recomendável quando o cochilo diurno interfere no sono noturno segundo BUSSE & BALDINI (1994).

As dimensões do cômodo, ventilação, insolação, umidade, temperatura e nível de ruído são aspectos importantes para determinar a qualidade e duração do sono. O pediatra deve inquirir e explicar a importância destes aspectos na profilaxia da Insônia. Em relação à iluminação,

devemos destacar que as luzes devem ser desligadas ou muito diminuídas no local de dormir, pois a melatonina, hormônio indutor de sono, é liberada com a redução do estímulo visual. Faz exceção o ambiente de dormir de escolares e pré-escolares que apresentam medo do escuro.

Um local ruidoso, muito iluminado, pequeno, mal ventilado, quente ou gelado demais, são condições propícias para o desenvolvimento da insônia.

As características da cama devem ser conhecidas e adequadas quanto a: dimensões, presença de grades, elasticidade do colchão e quantidade de cobertas. Devem ser consideradas em relação ao tamanho, idade e movimentação noturna da criança. Há casos de Insônia que podem ter origem nas más condições do leito. A presença de várias pessoas, conversando ou vendo TV, dificulta o início e manutenção do sono.

A mãe deve ser orientada para que as mamadas, as brincadeiras e o banho ocorram preferencialmente no período diurno. Além disso, é recomendável o silêncio noturno, propício à instalação e manutenção do período mais longo de sono neste período. Simultaneamente, é desejável que os contatos com a criança sejam reduzidos nas madrugadas.

Devem-se evitar associações inadequadas para iniciar do sono, como contato físico, mamadeiras, chupetas, televisão e rádio, a fim de que as crianças não passem a associar o início do sono com alguma intervenção dos pais, tomando-se inaptas a dormir sem sua ajuda. À medida que a criança se aproxima dos seis meses, as mamadas noturnas vão sendo espaçadas e então interrompidas. A fome geralmente não é a causa em maiores de seis meses, a menos que a criança tenha sido condicionada a alimentar-se à noite.

A indução do sono deve ser feita na cama da criança, próximo do horário de dormir. Muitas famílias permitem que a criança inicie o sono no sofá da sala de estar, na cama dos pais ou no colo. Estas práticas são aceitas, a princípio, como transitórias, inclusive em seus aspectos curiosos - como puxar a orelha dos familiares e/ou enrolar seus cabelos. Infelizmente tornam-se rituais, constituindo fonte de conflitos familiares, que dificultam o início do sono.

O estabelecimento de rotinas para o sono ajuda a criança a ter um sono de adequada duração e qualidade. É fundamental tentar manter o mesmo horário de dormir e de acordar, o que permite à criança uma regulação de ritmo circadiano, com adequada atividade em vigília. O relaxamento pré-sono é sempre interessante para facilitar a transição da vigília para o sono. Neste sentido, é recomendável o banho, contar histórias, canções de ninar, rezar, ver filmes serenos e conversar com tranquilidade. Estabelecer ritual: banho morno, seguido da última refeição, escovação dos

dentos, colocação do pijama, ida ao banheiro e ir para cama. Estas atividades também servem como um tempo especial para o convívio em família e à indução do sono com a colocação de uma rotina diária para ir dormir. É preciso que os pediatras, através da informação, situem o local e a forma correta de indução do sono.

Ao redor dos oito meses, a criança tem problemas para adormecer devido a ansiedade de separação dos pais no momento de dormir. Dentre as práticas comuns para a indução do sono, está a oferta de objetos de afeto como brinquedos e panos, travesseiros. O uso do objeto ao qual a criança se apegar é importante para o seu desenvolvimento emocional, simbolizando segurança e proteção que a mãe representa, substituindo a sua presença pela do objeto querido. A criança que tem esse hábito, ao acordar à noite, acalma-se ao abraçar o objeto, voltando a dormir. Progressivamente, vai deixando o objeto e vai se tornando emocionalmente independente. O uso da chupeta não tem exatamente a mesma função. Acalma a criança satisfazendo seu prazer de sucção (auto-erotismo), não favorecendo a sua independência, já que a mantém num estágio de “nenézinho” sugerem BUSSE & BALDINI (1994).

Os despertares que ocasionalmente ocorrem após os três meses de idade devem ser apenas observados à distância, sem qualquer intervenção. De modo geral, culminam com a retomada do sono. Ocasionalmente, a criança deve ser consolada com sussurros, na penumbra. O incômodo de uma fralda molhada deve ser removido, quando imprescindível, no leito. As crianças com despertares repetidos, acompanhados de choro, devem ser atendidas a intervalos progressivamente maiores.

Se a criança acorda no meio da noite e se agita, os pais não devem intervir imediatamente, a fim de que um possível estado de despertar ao longo do sono não progrida para um estado total de alerta. Após alguns minutos, caso a criança continue inquieta, deve ser checada quanto a algum desconforto.

Caso os pais necessitem se aproximar da criança para esta checagem, não devem retirá-la da cama ou brincar com ela. Apenas devem assegurá-la de que estão disponíveis e de que está tudo bem. Caso contrário, estarão premiando comportamentos inadequados com reforços positivos.

Nos distúrbios do ritmo circadiano, a estratégia é mover o horário de ir para cama em direção ao horário desejado 5 a 10 minutos a cada semana.

Para crianças com medo na hora de dormir, ao final da rotina noturna, os pais podem sentar-se no quarto da criança até que esta durma, mas não devem conversar com as crianças sobre seus

medos neste momento; estas discussões devem ter lugar de dia. À medida que a criança aprende a dormir sem medo, os pais vão afastando a cadeira do berço um pouco a cada dia, até que não mais permaneçam. Uma luz de abajur pode ser útil em tais circunstâncias.

Nos pesadelos, a criança deve ser tranqüilizada ao despertar; neste momento, não se deve conversar sobre o pesadelo, porque este pode tornar a criança mais ansiosa; deixar para o dia seguinte. Histórias em que crianças vencem situações difíceis e exercícios de relaxamento podem ser úteis em criança maiores que apresentam pesadelos recidivantes.

Quanto aos terrores noturnos e sonambulismos, é importante que os pais tenham informações sobre os fenômenos, para que não piorem a situação ao se estressarem ou tentarem acordar a criança, pois é muito difícil, e pode prolongar o episódio e agitá-la ainda mais. O ideal é que ela continue dormindo. É importante que os pais providenciem proteção contra trauma nas duas situações. No caso de sonambulismo, um sino na porta da criança pode alertar os pais do episódio; trancas extras devem ser colocadas nas portas das casas, para que a criança não se evada. Acordar a criança 30 minutos antes do horário habitual do episódio, diariamente, por uma semana, pode interrompê-lo.

Para os despertares noturnos, existem várias estratégias:

-Técnica comportamental de extinção gradual: ignorar o despertar e o choro da criança por períodos de tempo que vão aumentando gradativamente. Ao final do período de espera, entrar no quarto e tranqüilizá-la, deixando o quarto o mais rapidamente possível.

-Técnica de ignorar sistemático: entrar no quarto no início do choro para checar se está tudo bem, e sair do quarto ignorando o restante do episódio de choro. Também pode permanecer no quarto da criança, mas sem interagir com ela.

-Técnica de extinção modificada: ignorar o choro por 20 minutos, após os quais, deve-se entrar no quarto da criança para checar algum problema, sem interagir com ela, e depois disto sair levando no mínimo mais 20 minutos para retornar.

-Técnica do despertar programado: acordar a criança 15 a 60 minutos antes do horário habitual do despertar noturno, deixando-a dormir espontaneamente em seguida recomendam MADEIRA & AQUINO (2003).

2.8. Terapêutica Farmacológica Convencional

Embora não haja aprovação pelo FDA – Food and Drug Administration, o uso de medicamentos para dormir em crianças e jovens é relatado de forma semelhante por pediatras e psiquiatras infantis nos EUA em METZNER *et al* (2010).

A terapêutica medicamentosa da insônia na infância é bastante restrita. O uso de medicamentos hipnóticos para crianças é bastante controverso. Os fármacos utilizados no manejo da insônia do adulto pertencem ao grupo dos hipnóticos benzodiazepínicos ou não-benzodiazepínicos (tais como zolpidem, zaleplon e zopiclona). Essas medicações não estão indicadas na rotina para uso em Pediatria, e não existem estudos mostrando sua eficácia ou segurança em crianças.

A opção de utilizar fármacos convencionais no tratamento da insônia em crianças deve ocorrer em casos muito bem selecionados, após o diagnóstico da causa da insônia e como coadjuvante de alguma das outras técnicas comportamentais acima discutidas.

As opções disponíveis nessa faixa etária são limitadas a dois grupos de medicação: anti-histamínicos ou hidrato de cloral, lembrando que o seu uso deve ocorrer de forma transitória, nas primeiras 3 semanas de utilização das técnicas comportamentais. Os anti-histamínicos mais freqüentemente utilizados são a difenidramina, (0,5 mg/kg) o trimeprazine (30-60 mg/dia) ou o niaprazine. Os efeitos colaterais (sedação, sede) do uso desse grupo farmacológico devem ser levados em consideração quando da sua prescrição. O hidrato de cloral é um sedativo hipnótico freqüentemente prescrito para adultos e crianças. Pode ser utilizado por via oral ou retal em doses de 25-50 mg/kg/dose. Dosagens excessivas podem levar à depressão respiratória e arritmias. Seu uso de forma crônica é totalmente desaconselhado.

Antidepressivos tricíclicos (imipramina) são indicados no tratamento de insônia associada ao TDAH, assim como inibidores da recaptção de serotonina (fluoxetina) atuam na insônia associada à síndrome de Asperger ou ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

O clonazepan, agente benzodiazepínico, está indicado para o controle de insônia causada por parassonias com despertar parcial (terror noturno, despertar confusional) na dosagem de 0,25-0,50 mg. O uso de medicações pode ser necessário quando os despertares são muito violentos, e a criança sofre riscos de machucar-se de acordo com NUNES & CAVALCANTE (2005).

A melatonina, é um potente indutor do sono. É uma substância orgânica produzida pela glândula pineal, tem sua secreção controlada por sistema endógeno sincronizado com o ambiente externo (luz/dia). Os níveis orgânicos de melatonina são altos quando está escuro, e baixos no claro. Está disponível em formulação para uso via oral fora do Brasil, e é uma opção terapêutica na insônia crônica associada com outras desordens neurológicas como: transtorno de atenção e hiperatividade, cegos com problemas na regulação sono-vigília, espectro autista e síndromes epilépticas crônicas. Não existem evidências que aprovem seu uso rotineiro em menores de 2 anos. Na dose de 5 mg/dia foi eficaz na redução dos sintomas de insônia em crianças com idade entre 6 e 12 anos, segundo a Academia Americana de Pediatria e Sociedade Canadense de Pediatria. Pode apresentar efeitos indesejáveis, como cefaléia, tontura e dor abdominal. No Brasil, a venda não está regulamentada pela ANVISA. Somente é vendida com indicação médica, para adultos, tendo que ser importada e é recomendada mais na terceira idade, quando há uma deficiência fisiológica da secreção de melatonina (que pode causar insônia e alteração da glicemia), sendo recomendada como reposição hormonal. São necessários maiores estudos para seu uso rotineiro como medicamento para insônia em crianças conforme referem ALVES *et al* (1998), MELTZER *et al* (2010) e CUMMINGS (2012).

3. A HOMEOPATIA

A Homeopatia é uma especialidade médica que foi desenvolvida pelo médico Christian Samuel HAHNEMANN em 1796. HAHNEMANN nasceu em Meissen, Saxônia, em 10 de abril de 1755 e morreu em Paris, em dois de julho de 1843. A palavra Homeopatia é derivada do grego *ómoios*, “semelhante” e *pathós*, “doença” ou “sofrimento”, e significa terapêutica que cura uma doença pelo seu semelhante. A Homeopatia está baseada na lei natural de cura, a Lei dos Semelhantes – *Similia similibus curantur* – “sejam os semelhantes curados pelos semelhantes”, já mencionada por Hipócrates no século IV a. C. Isto significa tratar a pessoa doente com uma substância que produziria, em um indivíduo saudável, os mesmos sintomas apresentados pelo doente de acordo com KOSSAK-ROMANACH (2003).

Em 1790, HAHNEMANN ao traduzir textos da matéria médica de Willian Cullen, viu que a quinina, utilizada para o tratamento da malária, era capaz de produzir mesmos sintomas da febre intermitente. Experimentando a quinina em si mesmo, percebeu que sentia sintomas semelhantes aos da malária: esfriamento das extremidades, prostração geral, sonolência, pulsações na cabeça, rubor facial e sede em paroxismo de 3 a 4 horas de duração, sem a febre característica. Observou que a *China officinalis* atuava na febre intermitente, devido à sua capacidade de produzir quadro semelhante à febre intermitente em um organismo sadio. Estava descoberto o princípio básico da Homeopatia: “*similia similibus curantur*”. Este é um dos quatro pilares da Homeopatia, que é a experimentação no indivíduo sadio, ou seja, os medicamentos homeopáticos são experimentados somente em indivíduos sadios. A ação do medicamento sobre o indivíduo chama-se Patogenesia. Mais tarde, descobriu que se uma substância fosse diluída e agitada (preparação usando-se uma técnica especial de diluição dinamização/sucussão) por várias vezes e os sintomas apareceriam de forma cada vez mais branda. Os primeiros medicamentos eram tóxicos e os diluía para diminuir a toxicidade, evitar intoxicações e as agravações medicamentosas que as substâncias aplicadas segundo o princípio da similitude. HAHNEMANN propôs então um método farmacotécnico denominado dinamização, no qual as substâncias eram diluídas e agitadas sucessivamente (medicamento dinamizado). Prescrevendo com base na Lei da Semelhança, verificou que o medicamento identificado com maior semelhança entre as manifestações do doente e aquelas da droga, o *Simillimum*, administrado unicamente, sem a interferência de outro seria o que melhor levaria à cura. É o chamado medicamento único ou *simillimum*. Estavam estabelecidos os quatro fundamentos da Homeopatia:

- Lei dos semelhantes
- Doses mínimas
- Experimentação no homem são
- Medicamento único

Para a Homeopatia, não existem doenças, mas sim, doentes. Segundo a filosofia homeopática, o funcionamento psicofísico do organismo é regido por uma forma de energia imaterial que interliga todas as suas partes, a energia vital. Energia vital ou força vital, princípio dinâmico ou forma de energia, distinta do corpo e da alma (ou espírito), integrada na totalidade do organismo, regente de todos os seus fenômenos normais e anormais, e cujo desequilíbrio se traduz através de sensações desagradáveis e manifestações irregulares que constituem a doença. Princípio que, no estado de saúde, mantém as partes do organismo em harmonia. Preside todas as funções do ser vivo. Princípio biológico organizador. Inteligência formativa. Força de homeostase. Também chamada “*dynamis*”. Para outros, continuaria sendo a *Physis* hipocrática em KOSSAK-ROMANACH (2003).

Quando essa energia inata do corpo, que sabiamente atua protegendo-o e curando-o, estando em funcionamento harmônico, promove a saúde ao indivíduo. A doença seria uma perturbação dessa energia vital, um sinal de que existe uma alteração deste equilíbrio dinâmico e funcional do organismo. Assim explica Samuel HAHNEMANN no ORGANON da Arte de Curar § 9 : “ No estado de saúde, a força vital de natureza espiritual (autocracia), que dinamicamente anima o corpo material (organismo), reina com poder ilimitado e mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções, de maneira que o espírito dotado de razão, que reside em nós, pode livremente dispor desse instrumento vivo e são para atender aos mais altos fins de nossa existência.”

Anna KOSSAK-ROMANACH dedica um capítulo inteiro em seu livro “Homeopatia em 1000 conceitos” à Pediatria. Neste capítulo, expõe as vantagens do tratamento homeopático em crianças, ou seja, terapêutica de eficácia e atuação imediatas, custo reduzido, atoxicidade e ausência de efeitos colaterais. Coloca que “A terapêutica de estímulo da força vital convém especialmente ao organismo infantil, caracterizado pelo predomínio dos fenômenos de assimilação, esse organismo é dotado de grande plasticidade, todavia destituído da suficiente tonicidade, estando o sistema de defesa ainda em organização e adaptação aos fatores agressivos.” Destaca ainda, que os lactentes são especialmente sensíveis ao medicamento

homeopático, devido à ainda não terem o organismo impregnado pelos fatores agressivos da civilização (ar poluído, aditivos alimentares, drogas, álcool, tabaco), à inexistência de passado mórbido pessoal. Porém, vemos atualmente, que os lactentes estão desmamando cada vez mais cedo e entrando em contato com estes fatores mórbidos cada vez mais precocemente, devido às exigências econômicas e sócio-culturais da família.

A Homeopatia enfatiza as características emocionais e físicas que caracterizam cada paciente, com a finalidade de melhor individualizá-lo. Estas características são chamadas de sintomas homeopáticos, que são divididos em mentais, gerais e locais.

O modelo de tratamento homeopático emprega o princípio de cura pela similitude, administrando doses infinitesimais de substâncias, que ao serem experimentadas em indivíduos sadios, apresentam sintomas semelhantes aos dos enfermos. O organismo é induzido a reagir contra os seus próprios distúrbios, sendo estimulado pelo medicamento homeopático a uma reação homeostática curativa. O princípio da similitude (reação homeostática), citado desde Hipócrates, encontra fundamentação científica no “efeito rebote” ou reação “paradoxal” do organismo. Temos como exemplos: anticoagulantes que podem promover a trombose, broncodilatadores que causam broncoespasmo, antidepressivos tricíclicos que quando são suspensos podem exacerbar uma depressão. Para se tornar um medicamento homeopático, a substância deve ser experimentada seguindo um protocolo patogenético e ter seus efeitos gerais, físicos e psíquicos descritos na Matéria Médica Homeopática. Um bom medicamento deve proporcionar melhora emocional, psíquica, geral e dos sintomas físicos, ou seja, harmonizar o indivíduo como um todo segundo TEIXEIRA (2008).

Na semiologia homeopática, todo sintoma comum ou patognomônico deve ser modalizado para que se descubra a individualidade do sujeito, atrás de cada estado de doença. Para modalizar cada sintoma, devem-se descobrir as características e condições participantes: horário, periodicidade, fatores que agravam ou melhoram e as sensações associadas aos sintomas.

Partindo-se do princípio de que a reação orgânica é individual, e por isso, variável, o tratamento homeopático é voltado especificamente para cada doente. Somente depois de uma anamnese criteriosa dos sintomas e particularidades do paciente, o homeopata poderá indicar o medicamento mais adequado para cada caso.

Dr. Pierre SCHMIDT, em “A Arte de Interrogar e outros textos selecionados”, preceitua que a anamnese homeopática visa o diagnóstico terapêutico, ou seja, o remédio que se deve encontrar.

Fazer um mínimo de perguntas, porém de valor essencial ao doente. As perguntas deverão encontrar correspondência nos Repertórios e Matérias Médicas. "Para saber se um sintoma é característico, basta abrir o repertório: se for encontrada uma rubrica que contém 500 remédios, isso não interessa. Deve-se ter uma rubrica com cerca de 3 a 10 linhas, contendo, se possível, remédios de três pontos", diz o autor.

3.1 Contribuição da Homeopatia no Tratamento dos Distúrbios do Sono na Criança.

O sono e os sonhos são muito importantes porque fazem parte do inconsciente. O período do sono é muito importante para o homeopata. Os repertórios dedicam um capítulo inteiramente dedicado ao sono. Não sabemos por que algumas pessoas dormem atravessadas na cama, outras com as pernas para fora das cobertas, outras com os olhos entreabertos, outros rangem os dentes, gritam, falam, riem e choram. A sintomatologia do sono testará o dom de observação do doente e do médico. Os sonhos só têm importância se forem repetitivos em SCHMIDT (2004).

Em seu livro "Homeopatia para Crianças", BRUNINI classifica os tipos de distúrbios do sono:

- SONILÓQUIO – é o falar dormindo. O conteúdo é ininteligível e não revela segredos, como se acredita. São murmúrios, palavras isoladas ou até discurso claro com coerência. Não tem significado patológico na criança.
- PESADELO – sonho acompanhado de ansiedade pode despertar durante o episódio, conta detalhes a seguir ou pela manhã.
- TERROR NOTURNO - no primeiro terço da noite, abruptamente senta no leito, grita com os olhos esbugalhados, movimentos incoordenados, atormentado em pânico. Não acorda com as tentativas dos pais e fica fora de si por geralmente 5 minutos (pode durar de 30 segundos a 20 minutos, no máximo). Pela manhã, ao acordar, não se recorda de nada.
- SONAMBULISMO – Geralmente crianças na fase escolar, no primeiro terço da noite, apresentam movimentos corporais complexos sem expressão facial, com duração de poucos minutos, com dificuldade de serem acordadas pelos pais. Ao despertarem, apresentam amnésia sobre o ocorrido.
- RANGER DE DENTES – Bruxismo durante o sono. Mais freqüente no estágio REM do sono.
- VARIEDADES DURANTE O SONO - chora dormindo, quer ir para cama com os pais, movimentação durante o sono.

- **BALANÇO RÍTMICO DA CABEÇA** - Ocorre antes ou durante o sono. Assusta muito os pais. É normal nos 2 primeiros anos de vida, por imaturidade neurológica fisiológica da idade. Poncet chama de ritmos do sono, as auto-estimulações da criança na hora de dormir: movimentos de balanço da cabeça e o corpo para frente e para trás, embalando. São observados no bebê e criança e podem se prolongar até a puberdade. Os ritmos do sono. Em geral, são auto-limitados e não têm caráter patológico.

A referida classificação acima, será adotada por motivos didáticos, sendo melhor adaptada às rubricas e à sintomatologia homeopáticas.

3.2 Anamnese Homeopática do Sono Infantil

Antonio Carlos Silveira REZENDE no seu livro “Pediatría Sob Visão Homeopática”, no capítulo Semiologia do Sono, afirma que os sintomas do sono só terão validade se localizados dentro da Síndrome Mínima de Valor Máximo (SMVM). A SMVM é o conjunto de manifestações dotadas de características marcantes e raras, suficientes para individualizar um medicamento, ou seja, identificar o Simillimum. Valorizar os sintomas do sono, modalizando-os e aproveitando-os na Síndrome Mínima de Valor Máximo, quando forem persistentes, peculiares ou característicos e qualificados em alta hierarquia, facilitando o encontro do medicamento homeopático.

Sugerimos como roteiro de questionamento do sono infantil:

- Como é seu filho quando sente sono? Como é o seu sono? Como faz dormindo? Agitado, afasta a mão que o toca, boceja, calmo, chora, humor choroso, inquieto, mal-humorado, irritado, rabugento, quer segurar a mão da mãe, quer sair da cama, vai para a cama dos pais, sair ao ar livre, quer colo, quer ser embalado.
- Como é para ir dormir? É fato comum a criança não querer dormir quando tem outras coisas mais interessantes para ela para fazer, do que ir dormir. Quando é levada a dormir pelos pais, pode agravar sintomas neste momento.
- Qual horário de dormir, de despertar, que tem dificuldade de adormecer?
- Durante o sono, qual a parte do corpo transpira mais? Como é seu suor?
- Em qual posição fica durante o sono? Como é a posição mais freqüente? Como coloca as mãos e as pernas dormindo? Exemplificando, a posição maometana/ genu-peitoral se

presente é semiologicamente importante, pois tem poucos medicamentos. Considerar principalmente em crianças maiores de dois anos, pois nas menores pode ser uma posição normal, que muda ao crescer.

- Como fica a boca de seu filho durante o sono? Aberta, chupa o dedo, salivação, respiração bucal, ronco, obstrução nasal.
- Ele demonstra algum medo durante o sono?
- Como ficam os olhos durante o sono? Quando em sono profundo e um dos olhos permanece aberto, ou ambos semiabertos. E a boca?
- Quanto à roupa e as cobertas, como gosta de dormir? Coberto, descoberto, deita com as roupas e as tira, dorme sem roupas, chuta as cobertas – descobre os pés – calor nos pés. Calorento, friorento.
- Movimenta-se dormindo? Sobressaltos, espasmos, tremores, agitação, convulsões, senta na cama, levanta e anda pela casa, sai de casa.
- Como é quanto ao claro ou escuro? É muito comum relatos de que há o desejo do quarto totalmente escuro para dormir. Existem aqueles que não podem com claridade para dormir, sensíveis à luz. Encontramos as que mesmo ao dormir em sono profundo, despertam gritando ao faltar energia elétrica. As que querem luz no quarto até pegar no sono, depois pode apagar.
- O que seu filho faz durante o sono? Emite sons e ruídos dormindo? Chora, fala, fala incoerente, gemendo, gritos, berrando, grunhindo, queixoso, rindo, cantando, ranger de dentes. Rezende coloca o ranger de dentes dormindo, como sintoma guia que vai orientar a respeito da evolução do tratamento, pois geralmente diminui ou desaparece com o tratamento adequado. Ele o considera um sintoma raro, estranho e peculiar de grande valor semiológico.
- Como é ao acordar? Muiíssimo comum é a referência de despertar muito irritada, ter dificuldade para acordar, demora a despertar e “entrar em sintonia” ou acordar assustada. No capítulo Mental do Repertório, encontramos: irritabilidade ao despertar. Isso tem valor quando despertada de forma natural, sem ser despertada.
- Que hora acorda com maior frequência? Acorda durante a noite? Volta a dormir ou permanece acordado? Como é seu humor ao despertar? Alegre, sorridente, assustado, chorando, rabugento, irritado, mal-humorado, face de terror.
- Como é com cobertas, roupas? Perguntar se a criança mantém-se coberta ou se descobre toda hora. Muitos pais levantam a noite toda para cobrir a criança. Existe muitas vezes uma preocupação exagerada em proteger a criança, pois acreditam que adoecerá mais facilmente

se permanecer muito tempo descoberta. É comum ver aquelas que ao serem cobertas imediatamente as tiram. É importante perguntar como se descobrem? Existem aquelas que tiram as cobertas com as mãos, outras, chutando com os pés ou até mesmo ao rolar na cama. Certas crianças querem dormir sem roupas e outras tiram as meias dormindo. Contrariamente, existem as que se cobrem em demasia, até a cabeça.

3.3 Rubricas do Sono Infantil:

Utilizamos o Repertório de Homeopatia Dr. Ariovaldo RIBEIRO FILHO, 2ª edição, 2010 para as rubricas a seguir relacionadas. Os medicamentos encontram-se divididos em 3 graus: 1. Grau 1: sintoma registrado pela maioria ou por todos os experimentadores, confirmado em diferentes grupos de experimentação e cuja eficiência foi comprovada na cura de casos clínicos. Apresenta-se nos quadros repertoriais equivalendo a 3 pontos(representada pelo número 3 a frente da abreviatura do medicamento); 2. Grau 2: sintoma registrado por uma parte dos experimentadores e comprovado na clínica, representada pelo número 2 equivalendo a medicamento de 2 pontos; 3. Grau 3: sintoma apresentado por um ou raros experimentadores, estando simplesmente registrado, com pontuação de 1 ponto em KOSSAK-ROMANACH (2003).

SONO -> ADORMECENDO -> difícil -> crianças, em AGRE 1

SONO -> ADORMECENDO -> febril, calor -> durante -> crianças, em OP 2

SONO -> ADORMECENDO -> difícil ARG-M 2 ; CARBN-S 1 ; CARL 2 ; CHAM 1 ; CUPR 1 ; DES-AC 1 ; DIG 1 ; DIGIN 1 ; HEP 1 ; LACH 1 ; LAUR 1 ; LYC 1 ; MAG-C 1 ; MAG-M 1 ; MAG-S 1 ; MERC 1 ; MEZ 1 ; MUR-AC 1 ; NAT-AR 1 ; NAT-C 2 ; NAT-M 1 ; NIT-AC 1 ; ONOP 1 ; PHOS 2 ; PLAN 1 ; PTEL 1 ; RUTA 1 ; SAROTH 1 ; SEL 1 ; SIL 1 ; SULPH 2 ; THYR 1 ; UPA 1 ; UST 1

SONO -> ADORMECENDO -> difícil -> despertar, após MAG-S 1 ; NAT-C 1 ; NAT-M 2 ; PH-AC 1 ; PHOS 2 ; THAL 1

MENTAL -> SOBRESSALTO -> sono -> adormecer, ao AETH 1 ; AGAR 1; ALUM 2; ALUM-P 1 ; ALUM-SIL 1 ; AMBR 1; AM-C 1 ; AM-M 1; ARN 1; ARS 3; ARS-H 1 ; ARS-S-F 1 ; ARUM-T 1 ; BAPT 1 ; BAR-C 1; BELL 3; BISM 1 ; BRY 1; CALC 2 ; CARB-AN 2; CARB-V 1; CAUST 2; CHIN 1; CHIN-AR 1; CINA 2; COFF 2; COR-R 1; DAPH 1; DROS 2 ; DULC 2; FERR-MA 1 ; HEP 3; IGN 1; IP 1; KALI-AR 1; KALI-BI 1; KALI-C 2; KALI-S 1; KALI-SIL 1 ; KREOS 1; LACH 2; LED 1 ; LYC 3; MAG-C 1; MAG-M 1 ; MERC 1; MERC-C 2; NAT-AR 2; NAT-C 2; NAT-M 2;

NAT-P 1; NAT-S 2; NIT-AC 2; NUX-V 2; OP 1; PAEON 1; PETR 1 ; PHOS 2; PHYS 2 ; PLB 1;
RAT 1 ; RHUS-T 1 ; SARS 1; SEL 2; SEP 1; SIL 2; STRONT-C 1; STRY 1; SULPH 3; TAB 2;
TUB 1; VERAT 1

GENERALIDADES -> SONO -> antes de dormir agr. “não quer ir dormir” ACON 1; AGAR 1;
AGN 2; ALUM 1; AMBR 1; AM-C 1; AM-M 1; ANAC 1; ANT-C 1; ARN 1; ARS 3; ARS-S-F 1 ;
ASAR 1; AUR 1; AUR-AR 1 ; BAR-C 1; BELL 2; BISM 1; BOR 1; BRY 3; CALAD 2; CALC 3;
CAMPH 1; CANTH 1; CAPS 1; CARB-AN 2; CARB-V 3; CAUST 2; CHAM 1; CHEL 1; CHIN 2;
CLEM 1; COCC 1; COFF 1; COLOC 1; CON 1; CYCL 1; DIG 1; DULC 1; EUPH 1; EUPHR 1;
GRAPH 2; GUAJ 1; HEP 2; IGN 2; IP 1; KALI-C 2; KALI-N 1; KREOS 2; LACH 1; LAUR 1; LED
1; LYC 2; MAG-C 1; MAG-M 1; MANG 1; MERC 3; MEZ 1; MOSCH 1; MUR-AC 1; NAT-AR 1;
NAT-C 1; NAT-M 1; NIT-AC 1; NUX-M 1; NUX-V 1; PAR 1; PETR 1; PH-AC 2; PHOS 3; PLAT 1;
PLB 1; PULS 3; RAN-B 1; RHEUM 1; RHOD 1; RHUS-T 3; SABAD 1; SABIN 1; SAMB 1; SARS
2; SEL 1; SENEG 1; SEP 3; SIL 2; SPIG 1; SPONG 1; STANN 1; STAPH 1; STRONT-C 1; SUL-
AC 1; SULPH 3; TARAX 1; TEUCR 1 ; THUJ 1; VERAT 1; VERB 1; VIOL-T 1; ZINC 1

Os medicamentos que têm mais dificuldade para adormecer: PHOS NAT-C NAT-M SULPH LYC
HEP

EXTREMIDADES -> CALOR -> Pé -> ardente -> descobre-os AGAR 1; ALOE 1 ; APOC 1 ;
CALC 1 ; CHAM 2; FL-AC 1 ; MAG-C 1; MAG-M 1 ; MED 3; PHOS 1 ; PULS 3; SABIN 1 ;
SANG 2; SANIC 2; SULPH 3

EXTREMIDADES -> CALOR -> Pé -> Sola -> descobre-as CALC 2; CHAM 3; CUR 1; CYN-D 1 ;
FL-AC 1; GLON 1 ; LACH 1 ; MAG-M 1 ; MED 1 ; PETR 2; PHOS 1 (73) ; PULS 3; SANG 2;
SANIC 2; SULPH 3

GENERALIDADES -> DESCOBRIR-SE -> chuta as cobertas ALUM 1 ; BRY 3 ; CACT 1 ;
CAMPH 1 ; CHAM 2 ; DYS 1 ; HEP 1 ; IOD 1 ; KALI-C 1 ; LYC 1 ; MED 1 ; PULS 1 ; SANIC
1 ; SULPH 1

GENERALIDADES -> COBERTAS -> agr., intolerância a ACON 1 ; ALOE 1 ; APIS 2 ; ASAR 1;
CAMPH 2 ; CHAM 2 ; FERR 1 ; HYDROG 1 ; IGN 1 ; IOD 1 ; KALI-I 1; LED 1 ; MED 1 ; MERC
1 ; MUR-AC 1 ; OP 1; PHOS 1 ; PULS 1 ; RHUS-T 1; SEC 1; SULPH 1 ; TAB 1 ; VERAT 1

Os medicamentos que mais se descobrem, com maior pontuação CHAM PULS SULPH MED

GENERALIDADES -> COBERTAS -> melh. e desejo de ARS 2 ; AUR 1 ; BELL 1 ; CHOC 1 ; CLEM 1 ; COLCH 1 ; HEP 1 ; NUX-V 1 ; PULS 2 ; RHUS-T 1 ; SAMB 1 ; SIL 1 ; SQUIL 1 ; STRONT-C 1 ; TUB 1

Os que mais se cobrem: ARS PULS

MENTAL -> NU, quer ficar -> sono, durante (dormindo) HYOS 1 ; MERC 1 ; PULS 1 ; SULPH 1

CABEÇA -> TRANSPIRAÇÃO do couro cabeludo -> sono -> durante ACON 1 ; BRY 1 ; CALC 3 ; CALC-P 1 ; CHAM 1 ; CIC 1 ; LYC 1 ; MED 1 ; MERC 1 ; PHOS 1 ; PODO 1 ; PULS 1 ; RHEUM 1 ; SABAD 1 ; SANIC 1 ; SEP 1 ; SIL 1 ; SPIG 1 ; STANN 1 ; SULPH 1 ; THUJ 1 ; TUB 1

COSTAS -> TRANSPIRAÇÃO -> Cervical, região -> sono, durante (dormindo) CALC 3 ; LACH 2 ; PH-AC 1 ; PHOS 1 ; SANIC 1

SONO -> TRANSPIRAÇÃO -> durante transpiração, sono ACON 1 ; ANAC 1 ; ANT-T 2 ; APIS 2 ; ARS 2 ; BELL 1 ; CALAD 2 ; CALC 1 ; CAMPH 2 ; CAPS 3 ; CARB-AN 1 ; CHEL 1 ; CHIN 1 ; CIC 1 ; CINA 1 ; CON 1 ; CROC 1 ; CUPR 1 ; CYCL 1 ; DULC 1 ; EUPHR 1 ; FERR 1 ; HEP 1 ; HYOS 1 ; IGN 1 ; KALI-C 1 ; LACH 1 ; LED 1 ; LOB 1 ; MERC 1 ; MERC-C 1 ; MEZ 1 ; MUR-AC 1 ; NAT-C 1 ; NAT-M 1 ; NIT-AC 1 ; NUX-M 1 ; NUX-V 1 ; OP 3 ; PETR 1 ; PH-AC 1 ; PHOS 1 ; PLAT 1 ; PODO 3 ; PSOR 1 ; PULS 2 ; RHUS-T 3 ; SABAD 1 ; SEC 1 ; SPONG 2 ; STRAM 1 ; VALER 1 ; VERAT 1

Os medicamentos que mais transpiram durante o sono: CALC PHOS PODO LACH PULS

SONO -> POSIÇÃO -> joelhos -> cotovelos dobrados, joelhos e -> crianças pequenas (9-12 meses), em CARC 1

SONO -> POSIÇÃO -> genupeitoral CALC-P 2 ; CARC 2 ; CINA 1 ; CON 1 ; EUPH 1 ; EUP-PER 1 ; LYC 2 ; MED 3 ; NAT-M 1 ; PHOS 2 ; SEP 1 ; TUB 2 ; ZINC 1

SONO -> POSIÇÃO -> cabeça, com a -> afundada no travesseiro APIS 2 ; ARN 1 ; BELL 1 ; CARC 2 ; HELL 2 ; HEP 2 ; HYPER 1 ; LACH 1 ; SPONG 2 ; VERAT 1 ; ZINC 2

SONO -> POSIÇÃO -> ajoelhado MED 2 ; STRAM 1

SONO -> POSIÇÃO -> abdome, sobre o ABROT 1 ; ACET-AC 1 ; AM-C 1 ; ARS 1 ; BELL 2 ; BELL-P 2 ; BRY 1 ; CADM-S 1 ; CALC 1 ; CALC-P 2 ; CARC 2 ; CAUST 1 ; CINA 1 ; COCC 1 ;

COLOC 2; CROT-T 1; CUPR 1 ; HALO 1 ; IGN 1; LAC-C 2; LACH 1 ; LYC 2 ; MED 3 ; PHOS 2 ; PHYT 1 ; PLB 2 ; PODO 1; PULS 2 ; SEP 2 ; STANN 1; STRAM; SULPH 1 ; TUB 2

SONO -> POSIÇÃO -> mudada freqüentemente ARS 3 ; AUR 1 ; BAD 2 ; CACT 2 ; CALEN 1 ; CASTE 1 ; EUP-PER 2; FORM 1 ; HEP 2 ; IGN 2 ; KALI-C 1 ; LACH 1 ; LYC 1 ; LYCPR 1; M-AUST 1 ; MOSCH 1 ; NAT-S 2 ; PHOS 1 ; PLAT 1 ; PYROG 2 ; RHUS-T 1 ; SABIN 1

SONO -> POSIÇÃO -> lado, de -> direito, sobre o lado AIL 1; CHAM 1 ; IRIS-FOE 1 ; KALI-C 1 ; LACH 1; LYC 2 ; PHOS 3; SUMB 1

SONO -> POSIÇÃO -> lado, de -> esquerdo, sobre o lado ACON 1 ; AM-C 1 ; ATRO 1 ; BAR-C 1; BOR 1; BUFO 1 ; CARC 1 ; CENCH 1 ; GELS 1 ; MAG-M 2 ; NAT-C 1 ; PSOR 1 ; SABIN 1; SULPH 2 ; TUB 1

Os medicamentos que têm mais variações de posição: CARC LYC PHOS MED TUB LACH STRAM ARS CALC-P HEP

SONO -> COMATOSO -> olhos -> um olho aberto VERAT 1

SONO -> COMATOSO -> olhos -> abertos, com CAPS 1 ; COLOC 1 ; SAMB 1 . Quando em sono profundo e os dois olhos ficam abertos

DENTES -> RANGER de dentes -> sono, durante ACON 2; AGAR 1; ANT-C 2; ARS 3; ASAF 1; BAC 1 ; BELL 3; BRY 2; CALC 1; CANN-I 3; CARC 1 ; CARL 1 ; CAUST 1; CINA 3; COFF 2; COLCH 1; CON 1; CROT-H 2; HELL 2; HYOS 2; IGN 2; KALI-BR 2; KALI-C 2; KALI-P 1; LAC-D 1; MERC 2; MYGAL 2; NAT-P 1; PLAN 1; PLB 2; PODO 2; PSOR 1; SANTIN 2; SEP 1; STRAM 2; SULPH 2 ; THUJ 1; TUB 3; VERAT 2; ZINC 2

Os medicamentos com 3 pontos para bruxismo: ARS BELL CANN-I CINA TUB

MENTAL -> TERROR NOTURNO (Ver Agarra-criança; Ansiedade-noite-crianças; Assustado-desperta-terrorizado; Medo-noite-terror/crianças-noite).

MENTAL -> AGARRA-SE -> criança -> desperta aterrorizada, não conhece ninguém, grita, agarra-se aos que estão próximos ACON 2 ; ARS 2 ; BOR 3 ; CHAM 1; CINA 1 ; STRAM 2

MENTAL -> GRITOS, berrando -> crianças, em -> despertar, ao BOR 1 ; SANIC 1

MENTAL -> GRITOS, berrando -> crianças, em -> sono, durante o APIS 3 ; ARN 2 ; BELL 1 ; BOR 1 ; CALC-P 2 ; CARC 1; CASTE 1 ; IGN 2 ; INUL 1 ; LYC 2 ; PSOR 2 ; PULS 3 ; SULPH 3 ; TUB 2

MENTAL -> GRITOS, berrando -> crianças, em -> noite CARC 1; CHAM 2 ; CHLOL 2 ; JAL 1; KALI-P 2 ; LAC-C 2 ; NUX-V 1 ; PSOR 1 ; RHEUM 1 ; SYPH 1

MENTAL -> MEDO, apreensão, pavor -> noite -> terror noturno ACON 1 ; AUR-BR 2 ; CALC 1 ; CHAM 1 ; CHLOR 1 ; CIC 1 ; CINA 2 ; CYPR 1 ; GAERT 1 ; KALI-BR 2 ; KALI-P 1 ; MORG-G 1 ; SCUT 1 ; SOL-N 1 ; STRAM 2 ; SYC 1 ; TUB 1 ; ZINC-M 1

MENTAL -> MEDO, apreensão, pavor -> crianças, em -> noite BOR 2 ; CARC 3 ; CASTE 1 ; KALI-P 1

MENTAL -> ASSUSTADO facilmente -> noite -> crianças, em CARC 1

MENTAL -> CHORO, humor choroso -> crianças, em -> noite ARUND 1 ; BOR 2 ; JAL 2 ; LAC-C 2 ; PSOR 2; RHEUM 2

MENTAL -> CHORO, humor choroso -> crianças, em -> noite -> agita-se a noite toda ARS 1 ; JAL 2 ; PSOR 1 ; RHEUM 1

MENTAL -> CHORO, humor choroso -> sono, durante (dormindo) -> criança fica boazinha durante o dia, grita e se inquieta à noite JAL 2

Os medicamentos com maior pontuação para terror noturno e choro noturno são: BOR JAL CARC PSOR CHAM KALI-P RHEUM LAC-C STRAM

MENTAL -> ANSIEDADE -> noite -> crianças, em ABEL 1; AGRE 1 ; ARG-M 1 ; ARS 3 ; BOR 3 ; CALC 2 ; CARC 2 ; CASTE 1 ; CHLOL 2 ; CHLOR 2 ; CINA 2 ; CONVO-S 1; KALI-BR 3 ; KALI-P 2 ; STRAM 2 ; TUB 3

MENTAL -> INQUIETUDE -> crianças, em -> noite ACON 1 ; ARS 2 ; KALI-C 1 ; PSOR 1

SONO -> INQUIETO -> crianças, em AGRE 1 ; BELL 1 ; BRY 1 ; CINA 2 ; COFF 1 ; HYOS 1 ; IGN 1 ; JAL 2 ; KALI-C 1 ; LACH 1 ; RHEUM 1 ; SENN 1 ; SIL 1 ; STAPH 1 ; VALER 1

SONO -> INQUIETO -> inquietude corporal, por ALUM 1 ; AM-C 1 ; ANAC 1 ; ARS 1 ; ASAF 1 ; BAR-C 2 ; BELL 1 ; BOV 1 ; BROS 1 ; BRY 1 ; CALC 1 ; CANN-S 2 ; CAUST 1 (3) ; CHIN 1 ; CINA 1 ; GRAPH 1 ; HELL 1 ; IGN 1 ; KALI-N 1 ; LAUR 1 ; MAG-C 1 ; MERC 1 (3) ; MUR-AC

1 ; NAT-C 1 ; NAT-M 1 ; PETR 1 ; PH-AC 1 ; PHOS 1 ; RHUS-T 1 ; RUTA 1 ; SENEG 1 ;
SEP 2 ; SULPH 1 ; THUJ 1

Os medicamentos com mais pontos para inquietude noturna: ARS CINA BELL BRY IGN KALI-C
BAR-C CANN-C CANN-S JAL SEP

MENTAL -> CANTA -> sono, durante (dormindo) BELL 1; CROC 2; HYPER 1 ; LACH 1 ; M-
ARCT 2 ; PH-AC 1; STRAM 1 ; SULPH 1

MENTAL -> RISO -> noite -> crianças CYPR 1

MENTAL -> BRINCAR -> desejo de -> noite -> crianças CYPR 1

MENTAL -> FALAR, conversar -> sono, durante (dormindo) -> crianças, em AMBR 2 ; PSOR 1

MENTAL -> FALAR, conversar -> sono, durante (dormindo) ACON 1; AIL 2 ; ALUM 1; ALUM-P1
; ALUM-SIL 1 ; AMBR 1; AM-C 1; ANT-T 1; APIS 1; ARG-N 1; ARN 2; ARS 1; AUR 1 ; BAR-A 1
; BAR-C 1; BAR-M 1; BAR-S 1 ; BELL 3; BRACH 1 ; BRY 1; BUFO 1; CACT 2; CALC 2 ;
CALC-A 1 ; CAMPH 1; CANN-I 2; CARB-AN 2; CARBN-S 1; CARB-V 1; CARC 1 ; CAST 1;
CASTE 1 ; CAUST 1; CHAM 2; CINA 2 ; CINNB 1; COFF 1; COM 1; CON 1; CORTICO 1 ;
CUB 1 ; CUPR 1; CUPR-A 1 ; DIG 1 ; GAL-AC 1 ; GELS 2 ; GRAPH 1; HELL 2 ; HYOS 2;
HYPER 1; IGN 1; INDG 1; KALI-AR 1; KALI-BI 1; KALI-C 3; KALI-M 1 ; KALI-P 1; KALI-S 1;
KALI-SIL 1 ; KALM 1; LAC-C 2 ; LACH 3 ; LED 2 ; LYC 1; MAG-C 1; MAG-M 1; M-AUST 1 ;
MERC 1; MUR-AC 2; NAT-C 1 ; NAT-M 2; NIT-AC 1; NUX-V 2; OP 2; PH-AC 1; PHOS 1; PLB 1;
PODO 1 ; PSOR 1 ; PULS 2; RAPH 1; RHEUM 1 ; RHUS-T 2; SABIN 1; SEL 1; SEP 2; SIL 2;
SPIG 1 ; SPONG 1 ; STANN 2; STRAM 2 ; SULPH 2; THUJ 1; TUB 1 ; ZINC 1; ZINC-P 1 ;
ZINC-S 1

MENTAL -> GESTOS, faz -> involuntários, movimentos -> sono, durante o OP 1 ; PHOS 1

MENTAL -> GESTOS, faz -> involuntários, movimentos -> cabeça, para a -> sono, durante o
ARS 2

MENTAL -> GESTOS, faz -> bate os pés -> crianças durante o sono IGN 2 ; KALI-C 1 ; SEP 1

MENTAL -> GESTOS, faz -> dedos na boca, põe os -> polegar, durante o sono CARC 1

MENTAL -> MEDO, apreensão, pavor -> escuro, de ACON 2; AETH 1 ; AM-M 1; ARG-N 1 ;
ARS 1 ; BAPT 1; BELL 1 ; BERB 1 ; BROM 1; CALAD 1 ; CALC 2; CALC-A 1; CALC-P 1;

CALC-S 1; CAMPH 2; CANN-I 3; CANN-S 2 ; CARB-AN 2; CARB-V 2; CARC 1 ; CAUST 2;
 CHIN-S 1 ; CUPR 2; DYS 2 ; GAERT 1 ; GELS 1 ; GRAPH 1 ; GRIN 1 ; KALI-BI 1 ; KALI-C 1;
 LAC-C 1 ; LYC 2; MANC 1 ; MED 2; MERC 1 ; NAT-M 1 ; NUX-M 1 ; NUX-V 1 ; PHOS 2;
 PLAT 1 ; PULS 2; RAD-BR 1 ; RHUS-T 1; SANIC 1; SIL 1 ; STRAM 3 ; STRONT-C 2; SYC 2 ;
 VALER 1; ZINC 1

MENTAL -> LUZ -> evita AMBR 1; ANDROC-H 1 ; BELL 1 ; COCA 1 ; CON 3; HYOS 1;
 STRAM 1 ; TARENT 1 ; ZINC 1

MENTAL -> LUZ -> desejo de ACON 2; AM-M 2; ASAR 1; BELL 3; CALC 2; CALC-A 1; CANN-I
 1 ; CANN-S 1; CARB-AN 1 ; CHOC 1; GELS 3; GRIN 1 ; LAC-C 1; NAT-M 1; PHOS 1 ; PLB 1 ;
 RUTA 1; SANIC 1 ; STRAM 3; STRONT-C 1 ; VALER 1

MENTAL -> SENSÍVEL, hipersensível -> luz, à ACON 2; ANDROC-H 1 ; ARS 2; AUR 1 ; BELL
 3 ; BROS 1 ; BUTH-A 1 ; COLCH 2; CON 1 ; KALI-P 2; LAC-C 1; MUR-AC 1 ; NUX-V 3; PHOS
 3; SANG 1 ; STRAM 1 ; TUB 1

SONO -> INSÔNIA -> ir para a cama, mas sonolento antes; após AMBR 3; BELL 1. “berço com
 espinhos”

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em ABSIN 2 ; ACON 2 ; ARS 2 ; ARUND 1 ; BAR-C 1 ; BELL
 2 ; CALC-BR 1 ; CARC 3 ; CHAM 2 ; CINA 2 ; COFF 3 ; CYPR 2 ; HYOS 1 ; KALI-BR 1 ;
 MAG-M 2 ; MED 1 ; PASSI 2 ; PHOS 1 ; PSOR 1 ; PULS 1 ; STICT 2 ; SULPH 1 ; SYPH 1

SONO -> INSÔNIA -> dia todo, o -> crianças, dia e noite PSOR 1

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> anoitecer LYC 1

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> acariciada, criança deve ser KREOS 2

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> brincar e ri, criança quer CYPR 1

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> irritável desde a hora de dormir até a manhã; no dia
 seguinte animado PSOR 2

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> riso, com CYPR 1

SONO -> INSÔNIA -> gritos, com -> crianças, em CARC 1 ; PASSI 1

SONO -> INSÔNIA -> respiração difícil, com -> crianças, em KALI-BR 2

SONO -> INSÔNIA -> visões, por -> fechar os olhos, ao LED 2 ; THUJ 2

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> carregada, criança deve ser CHAM 1

SONO -> INSÔNIA -> crianças, em -> embalada, criança deve ser CARC 2 ; CINA 1; STICT 2

SONO -> INTERROMPIDO -> crianças, em BOR 1

SONO -> PERTURBADO -> ansiedade, por ACON 2 ; ALUM 1 ; AMBR 1 ; AM-C 1 ; ANT-C 1 ; ARG-M 1 ; ARS 2 ; BAR-C 1 ; BELL 2 ; BOV 1 ; BRY 2 ; CALC 1 ; CALC-F 1 ; CANN-S 1 ; CARB-AN 1 ; CARB-V 2 ; CARC 1 ; CAST 2 ; CAUST 2 ; CHAM 1 ; CHIN 2 ; COCC 2 ; COFF 1 ; CON 1 ; CYCL 1 ; DIG 1 ; DULC 1 ; FERR 2 ; GRAPH 2 ; HEP 2 ; HYOS 2 ; IGN 2 ; KALI-C 2 ; KREOS 1 ; LACH 1 ; LACT 1 ; LYC 1 ; MAG-C 2 ; MAG-M 1 ; MANG 1 ; MERC 2 ; MERC-C 1 ; NAT-C 1 ; NAT-M 2 ; NICC 1 ; NIT-AC 2 ; NUX-V 1 ; PETR 1 ; PH-AC 1 ; PHEL 1 ; PHOS 2 ; PLAT 1 ; PULS 1 ; RAN-S 1 ; RAT 1 ; SABIN 1 ; SEP 2 ; SIL 2 ; SPONG 1 ; SQUIL 1 ; STRONT-C 1 ; SULPH 2 ; TAB 1 ; VERAT 1 ; ZINC 1

SONO -> PERTURBADO -> recém-nascidos, em CHAM 2

SONO -> PERTURBADO -> caminhando na cama, criança está RHEUM 1

SONO -> PERTURBADO -> dores, por ALUM 1 ; ARS 1 ; AUR 1 ; BELL 1 ; CANN-I 1 ; CHAM 2 ; COC-C 1 ; COLOC 1 ; KALI-N 1 ; LACH 1 ; LYC 2 ; MAG-M 1 ; MERC 2 ; MERC-I-F 1 ; MOSCH 1 ; MUR-AC 1 ; NIT-AC 2 ; PASSI 1 ; PULS 1 ; SIN-N 1 ; VIP 1

SONO -> PERTURBADO -> convulsões, por COCC 1 ; HYOS 1 ; KALI-C 1 ; MAG-C 1 ; PULS 2 ; RHUS-T 2 ; SIL 2

SONO -> SONOLÊNCIA -> crianças, em ALL-S 1 ; BOR 1 ; PODO 1

SONO -> PESADO -> crianças, em LACH 1 “como uma pedra” – “desmaia”.

MENTAL -> IRRITABILIDADE -> manhã -> despertar, ao -> crianças, em CHIN 2 ; LYC 3 ; NUX-V 3

MENTAL -> humor choroso -> despertar, ao ALUM 1 ; ALUM-P 1 (1) ; AM-C 1 ; AM-M 1 ; ANT-T 1 (4) ; ARN 1 (4) ; BELL 1 ; BOR 1 (4) ; BUFO 1 ; CARB-AN 1 ; CHIN-S 1 ; CIC 2 (12) ; CINA 1 ; GUAJ 1 ; HYOS 1 ; IGN 1 ; KALI-I 1 ; LACH 1 ; LYC 1 ; MAG-C 2 ; MERC 1 ; NICC 1 ; NUX-V 1 ; OP 1 ; PAULL 1 ; PHOS 1 ; PLAN 1 ; PULS 1 ; RAPH 1 ; RUTA 1 ; SABAD 1 ; SABIN 1 ; SEP 1 ; SIL 1 ; STRAM 2 ; SULPH 1

MENTAL -> CHUTA -> criança está irritada, chuta e resmunga ao despertar LYC 1; SANIC 1

MENTAL -> COÇA forte (arranha) com as mãos -> criança coça a cabeça ao despertar CALC 1 ;
NAT-M 1

MENTAL -> ESCAPAR, tenta -> despertar, ao -> crianças STAPH 2

MENTAL -> GRITOS, berrando -> crianças, em -> despertar, ao BOR 1 ; SANIC 1

SONHOS -> PESADELOS -> crianças, em ACHY 1 ; BOR 1 ; CARC 3 ; KALI-P 1

MENTAL -> IRRITABILIDADE -> manhã -> despertar, ao -> crianças, em CHIN 2 ; LYC 3 ;
NUX-V 3

SONO -> DESPERTA -> cedo -> adormecer tarde, e BOR 1 ; CYCL 1 ; DIOS 1 ; GUAJ 1 ;
LYC 2 ; OL-AN 1 ; PRUN 1 ; PULS 1 ; RAN-B 1 ; SEL 1 ; SEP 1 ; STAPH 1 ; SUL-AC 1 ;
SULPH 1 ; VISC 1 ; ZINC 1

SONO -> DESPERTA -> freqüente -> recém-nascidos, em BOR 2

SONO -> DESPERTA -> ruído -> menor ruído, ao ACON 1 ; ALUM 1 ; ALUMN 1 ; AM-C 1 ;
ANG 1 ; APIS 1 ; ARS 1 ; ASAR 2; BELL 2 ; CALAD 2; CALC-BR 1 ; CARB-V 1 ; CHAM 1 ;
CHIN 1; COCC 1; COFF 2 ; GRAT 1; IGN 2; KALI-N 1 ; LACH 1 ; MERC 2 ; NARCOT 1 ; NAT-
P 1; NUX-V 1; OL-AN 1; OP 2; PHOS 1; PITU-A 1 ; RUTA 1 ; SAROTH 1 ; SEL 1; SEP 1 ; SUL-
AC 1 ; SULPH 1 ; TARENT 1 ; VALER 1 ; ZINC-VAL 1

SONO -> DESPERTA -> sede, por ALOE 1 ; ANT-T 1 ; BERB 1 ; BOR 1 ; CALAD 2 ; CARB-V 1
; CHIN-S 1 ; COFF 3 ; DROS 1 ; EUG 1 ; KALI-N 1 ; LIL-T 2 ; MAG-C 1 ; NAT-S 2 ; NIT-AC 1 ;
PLAT 1 ; RAN-S 1 ; RAT 2 ; RHUS-T 1 ; SEL 2 ; SEP 1 ; STRAM 2 ; SUL-AC 1 ; SULPH 1 ;
THUJ 1

SONO -> DESPERTA -> cantar durante o sono (domindo), por SULPH 1

MENTAL -> ASSUSTADO facilmente -> desperta -> aterrorizado, não conhece ninguém, grita,
agarra-se aos que estão próximos ACON 2 ; ARS 2 ; BOR 3 ; CHAM 1 ; CINA 1 ; STRAM 2

MENTAL -> AGARRA-SE -> criança -> desperta aterrorizada, não conhece ninguém, grita,
agarra-se aos que estão próximos ACON 2 ; ARS 2 ; BOR 3 ; CHAM 1 ; CINA 1 ; STRAM 2.

BEXIGA -> MICÇÃO -> involuntária (incontinência urinária) -> noite (incontinência na cama) -> crianças, em AESC 1 ; CARC 1 ; HYPO 1 ; PSOR 1 ; TUB 1

BEXIGA -> MICÇÃO -> involuntária (incontinência urinária) -> noite (incontinência na cama) -> crianças, em -> sono profundo, por TUB 1

3.4 Principais Medicamentos Homeopáticos para as Desordens de Sono na Infância

Os medicamentos foram selecionados de acordo com o Repertório de Homeopatia Ariovaldo Ribeiro Filho, de acordo com a maior pontuação e maior ocorrência nas rubricas referidas acima. A partir desta seleção, fizemos uma revisão bibliográfica com ênfase na criança e nos distúrbios de sono e as características e peculiaridades de cada medicamento:

BELLADONA (sinonímias: *Atropa belladonna*, *Atropa lethalis*, *Belladonna baccífera*, *Belladonna trichotona*, *Solanum furiosum*, *Solanum hortense*, *Solanum lethale*, *Solanum magus*, *Solanum maniacum*, *Solanum melanoceros*, *Solanum somniferum*, *Solanum sylvaticum*).

A criança “exterminadora”, capaz de enfrentar até os adultos quando colérica. Quando contrariada é furiosa e explosiva, joga as coisas que vê à sua frente, como se fora de si estivesse. Humor detestável. Birra clássica da criança mimada. Nas crises de birra chora, bate com a cabeça no chão, morde os outros e se morde, levando as pessoas ao desespero e nervosismo. Medo do sobrenatural. Agitadas, acordam descrevendo que viram fantasmas, demônios e monstros, com midríase pupilar. Impressionáveis com a bruxa ou homem mau das historinhas. Sonham com fogo. Pletóricas com cabeça quente, corpulentas e extremidades frias como gelo. Fora da cólera é doce e afetuosa. Não tolera trepidações em BRUNINI (2005). Delírio violento e selvagem, pior à noite com alucinações visuais, rosto vermelho, cabeça quente, pupilas dilatadas, os olhos injetados de sangue, olhos selvagens, pulsação intensa nas carótidas e congestão. Medo e hiperexcitação. Hiperatividade durante o sono profundo: fala, delira, chuta, golpeia, luta, canta, chora, com sobressaltos, pesadelos. Enurese noturna em gotejamento. Medo com desejo de fugir ou saltar da cama; inquietude ansiosa que o tira da cama e o faz ir para outra ou ficar dando voltas. Range os dentes, mais à noite. Delírio horrível que assusta os outros, com raiva ou fúria violenta, convulsivo, renovada quando tocado ou para ver a água, com uma força terrível e maior, pior na tarde e noite. Puxa o cabelo das pessoas que estão perto ou seu próprio cabelo, não reconhece sua família, cospe no rosto, morde, chora, range os dentes, grita, canta e dança, com palavras incoerentes; late ou rosna como um cão, chutes. Bate seu rosto e sua cabeça contra a parede, destrói suas roupas e roupas de cama. Alucinações visuais, piores à noite: animal que

parece horrível (animais negros, nas paredes, ou baratas), gatos, cães, insetos, touros, camundongos e ratos, cobras, lobos, vê fantasmas, espectros, espíritos de preto, no escuro. Tem visões horríveis no escuro: vê pessoas ao fechar os olhos, sente medo, sente que flutua no ar ou que voa. Acha que as alucinações a vão matar, que é perseguida por inimigos VIJNOVSKY (2012). Para PONCET (2004), os sintomas aparecem com maior frequência durante quadros febris. Medicamento bom para induzir o sono. A criança *Belladonna* está caindo de sono, mas não consegue dormir. Ao dormir, apresenta movimentos de balançar a cabeça.

CARCINOSINUM (sinonímia: *Cancerinum, Câncer nosodio, Carcinosinum Burnett*).

Dorme em posição genupeitoral ou de costas com os braços sobre a cabeça. Sono perturbado e inquieto; demora a dormir pelo grande afluxo de idéias, ficando acordada quase a noite toda, insônia. Acorda com estremecimentos. Sonhos excitantes. Grande cansaço com irritabilidade excessiva, pior pela manhã, ao acordar. Indolência. Grande necessidade de afeto. Sentimento de infelicidade e miséria. Ofende-se com facilidade e agrava com consolo. Distúrbios graves ou prolongados por medo ou susto. Fastidiosa. Transtoma por antecipação. Medo do escuro, cães e animais em geral. Tem medo das outras crianças na escola, não sabe como se defender. Aversão à conversa, tímido. Distonias neurovegetativas. Sente medo no estômago. Sintomas melhoram ou pioram a beira mar VIJNOVSKY (2012). A criança “musical” segundo BRUNINI (2005), pois a música melhora todos os seus sintomas. Chora com música. Compassiva, envolve-se e sofre com os problemas dos outros. Carente, gosta de doces. Timidez. A noite é um problema: ou sofre de insônia ou de terror noturno. Portanto, acorda irritada.

ARSENICUM ALBUM (sinonímia: *Acidum arsenicosum, Acidum arseniosum, Arsenii anhydridum, Gefion, Metalum album*).

A criança “indomável”, que vive em ritmo acelerado, ansiosa, inquieta, com ares de soberbia. Odeia bagunça, tudo deve estar limpo e organizado. Afetuosa, ciumenta, sente-se “mal-amada”. Crises de asma de madrugada, como a punir os seus por não receber o afeto merecido. Sonha com enforcamentos, sufocações, acorda agitado com falta de ar. Medo de morrer. Tem medo de morrer de fome, apresentando avareza. Religiosidade marcante BRUNINI (2005). PONCET (2004), coloca como característicos os rituais para se deitar. Criança cuidadosa, maníaca por ordem e arrumação. Insônias com angústia. Agitação com períodos de abatimento alternados, com piora entre uma e 3 h da manhã. Medo da solidão e da escuridão. A criança reclama a presença da mãe perto dela, sobretudo nas febres. Sono não repousante.

Tem uma inquietação e agitação intensa, não só interna, intrínseca, com ansiedade, mas também externo, objetivo, forçando-a a mudar constantemente de posição e lugar, dando muitas voltas na cama, ou saltar para fora dela, indo de uma cama para outra, ou de volta para a cama e fora dela várias vezes, especialmente depois da meia-noite, e também induz a andar rápido. A ansiedade e o medo pioram especialmente depois da meia-noite, atingindo às 3 h seu ápice, fazendo-a pular da cama. Alucinações com animais, insetos, ratos, vermes em sua cama; vê pessoas ao seu lado, vê pessoas mortas, fantasmas, dia e noite e acredita que o seu corpo vai apodrecer. Delírio violento, mais à noite, revela segredos dormindo. Desperta como que com choques elétricos que começam nos pés. Range os dentes, acordado ou dormindo. Sonham com acidentes, mortes, tempestades, incêndios. O esforço físico ou mental leva à sonolência. Insônia e ansiedade depois da meia-noite ou 3 h da manhã em VIJNOVSKY (2012).

BORAX (sinonímia: *Boras sodicus*, *Borax sodicus*, *Borax veneta*, *Natri boras officinalis*, *Natrii boras*, *Natrii boras officinalis*, *Natrium tetraboracicum*, *Natrum biboracicum*, *Natrum biboricum*, *Natrum boracicum*, *Natrum boricum*, *Natrum subboracicum*, *Sodae boras*, *Sodii boras*, *Tinca*, *Tinca*).

Crianças magras, que não ganham peso adequadamente. Não toleram ser penteadas. Pavor ao movimento descendente (descida para ser colocada no berço, ou até elevador ou balanço). O bebê ao ser colocado dormindo no berço, acorda aos gritos com uma horrível sensação de como se fosse cair mesmo, ergue os braços em direção à mãe como se precisasse agarrar-se em algo. Afecções bucais comuns DIAS PAULO (2000). A criança de *Borax* é a “assustada”, agarra-se com medo de escorregar e cair. Piora à noite, quando primeiro acorda e depois chora assustada. Não chora porque sonhou que estava caindo e sim tem medo de cair (BRUNINI, 2005). Em VIJNOVSKY (2012): acentuado medo de cair em crianças, mesmo ao descer escada abaixo. Bebês têm um medo terrível se são jogados ao ar durante brincadeiras. O medo é sempre acompanhado de uma expressão de grande ansiedade e estendem os braços como se fossem cair. Assusta-se facilmente, com grande sensibilidade ao ruído, especialmente se forem repente, assustado com o menor ruído ou um som agudo incomum, tosse, espirro, um grito, um jogo de luz, trovão. A criança chora para dormir, tem pesadelos, acorda muito assustada gritando, agarrando os lados de seu berço, sem causa aparente. Sono de dia e insônia à noite. Tendência a dormir muito. Sono perturbado por cólicas e diarreia. Ele acorda cedo e não pode voltar a dormir com o calor na cabeça e muitas idéias. Os terrores noturnos em crianças com movimentos convulsivos das mãos. Em “Homeopatia Pediátrica Psicopatologia” de Jacques-Édouard PONCET (2004) são características a hipersensibilidade afetiva, nervosismo, instabilidade, insônia

após excitação nervosa ou provocada por preocupações (o sono desaparece assim que se deita e tem necessidade de se levantar). Seus terrores noturnos aparecem depois de brincadeiras excitantes durante o dia ou uma hiper-excitação à noite. Criança irritável e violenta. Medo de cair quando é abaixada para ser colocada no berço, mantida no ar ou descendo de uma escada. Pede a presença dos pais em TÉTAU (1995).

STRAMONIUM (sinonímia: *Datura lurida*, *Datura stramonium*, *Solanum maniacum*, *Stramonium foetidum*, *Stramonium majus album*, *Stramonium spinosum*, *Stramonium vulgatum*, *Stramonium virgo dictum*).

O medicamento mais indicado para terror noturno infantil por BRUNINI (2009) e também, por LINHARES (1992). O “exorcista”, segundo BRUNINI (2005), ela fala em línguas estranhas, no delírio, como que possuídas por espíritos de mortos, assustando a família, que chega a procurar todo tipo de exorcismo e benzimento. Ficam fora de si, tanto de dia, quanto de noite. A criança *Stramonium* pode ser capaz de atos maldosos, perversos. Crueldade. Judia e chega a sacrificar animais. Falta de afetividade e envolvimento com as coisas do cotidiano. Crê ver espíritos, se sente possuída por eles, grita e chora alto, em delírio furioso, selvagem, com ausência de dor. Blasfemador das coisas sagradas. Medo de escuro, de olhar-se no espelho e do som de água corrente - hidrofobia. Sensação de que são perseguidas por monstros saídos das profundezas da terra. Bruxismo. Em VIJNOVSKY (2012), o autor acrescenta que os delírios são piores à noite, com os olhos arregalados, proeminentes, brilhantes e pupilas totalmente dilatadas e sem reação à luz. Impulso de matar, de bater (em objetos, muitas vezes imaginários), grita, deseja morder, chutar, rasgando suas roupas ou o travesseiro com os dentes ou qualquer outra coisa. Quer fugir, pula da cama e corre, ou cospe na cara das pessoas, ou ri em paroxismos altos ou espasmódicos, imoderada ou tolamente, assovia, ou canta (às vezes alternando com choro) ou dança, bate palmas, tem suspiros, faz caretas ou gestos torcendo mãos e pés. Delírio com grande loquacidade, muitas vezes ininteligível. Ela está cheia de temores, especialmente do escuro e de estar sozinha. Deseja luz e companhia, não pode tolerar ficar sozinha, especialmente à noite. Sonolência diurna. O sono é profundo e agitado. Dorme ajoelhada. Acorda ao menor toque, com gritos e gestos selvagens. Sonolento e não consegue dormir. Convulsões com movimentos coreicos, piores à noite, por dentição. Hidrofobia. Sobre a criança *Stramonium*, PONCET escreve que durante o dia é indisciplinada, instável, birrenta e malévola. Pode se tornar cruel e malévola. O adormecimento é difícil pelo medo de escuro e solidão. Pesadelos e alucinações apavorantes no primeiro sono. Dorme melhor compartilhando o quarto, precisando de uma luz para dormir. Nos ataques de terror noturno, ela se senta, apavorada, com olhos

abertos e face de loucura, embotamento e terror, mas não desperta. Agarra-se em alguém ou na cama ou quer fugir. Acalma-se com luz, carícias e a voz da mãe. É preciso acordá-la para que ela possa voltar a dormir. TÉTAU (1995) completa que a criança solicita a presença dos pais e range os dentes durante o sono.

ACONITUM (sinonímia: *Aconitum angustifolium*, *Aconitum caule-simplex*, *Aconitum coeruleum*, *Aconitum dissectum*, *Aconitum multifidum*, *Aconitum napellus*, *Aconitum tauricum*, *Aconitum vulgare*, *Napellum coeruleum*, *Napellus*, *Ubera aconiti*).

Designada como o “bruxinho” da matéria médica por BRUNINI (2005), pois assusta os familiares com suas premonições. Tem sonhos ansiosos. Insônia com inquietude, virando-se na cama. Sobressaltos durante os sonhos, clarividência que impressiona os adultos. Falam com amigos invisíveis e questionam de onde vêm e pra onde vão. Quem é Deus? Como são os anjos? Medrosa, inquieta e ansiosa. Convulsionam por susto ou medo. Medo decorrente de suas intuições que muitas vezes se concretizam. Sensível ao frio. Na matéria médica de VIJNOVSKY: Terrível ansiedade, especialmente à noite, com medo de morrer a ponto de prever a própria morte. Delírio ansioso à noite. Agitação intensa, com grande ansiedade; constantemente giros ou saltos em sua cama, tudo assusta. Os distúrbios ocorrem após um choque, até mesmo no bebê ou criança cuja mãe sofreu um susto gravidez. Sonambulismo, caminha dormindo. Extremamente sensível ao ruído, luz, música (que o entristece) e cheiros fortes ou desagradáveis. Crianças hipersensíveis. Medo do escuro, de multidões, de sufocar-se, afogar-se. Medo de atravessar a rua em frente, precisa dar a mão. Irritável, violento, com grande excitação nervosa. Distúrbios causados por raiva, ansiedade e medo. Delírio violento dor intolerável, pior à noite. Indiferente a tudo e aos entes queridos. Covarde, impaciente e teimoso. Crítico e profético. Aversão ao ler. Não é persistente. Conforme LOCKIE & GEDDES (2001) a insônia é desencadeada por choque ou susto ou em clima frio seco e ventoso. Piora em ambientes quentes, fumaça de tabaco e música.

SULPHUR (sinonímia: *Sulfur*, *Depuratum*, *Flores sulphuris*, *Sulphur depuratum*, *Sulphur flavum*, *Sulphur lotum*, *Sulphur sublimatum*, *Sulphur sublimatum flavum*, *Sulphur sublimatum lavum*, *Sulphur sublimatum lotum*).

Descrito por BRUNINI (2005), como características marcantes a genialidade, inteligência e criatividade. Criança indiferente a ordens externas, pois vive em seu “mundinho mental particular” (sonhadora). Não liga para “questões menores”. Absorta, mergulha em seus pensamentos. Teoriza o propósito da vida. Interessa-se por filosofia, ciências e religião. Pouco compassiva com

os outros, indiferente. Desejo de doces. Espírito inventivo: desde cedo inventa brincadeiras, constrói brinquedos, gosta de charadas, jogos, quebra-cabeças, desafios intelectuais. A hora do banho é rápida e geralmente um “cavalo de batalhas”. Desleixada, suja e desarrumada. Vaidade nula. Pode ser bom para as crianças bradipsíquicas, também. Cheia de questionamentos filosóficos, intelectuais e religiosos. Gosta de começar pela sobremesa. Transpiração e calor nos pés. Fala, grita, suspira, chuta, queixa-se ou geme dormindo. Sonambulismo. Crianças que chutam as cobertas à noite, mesmo enquanto dormem, para de descobrir. Sono leve, “de gato”, acorda ao menor ruído, ou por sonhos ou por tosse; acorda assustado. Insônia, principalmente após 4 e 5 h da madrugada. Acorda com frequência após meia-noite com desejo de evacuar. Mexe-se de um lado para o outro. Pesadelos, ao dormir de costas, principalmente. Sonha com fogo que cai do céu, quedas, cachorros que mordem, com a morte ou que está urinando (chegando a urinar mesmo). Tem com pressentimentos do que vai acontecer durante o dia. PONCET relata em *Sulphur* dificuldade para dormir, graças à agitação, excesso de idéias e inquietude. O despertar se produz entre 3 e 4 h da manhã, com insônia após.

PSORINUM (sinonímia: *Psoricum*).

Irritável à noite, quando acorda. Impaciente. Obstinado. Gosta de discutir. Insolente. Bebês que não querem dormir nem de dia, nem de noite; estão incomodados e gritam ou choram. A criança está tranqüila e brinca de dia, mas, inquieta, indisposta e chora à noite toda. Mal-humorada, tem sobressaltos ao menor ruído. Desejo de ficar só. Desesperado por um prurido de pele ou de alma, com sentimento de culpa, em BRUNINI (2005 e 2009).

LYCOPODIUM CLAVATUM (sinonímia: *Lycopodium*, *Lycopodii polen*, *Lycopodium inflexum*, *Clavatum*, *Muscus clavatus*, *Muscus squamosus vulgaris*, *Muscus terrestris repens*, *Muscus ursinus*, *Pés leoninus*, *Pés ursinus*).

O “gritão”. Grita por ansiedade, dormindo ou ao acordar. Segundo BRUNINI (2005): são agressivos e transtornam se recebem algum deboche, em situações em que são testados. Pouca esportividade. Quer prestígio, liderar. Só grita com os mais fracos. Costuma ser educado na escola, com os amigos mais fortes e importantes, ao passo, que em casa é tirano e grosseiro. Adula os superiores e pisa nos inferiores. Não sabe perder. Falta de esportividade e ética. Competitivo, chega a trapacear. Grande insegurança, falta de confiança em si mesmo. Desencadeia uma auto-afirmação, busca aparentar força, pelo amor ao poder chega a ser submisso como a se defender. Irritável, autoritário, ditatorial, intolerante a contradição e aversão

ao consolo, que passa como se fosse um atestado de fracasso. Chora em festinhas quando é prestigiado. Sentimento de desamparo o fraqueza. Humor variável. Religiosidade.

PHOSPHORUS (sinonímia: *Phosphorus albus*).

A criança é ansiosa, agitada, hipersensível e longelínea, sonolenta durante o dia. Dorme tarde e pela manhã tem a impressão de não ter dormido o suficiente. Palpitações e angústias noturnas. Sono em posição genupeitoral, caminha dormindo, acorda com o menor barulho: sonhos angustiantes que o impressionam depois. Desperta bruscamente, por angústia, pulando da cama PONCET (2004). BRUNINI (2005 e 2009) descreve as crianças *Phosphorus* com sentimento de proteção maternal/ paternal, tomam conta de todos, até mesmo dos adultos. Envolvidas e preocupadas com os problemas dos outros. Compassivas e empáticas. Adotam bichinhos de rua. Não toleram ficar sozinhas, podendo transtornar em situações em que se viu só. Sociáveis, sensíveis às artes e afetuosas, sem esperar trocas. Medo de escuro. Sensibilidades extra-sensoriais. Friorentas e gostam de água gelada e sorvetes.

CINA (sinonímia: *Absinthium austriacum tenuifolium*, *Absinthium ponticum tenuifolium*, *Absinthium tridentium herbarior*, *Absinthium seriphium*, *Artemisia austríaca*, *Artemisia cina*, *Arthemisia contra*, *Athemisia lercheana*, *Arthemisia maritima*, *Arthemisia maritima var pauciflora*, *Arthemisia santonica*, *Arthemisia vahliana*, *Cina anthekeinthica*, *Semen contra*, *Semen contra vermes*, *Semen cynae*, *Semen lumbricorum*, *Semen sanctum*, *Semen santocini*, *Semen zedoaire*, *Semen zinae*).

Irritáveis, só se acalmam sendo carregadas no colo e embaladas, inquietas e caprichosas. Choro piora à noite. Sono agitado e mexem-se demais, falam, gritam e rangem os dentes dormindo. Roçam em alguma coisa enquanto dormem. Terror noturno. Dorme de bruços. Pálidas, com halo azulado ao redor dos olhos. Colocam o dedo constantemente no nariz. Tríade da verminose característica: irritabilidade, apetite voraz e ranger de dentes dormindo. Aspecto de “lombriguentos”, mesmo com protoparasitológico negativo em DIAS PAULO (2000). Terrores noturnos impossíveis de acalmar. De dia, a criança é agitada, desagradável, colérica e caprichosa. Sensível, não quer que seja tocada, que a olhem e que se aproxime dela. TÉTAU (1995), indica *Cina* como bom medicamento para insônia associada com agitação, gritos e pulos durante o sono.

CHAMOMILLA (sinonímia: *Arthemis vulgaris*, *Chamaemelum vulgare*, *Chamomilla*, *Chamomilla matricaria*, *Chamomilla nostras*, *Chamomilla officinalis*, *Chamomilla vulgaris*, *Chrysanthemum*

chamomilla, Leucanthemum, Manzanilla, Marcela, Matricaria, Matricaria chamomilla, Matricaria suaveolens).

Crianças que só dormem no colo dos pais e com embalo, fazendo um revezamento dos pais. Lamenta-se por tudo, berra e insiste para ser levado ao colo. São crianças que só adormecem se forem embaladas no colo ou no carrinho ou dando uma voltinha no quarteirão de carro. Não sabe o que quer, quando lhe damos um brinquedo, atira-o para longe, segundo BRUNINI (2005). Para PONCET (2004) é uma criança caprichosa, insuportável, colérica e agitada. Os problemas se agravam na erupção dos dentes. Fica mais nervoso durante a noite, mexe a cabeça em todos os sentidos. Sono agitado entrecortado por gritos e terrores noturnos. Apresenta movimentos de balançar a cabeça e o berço. TÉTAU (1995) indica *Chamomilla* como um bom remédio para bebês insones, agitados e caprichosos com piora da insônia durante a erupção dentária. Recomenda diluir a medicação na mamadeira e dar aos poucos até a criança dormir. LOCKIE & GEDDES (2001) citam como sintomas importantes: gemência durante o sono, dorme com os olhos entreabertos, desencadeado por ira ou erupção dentária. Piora com superaquecimento e à noite e no frio. Melhora no colo.

LACHESIS (sinonímia: *Bothrops surukuku, Crotalus mutus, Lachesis muta, Lachesis mutus, Lachesis rhombeata, Lachesis trigonocephalus, Mutus, Scytale anomodystes, Surukuku, Trigonocephalus lachesis, Trigonocephalus rhombeata*).

A criança é agitada durante a noite, e apesar de sonolenta, tem dificuldade para adormecer. Piora ao despertar, com fadiga ao se levantar e mau-humor. É uma criança ciumenta, agressiva, maldosa, e que acha que a querem mal ou que a perseguem, para PONCET (2004). Em BRUNINI (2005): Comunicativa, vaidosa, grande loquacidade, desconfiada, implicante, maliciosa e encantadora. Ilusão de que está encantada por uma força superior. Cheia de si, egocêntrica, fofoqueira, autoritária e avarenta. Instabilidade emocional: alternam euforia com tristeza. Ciúme irracional e desconfiança. Críticas, irritáveis e irritantes, ao mesmo tempo em que sabem adular, são sedutoras para levar vantagem. Orgulhosa. Chora com roupas apertadas. Crises epiléticas precedidas por visões espirituais. Natural sentido religioso, mesmo em famílias não praticantes.

IGNATIA AMARA (sinonímia: *Amara, Faba febrífuga, Faba indica, Faba sancti ignatii, lamara, Ignatiana philipensis, Ignatiana philipinica, Pasaqueria longiflora, Strychnos ignatii, Strychnos philippensis*).

Grande inquietude noturna (fala, grita chorando durante o sono). Sono muito leve: ouve tudo o que se passa ao seu redor, irrita-se por ruídos. As crianças fazem movimentos mastigatórios, esperneiam e rangem os dentes dormindo. A criança acorda do sono com gritos penetrantes, ri histericamente ou com tremor generalizado. Sobressaltos com medo de dormir em VIJNOVSKY (2012). PONCET (2004) refere que a criança justiceira *Ignatia*, transtorna do sono por hiperexcitabilidade cerebral, com insônia, após um desgosto, luto, emoção, conflito, contrariedade, estafa nervosa, angústia ou instabilidade afetiva. Agita-se na cama com suspiros, bocejos, caprichos, vontade freqüente de urinar, prurido sem lesões cutâneas. LOCKIE & GEDDES (2001) referem a insônia de *Ignatia* com medo de nunca mais conseguir dormir, mesmo bocejando constantemente, passa a temer ir para cama. Mudanças rápidas de humor, do riso ao choro, com comportamento histérico. Desencadeamento por estresse emocional ou desgosto. Melhora ao comer, após micção e caminhando. Piora ao ar livre, com frio, se agasalhado e com café e álcool. BRUNINI em “A criança de... 61 remédios homeopáticos”, (2005), coloca *Ignatia* com a que somatiza os desacetos, que não revida. Pune-se com uma passividade resignada e acredita que merece ser punida, mesmo sem merecer. A criança mais cheia de culpa da matéria médica. Somatiza a passividade resignada. Precoce intelectualmente e tem bom aproveitamento escolar. Sensível à ruídos. Transtorna por luto, ruptura de estrutura familiar, contrariedades, medo, desgosto. A reação é maior e desproporcional à ofensa, com alternância de humor, choro alto e exagerado, vômitos, desmaios e convulsões reacionais. Desmaios histéricos, dramática e teatral. Melhora ao receber atenção. É a “tempestade em copo d’água”.

PULSATILLA (sinónímia: *Anemona pratensis*, *Anemona pulsatilla*, *Anemone pratensis*, *Herba venti*, *Pulsatilla nigricans*, *Pulsatilla pratensis*, *Pulsatilla secunda*, *Pulsatilla vulgaris*, *Stila*).

Insônia antes da meia noite até 2 h ou depois até o amanhecer, por causa de tosse, excitação, dores nos membros, medos, dores, por comer muito tarde, mal-estar, sacudidas ou sobressaltos nos membros. Dificuldade para dormir pelo afluxo de pensamentos ou pelo mesmo pensamento repetido sempre. Insônia com despertares frequentes. Muito fatigada pela manhã. Cheia de temores. Deita com as mãos sobre a cabeça ou sobre o abdome. Dormindo grita, fala, queixa-se e se sobressalta em VIJNOVSKY (2012). PONCET (2004): dificuldade para adormecer. Gosta do toque e de ser manipulada. Em BRUNINI (2005 e 2009): apresenta necessidade insuperável de segurança, com muitos rituais para dormir: carinhos, abraços dos pais, choros, trocas afetivas, presença próxima de bonecas e bichinhos de pelúcia. O sono é perturbado por qualquer mudança ou situação nova. Dificuldades para adormecer, insone no começo da noite. Grita durante o sono. Despertar difícil. Quer chamar a atenção, tudo melhora com colo, beijo, aperto.

Vocabulário dos “inhos”: papaizinho, beijinho, queridinha, coraçãozinho, colinho... Demonstra-se carente. Tristeza profunda, com choro manifesto nas perdas, lutos e separações. Baixa auto-estima. Cabisbaixa, com tristeza que “corta o coração” e “desidrata” de tanto chorar. Ciúme dos irmãos por competição do afeto dos pais. Afetuosa, porém seu amor é “bancário”: investe afeto e cobra para ganhar mais carinho, com juro. Exige o retorno do afeto que deu. Egoísmo afetivo. É conveniente ser doce, amável. Assim vai ser amada também. Desconfiada, invejosa e ciumenta. Transtornos por desapontamento, por susto, por excitação emocional. Choro fácil. Piora em locais fechados. Hipocondria religiosa nas buscas afetivas. Vaidade, sedução.

NUX VOMICA (sinonímia: *Nux*, *Colubrina*, *Nux vomica officinarum*, *Solanum arboreum indicum maximum*, *Strychnos colubrina*, *Strychnos ligustrina*, *Strychnos nux*, *Strychnos nux vomica*).

PONCET (2004) refere *Nux vomica* como uma criança impaciente, intolerante, irascível, autoritária, oponente e colérica. Sono leve e agitado, com hipersensibilidade ao ruído. Desperta e levanta-se bem por volta das 3 da manhã, com insônia tendência para voltar a dormir de manhã cedo, já na hora de acordar e sente-se fatigada. Mau humor matinal. A sonolência pós-prandial melhora com uma curta sesta. Ritos ao deitar. Para BRUNINI (2005 e 2009) *Nux vomica* é como a estriçnina. São crianças “nervosas”, coléricas diante de pequenos obstáculos e se começam a montar um quebra-cabeças e não dá certo, jogam as peças para o ar, por exemplo. Agitadas, inquietas, impacientes e impulsivas com traços de violência. Intrometem-se nas brigas dos adultos, apontam defeitos e querem corrigi-los, apontando as transgressões pelo seu forte senso de justiça. Critica os outros com vigor. Desejo de comidas fortes. Transtornos digestivos desde os primeiros meses. LOCKIE & GEDDES (2001) colocam como fatores desencadeantes a hiperexcitação e o estresse. Piora com barulho, excesso de comida, principalmente as condimentadas e pelo excesso de álcool. Melhora estando só.

TUBERCULINUM (sinonímia: *T.K.*, *Bovinum*, *Tuberculinum bovinum Kent*).

Nas crianças, características mentais bem marcadas: ansiedade, dificuldade de pensar e aprender, irritabilidade, teimosia, inquietude, imprudência e são gritões, principalmente dormindo. Delírio com insônia. Grita e range os dentes dormindo. Não consegue dormir pela grande quantidade de pensamentos ou pela tosse. Sono perturbado após 3hs. Pesadelos ou sonha que está envergonhado. BRUNINI (2005) chama-a de a “dodózinha”, mas, com energia para brigar, nervosas, teimosas, difíceis para aceitar ordens ou limites, jogam as coisas que vêm pela frente. Na cama, não tem posição confortável, andam pela casa correndo, chutando, batem a cabeça na parede, mordem a si mesmas, arrancam os próprios cabelos. Pioram de humor

quando saram de um resfriado crônico. Inconstantes, até nos sintomas, que mudam a todo tempo. Em PONCET (2004): Sobressaltos durante o sono. Insônia na segunda metade da noite e uma certa irritabilidade para acordar. Hipersensível, impressionável, agitada e com necessidade constante de mudar de lugar. O ar livre e montanha com média altitude a melhoram. Movimentos de balanço são fortes e ritmados. A cabeça rola sobre o travesseiro.

CALCAREA CARBONICA (sinonímia: *Calcarea*, *Calcarea carbonica hahnemanni*, *Calcarea carbonica hahnemanniana*, *Calcarea carbonica ostrearum*, *Calcarea ostrearum*, *Calcarea ostreica*, *Calcii carbonas ostrearum*, *Calcii carbonas ostreica*, *Calcium carbonicum*, *Calcium carbonicum hahnemanni*, *Calcium ostrearum*, *Conchae*, *Conchae praeparatae*, *Ostrea edulis*, *Ostrearum*, *Testae ostreae*, *Testae ostryaee*, *Testae ovorum*).

PONCET (2004) descreve-a com dificuldades para adormecer devido a idéias fixas desagradáveis e alucinações durante o cochilar. Criança medrosa, com “medo de tudo”, impressionável por contos e histórias fantásticas. Temem que lhe aconteçam coisas desagradáveis e tristes. Segundo BRUNINI (2005) as “calcarezinhas” são as “pão duras”, avarentas, economizam dinheiro. Acumulam gordura, obesas. Friorentas, preguiçosas, obstinadas, humor chorão. Obstipadas. Crostas lácteas com dentição difícil em bebês. No primeiro sono, quando transpira muito, a temperatura pode subir rapidamente e convulsionar. A fronha fica ensopada.

KALI-CARBONICUM (sinonímia: *Carbonas kalicus*, *Carbonas potassicus*, *Dikali carbonas*, *Kalium carbonicum*, *Nitrum fixum*, *Potassae carbonae*, *Potassii carbonae Purus*, *Potassii carbonas*, *POtassium carbonate*, *Sal tartari*).

BRUNINI (2005) descreve-a com um forte antagonismo em relação a si mesma: em um momento deseja algo e em outro já não quer mais. Inseguras nas decisões, caprichosas, mal-humoradas, manhosas e cobram muita atenção da família. Secreções pegajosas, densas (semelhantes a goma de mascar), friorentas, podem manipular a atenção da família com a doença. Bons resultados em mucoviscidose. Tendência à ter broncoespasmo. Enquanto dormem, pedem ajuda, com aflição, sonham com pássaros voando. Para TÉTAU (1995), a criança sente mais agudamente os temores à noite na cama ou ao acordar às 3 h da madrugada. Assusta-se facilmente e está cheia de medos imaginários. Fala dormindo. Fica pior por ouvir os outros falarem. Ansiedade com medo; em crianças, dormindo, ao acordar. Sonolência enquanto come. Bocejos. Sonolência durante o dia que piora ao anoitecer. Sono tardio. Insônia depois das 2 h da madrugada. Durante o sono: treme, chora, fala e se sobressalta com medo. Range os

dentos enquanto dorme. Acorda às 1, 2 ou das 2 às 4 h. Semi-adormecida. Sonhos com: ladrões, morte, perigo, serpentes, doenças, fantasmas, demônios etc. Acessos de asma, pesadelos e câimbras nas panturrilhas e pernas. Acorda por dispneia. Acorda por vontade de urinar. Os sonhos se apresentam principalmente se: está só em casa.

MERCURIUS SOLUBILIS (sinonímia: *imercuriosamonium nitrate*, *Hydrargyri oxidum nigrum hahnemanni*, *Hydrargyrum ammonio-nitricum*, *Hydrargyrum oxydulatum nitricum ammon.*, *Hydrargyrum oxydum nigrum hahnemanni*, *Mercurius*, *Mercurius hahnemanni*, *Mercurius hahnemannianiani*, *Mercurius vivus*, *Solubis*)

BRUNINI (2005 e 2009) as descreve como crianças inseguras, agitadas e inquietas. Órgão de choque é a boca: com machucaduras, com aftas, amigdalites. Gosto metálico na boca. Ódio intenso à uma ofensa ou humilhação. Idéias suicidas e homicidas para punir os pais, fantasia castigá-los. Crítica, censuradora, coloca defeito em tudo, implicante. Medrosas, assustam-se à toa. Baixo rendimento escolar, com dificuldade de concentração. Transpiração noturna abundante, viscosa e fétida.

HYOSCIAMUS NIGER (sinonímia: *Hyoscyamus*, *Hyoscyamus agrestis*, *Hyoscyamus flavus*, *Hyoscyamus lethalis*, *Hyoscyamus pallidus*, *Hyoscyamus vulgaris*, *Jusquiami*).

PONCET descreve uma criança ciumenta, desconfiada, violenta (tem vontade de bater e de matar), medo da solidão e mostra uma alternância entre a excitação e depressão. Apresenta sobressaltos enquanto dorme e tem crises de câimbras nas panturrilhas durante o sono. A criança fala muito durante o sono, de maneira incoerente. Acredita ver animais no quarto (sobretudo ratos) e pede que o cacemos. Os terrores noturnos como agitação e estupor são provocados por uma excitação física ou mental ou medo (excesso de televisão, por exemplo). BRUNINI (2005), o chama de o “palhaço da turma”, que quer se destacar de qualquer forma, mesmo que seja chamando a atenção pela auto-depreciação, atrapalhando a aula, gracejando, falando palavrões. Quer aparecer, podendo ser tachado de “hiperativo”. Em um estudo feito em 1998 pelo Instituto Hahnemanniano do Brasil, do Rio de Janeiro, em um grupo de 38 crianças com terror noturno, foi o medicamento mais prescrito e com boa resposta terapêutica, seguido por *Chamomilla*.

KALI-PHOSPHORICUM (sinonímia: *Dikalii phosphas*, *Kalium phosphoricum*, *Monokalii phosphas*, *Phosphas kalicus*, *Phosphas postassicus*, *Potassae phosphas*, *Potassii phsophas*).

PONCET (2004) indica-o para a criança hipersensível à tudo. Insone após a menor excitação nervosa. Sonha com incêndios, quedas, fantasmas. Terrores noturnos, acorda gritando.

Sonambulismo. Seus problemas são agravados em momentos de estafa mental. TÉTAU (1995), relata que a criança chora e fala durante o sono, com terrores noturnos agravados quando se sente sobrecarregado pelos deveres escolares.

SEPIA (sinonímia: *Sepia octopus*, *Sepia officinalis*, *Sepia succus*, *Sepia vera*, *Succus sepiae*)

Para PONCET (2004) apresenta sonolência de dia, que piora sentado. Insônia antes ou depois das 3 h, Por excitação, com sonolência. Acorda à noite com freqüência e acorda tarde pela manhã. Indiferente. Para BRUNINI (2004 e 2009) criança com aspecto de apatia, frieza e alienação aos problemas familiares e em momentos dramáticos (morte de parentes, do bichinho de estimação, dispensa da babá), com desejo de solidão. Ensimesmada, aversão à conversação, à música e ruídos. Choro, mau-humor, irritabilidade. Piora com consolo. Astenia física. Sépia “sofre por não sofrer”. Indolente, embotada, desagradável. Crianças tristes, que choram por serem interrogadas. Transpiração em extremidades, molha as mãos. Friorentas. Preferem ambientes fechados e quentes. Dores que caminham para a barriga e daí para a virilha. Amam tempestades.

COFFEA CRUDA (sinonímia: *Coffea*, *Coffea arabica*, *Coffea cruda*, *Coffea laurifolia*, *Coffea vulgaris*, *Jasminum arabicum*).

PONCET (2004) descreve *Coffea cruda* como uma criança que é muito ativa durante o dia, está sempre em movimento. Essas atividades físicas e mentais são mantidas até a hora de dormir, impedindo-a de encontrar o sono. É um medicamento do excesso de idéias, já que a criança não pode se impedir de imaginar e elaborar projetos para o futuro. É também um remédio para depois da alegria, emoção feliz ou nos dias posteriores a um acontecimento feliz. LOCKIE & GEDDES (2001) referem como fatores desencadeantes a mente hiperativa, excesso de estímulos ou agitação. A agitação impede o sono. Também por emoções súbitas ou recebimento de notícias boas ou ruins. A criança pode despertar no meio da noite ficar agitada e começar a brincar com os brinquedos. Geralmente pioram com medicamentos para dormir, com barulhos e odores fortes e dormir com correntes de ar ou no frio.

SILICEA (sinonímia: *Acidum silicicum*, *Quartz*, *Sílica*, *Silicea terra*, *Terra siliciae*)

PONCET (2004) descreve uma criança que é friorenta e facilmente despertada pelo frio, voltando a dormir quando se cobre. Carência afetiva. Perturbadas pelas mudanças na rotina (babá, creche, hospitalização). Manifestam ansiedade com retrocessos, anorexia e emagrecimento. Transpiração excessiva ao dormir. Sonhos ansiosos, com sobressaltos. Despertares bruscos.

Sonambulismo. Levanta-se à noite, pula, chora, sorri, passeia dormindo e depois volta a se deitar. Piora na lua cheia e lua nova. TÉTAU (1995) coloca que *Silicea* caminha muito durante a noite e têm sonhos agitados e ansiosos. Pede para ser bem coberta para dormir. Sono agitado com sobressalto no despertar e solicita a presença dos pais. Medicamento complementar de *Kali bromatum*. Para BRUNINI (2005): marcada insegurança acarretando fragilidade psíquica. Sente-se fraca, insegura. Dificuldade de caminhar pelos seus próprios passos. Acredita que os fortes mandam e os fracos obedecem. Tímida, assustadiça. Agrava com o consolo. Adota a posição fetal para dormir, lembrando-se da proteção intraútero. Pele seca, desprotegida. Humor choroso e não revidam os ataques dos colegas e sofrem. Obstinações. Colecionam objetos pontudos. Obstipadas. Sensíveis ao frio. Supurativas. Magras, com dificuldade de ganhar peso, mesmo comendo bem. Pele seca, desprotegida, agrava com consolo, obstinações, supurativas, transtorno por susto. Sensível ao frio. Tem medo de objetos pontudos. Rejeita leite materno. Deseja coisas não comestíveis, deseja ser magnetizada. Suavidade alternando com teimosia. Transpira em excesso nas mãos.

NATRUM MURIATICUM (sinonímia: *Chloruretum sodicum, Natrii chloridum, Natrum chloratum, Natrum, Natrium muriaticum, Natrium chloratum, Natrum muriaticum marinum, Sal comune, Sal culinare, Sodii chloride, Sodii chloridum, Sodium chloride*)

Para PONCET (2004) apesar de ter grande necessidade de sono, a criança *Natrum muriaticum* apresenta dificuldades para adormecer com ritos de verificação: luzes apagadas, porta fechada, ausência de estranhos atrás das cortinas, ou sob a cama, etc. Medo de ladrões e do escuro. Medo de fantasmas, medo de escuro, de andar sozinho pelo quarto. Demora para adormecer. Transpira muito na cabeça durante o sono, mas, fica enterrado debaixo das cobertas. Sono agitado, sobressaltos durante o sono e fadiga ao despertar. Durante o sono fala, grita, golpeia as pessoas. Chora enquanto dorme, sono muito agitado que leva a acordar com dores no corpo pela manhã e torpor. Péssimo despertar. Para BRUNINI (2005) *Natrum muriaticum* é uma criança cheia de decepções, frustrações e raiva reprimida. Sofre por más notícias, perdas afetivas, guarda mágoas. As ressentidas da matéria médica, tristes. Não se abrem, são reservadas, caladas, não conseguem falar de seus problemas. Fazem “bico”, “tromba” e se fecham no quarto e choram sozinhas. Não perdoam os desafetos, são inconsoláveis. Ficam “de mal”, mesmo. Colecionam coisas e conservam os brinquedos. Sede insaciável. Gostam de comer sal puro. Como é um medicamento com características depressivas, apresentam preguiça matinal, acordar é um peso, e querem dormir sempre mais 5 minutos. POLLET (2005) coloca como seu núcleo de sofrimento psórico a sensação de falta de amor dos pais, que o deixaram para trás e que nunca vai receber o

amor que tem direito. Tem uma enorme necessidade de amor. Todos os seus problemas são causados por essa frustração emocional. *Natrum muriaticum* sofre, sem esquecer, jamais, ruminando seus problemas e culpando o outro por não ter amor suficiente. Ressentido, chega a agredir pessoas amadas, por sua frustração emocional. Não suporta ser consolado. Vê o consolo como uma demonstração tardia de afeto, que não quer mais, agravando com o consolo. Sente que é impossível algo aliviar a sua dor e o consolo a faz doer mais, irritando-a. Tende ao isolamento e tem sentimento de culpa por querer agredir seus entes queridos. Culpa-se, com uma terrível ansiedade de consciência por desejar agredir aos quais ama. Reprime essa agressividade, isolando-se e temendo que algo possa acontecer com ele ou seus queridos. Tem ressentimento agressivo. Medo de ficar louco. Nostalgia com desejo de que o sentimento de que era amado, na esperança de voltar ao tempo em que era feliz com o amor de infância com seus pais.

LAC-CANINUM (sinonímia: *Lac canum, Canis familiaris*)

Para BRUNINI (2005) são crianças grosseiras, mal-humoradas, irritadas, intolerantes às frustrações, explodem e se tornam agressivas. Fazem birra, principalmente à noite. Gritam e acordam assustadas com seus pesadelos. Ansiosas quanto à sua saúde, perguntam se vão sarar logo. Não têm amizades, se acham feias. Fechadas. Ilusão de que é muito pequena. Desvalia. Insegura, pois depende da opinião do outro para fazer suas escolhas. Medo de monstros. Sensíveis à estímulos externos: luz, som, cheiro, que agravam o seu mental. Dores de garganta, piora com alimentos secos, sensível ao toque, gengivas inchadas. Fome “canina”. Bom medicamento para a lactante ansiosa que tem a produção de leite prejudicada pela preocupação.

OPIUM (sinonímia: *Meconium, Opianyle, Opium crudum, Opium thebaicum, Papaver, Papaver hortense, Papaver officinale, Papaver sativum, Papaver setigerum, Papaver somniferum, Papaver sylvestre, Laudanum, Succus thebaicus, Thebaicum*)

Em BRUNINI (2005) a criança *Opium* fala “enrolado” ao dormir, num misto de sono com delírio. Conteúdo vívido (carrega conteúdo emocional) dos sonhos, dificultando a compreensão da realidade no decorrer do dia. São desligadas, viajam no pensamento, sonhadoras, mentirosas, pois sua realidade é outra e com o real com o imaginário. Muito tolerante às dores, situações que enganam o médico onde se conta com a dor como auxiliar diagnóstico. Teorizadoras e sonhadoras fazem de seus brinquedos outra serventia. Medrosas com o que entendem como sobrenatural. Na matéria médica de VIJNOVSKY (2012): sobressaltos e queixas durante o sono:

fala, caminha e chora dormindo. Sonolento, mas, não consegue dormir. Retira a roupa da cama enquanto dorme. Dorme de olhos mal fechados. Estupor durante o sono.

KALI-BROMATUM (sinonímia: *Kalium bromatum*, *Kali bromidum*, *Kali hydrobromicum*, *Potassi bromidum*, *Bromuretum kalicum*, *Bromuretum potassicum*)

TÉTAU (1995) coloca como bom medicamento para terror noturno associado com gritos, choro noturno e ranger de dentes. Agravamento pelo calor, como sinal importante. Acredita em demônios terríveis. Choro inconsolável. Quer descobrir-se. Para PONCET (2004) é o medicamento indicado para pesadelos, sonambulismo, terrores noturnos com gritos, gemidos e ranger de dentes. É impossível consolar a criança; é difícil tirá-la do pesadelo e despertá-la. Agitação das mãos constante. Grande medicamento para o sonambulismo. As crises sonambúlicas são mais freqüentes se a criança estiver estafada por uma sobrecarga intelectual, que, aliás, tem dificuldade para assumir. É também um bom medicamento para enurese noturna. DIAS PAULO (2000) coloca *Kali bromatum* como principal medicamento para terrores noturnos em crianças. Crianças nervosas, tristes, agitadas, ansiosas, com medo de estar sozinhas e de fantasmas. Não conseguem parar quietas, nem quando sentadas. Membros em constante movimento. Durante o sono permanecem com os olhos abertos choram, rangem os dentes, gritam e resmungam. Choro inconsolável, com tristeza e melancolia. Convulsões durante o sono, precedidas pelo grito encefálico. Sobressaltos dormindo. Piora dos sintomas à noite, por volta das duas horas da manhã. Convulsões por acesso de ira, excitação, susto, dentição. Cefaléia ao acordar ou depois das convulsões. Dificuldade em se expressarem corretamente e de memória e concentração. Dentição difícil, com vômitos e diarréia. Lentidão ao acordar. Gagueira. Dificuldade para engolir líquidos, engolindo bem os sólidos. Laringite estridulosa. Asma com tosse seca, espasmódica e piora da dispnéia à noite. Pode acordar aos gritos de terror pela dispnéia. Coqueluche.

Destacamos outros medicamentos também importantes e que são citados em várias rubricas:

JALAPA (sinonímia: *Exogonium purga*)

Crianças e bebês tranquilos durante o dia. Gritos, agitação e ansiedade que aparecem por volta das 22 h e acabam com o amanhecer do dia. Transtornos intestinais piores à noite, atrapalhando o sono: cólicas, diarréia em jato, flatulência, assaduras. Piora com a erupção dentária. Dormem

bem quase o dia todo em DIAS PAULO (2000). A criança é calma durante o dia e agitada durante a noite. Quer brincar e fala muito durante sua insônia, em PONCET (2004).

AMBRA GRISEA (sinonímia: *Ambarum*, *Ambarum cineriteum*, *Ambra*, *Ambra ambrosiaca*, *Ambra cinerea*, *Ambra cinzento*, *Ambra marítima*, *Ambra nigra*, *Ambra vera*, *Ambrosiaca*, *Physeter macrocephalus*, *Succinum griseum*)

Fala durante o sono, acorda assustada VIJNOVSKY (2012). Segundo PONCET (2004): Insônia após excitação nervosa ou provocada por preocupações (o sono desaparece quando a criança se deita e tem necessidade de se levantar). Para BRUNINI (2005), é a expressão máxima da misantropia. Na infância já perdeu a juventude. Crianças que se isolam, não participam de brincadeiras, não interagem em grupo. Indicado para crianças com traços marcantes de depressão. Bom medicamento para o autismo. Pode ter o desempenho escolar prejudicado pela má interação com o grupo. Na hora do recreio, nada lhe agrada, resmunga e se afasta da algazarra e barulho das brincadeiras, tudo a aborrece. Tem “8 anos e parece ter 80”. Permanecem melancólicas no seu canto, cheias de raiva. Agrava com música. Incapaz de evacuar com alguém por perto.

STHAPHYSAGRIA (sinonímia: *Staphisagria*, *Staphysagria macrocarpa*, *Delphinium staphysagria*, *Delphinium staphysagria*, *Dulphinium staphysagria*, *Parparras*, *Staphydis pedicularis*, *Staphydis agria*)

Para PONCET as insônias de *Staphysagria* ocorrem após indignações, desgostos, humilhações, cólera contida, fracasso. Geralmente é uma criança susceptível, emburrada, sensível a reprimenda. Sensação de injustiça após uma punição ou reprimenda, que pensa ser infundada. Tendência à somatização com eczema, prurido, dor, etc. Segundo BRUNINI (2005 e 2009): são crianças que transtornam após injúria e vexação. Sentem-se humilhadas e não falam de seus problemas, se reprimem e somatizam. São difíceis para se abrirem. Raiva contida. O senso de injustiça aqui está sempre voltado ao ultraje de sua pessoa, que acha ser muito digna. Engolem a vontade de revidar, como se nada tivesse ocorrido, para depois tardiamente apresentarem a indignação com cólera reprimida, somatizando. Arrogância: “o que vem de baixo não me atinge”. Choram às escondidas e extravazam sua indignação posteriormente com pessoas erradas, fora de hora, com mau-humor e irritabilidade. Adoece, sofre, chora, esperneia, sapateia, bate portas, joga as coisas por não ter respondido à altura. Ataques histéricos fora de hora. Caprichosas, voluntariosas (choram querendo algo, e quando conseguem, enjoam fácil ou atiram novamente

para longe o objeto que pediram chorando). Acordam chorando à noite, nervosas, porque passaram alguma contrariedade ou indignação no decorrer do dia.

KREOSOTUM (sinonímia: *Creosote, Creosoto, Creosotum, Kreosol, Kreosolen, Kreosote*)

Segundo BRUNINI (2005): crianças magras e altas, com ar envelhecido. Relutam para dormir, mas depois que adormecem, têm sono profundo. Elas querem ser ninadas na hora de dormir, apesar de não serem afetuosas. Adormecem no colo da mãe. A criança de sono mais profundo da matéria médica. Sonha que está urinando e acorda molhada. Seletivas para comer e não aceitam carne. Secreções e hálito fétido. Suas secreções são ácidas e quando vomitam ficam com as mucosas esfoladas. Dentes cariam facilmente. Dores em queimação. Diarréia com odor forte durante a dentição.

APIS MELLIFICA (sinonímia: *Apis*)

PONCET (2004) descreve *Apis* com grande sonolência depois de comer. Sonha que voa. Sono muito profundo. Insônia por causa de pensamentos que o atormentam. Sobressaltos dormindo. Estado letárgico ou sono habitual são interrompidos por gritos agudíssimos e repentinos (grito encefálico). A criança grita dormindo, ou grita antes das convulsões. Sono agitado, acordando bruscamente e põe a mão no coração. Acordado pelo medo de morrer do coração, bruscamente, sem nada ter. Insônia por fadiga física. BRUNINI (2005) descreve *Apis* como uma “abelhinha”, adora viver em sociedade, ir à escola, conviver em grupos, turminhas. Grande senso de organização. Curte brincar de vassourinha, flanelinha. Adora trabalhar pelos outros, sendo gentil. O característico “grito encefálico” durante o sono lembra o grito que se dá após levar uma ferroada. Muito alérgica: urticárias, edema de faringe, face e pálpebras.

CALCAREA PHOSPHORICA (sinonímia: *Clacii phosphas praecipitatus, Cálcis phosphas, Calcium phosphoricum, Dicalcii phosphas, Ova phosphorata, Phosphas calcii, Phosphas calcii praecipitatus, Tricalcii phosphas*)

Para BRUNINI (2005) são crianças irritáveis, pioram pelo consolo. Preferem brincar sozinhas. Crianças rabugentas que gritam dormindo ou ao acordar. Terores noturnos, inquietação. Insônia antes da meia noite. Acorda tarde com dificuldade de manhã. Cansaço ao acordar. Insegura, agrava os sintomas ficando só. Sono muito interrompido. Sonha com perigos, fogo e viagens. Acorda sobressaltado. Bocejos e espreguiços constantes. *Calcarea phosphorica* atua em todos os tecidos em formação, ossos e dentes. Magras e demoram para andar. Podem ter

deformidades dos ossos e coluna. Palidez, diarreia na erupção dentária. Hipertrofia de amígdalas. Tendência a situações catarrais. Transpiração nas mãos e pés.

CAUSTICUM (sinonímia: *Causticum hahnemanni*, *Acris tinctura sine kali*, *Tinctura acris sine kali*)

Por PONCET (2004): Ansiedade e agitação extremas, com piora à noite e durante o crepúsculo, com recusa de ir para a cama, medo do escuro. Ritos para deitar são importantes. Impossibilidade de sono tranquilo. Para BRUNINI (2005 e 2009): é a “coitadinha” que tira proveito de sua fraqueza ou doença para ter todas suas necessidades atendidas pela família e não quer ser curada. Gosta da situação dramática que a família monta ao seu redor, hiper-valorizando sua doença. Chantageiam por meio da sua dor, exercitar o poder sobre os outros. Convulsiona quando contrariada. O medo e a covardia poderão levar à paralisia histérica.

AGARICUS MUSCARICUS (sinonímia: *Agaricus*, *Agaricus fulvus*, *Agaricus imperialis*, *Agaricus maculata*, *Agaricus plumbaeus*, *Agaricus verrucosus*, *Amanita citrinus*, *Amanita muscaria*)

Segundo BRUNINI (2005) a criança *Agaricus* é “estabanada”, com comportamento enlouquecido, imprudente, “abobalhada”, com embotamento e desenvolvimento atrasado. Hilariedade e comportamento imaturo. Pula da cama, delirante como se estivesse bêbada. Fala incoerente, desajeitada, derruba coisas, cai da cama dormindo. Cheia de “tiques”, nervosa, sintomas delirantes: diz coisas sem sentido, canta hinos religiosos, grita, fala alto, faz caretas. Sono agitado com sonambulismo. Disposição encenqueira, que briga por tudo e por nada.

NITRIC ACIDUM (sinonímia: *Acidum azoticum*, *Acidum nitri*, *Acidum nitricum*, *Acidum nitricum depuratum*, *Aqua fortis*, *Hydric nitrate*, *Nitric acid*, *Nitri acidum*, *Spiritus nitri acidus*)

Crianças que não se satisfazem até não se vingarem após uma raiva. Ressentida, não esquece fatos passados desagradáveis, vingativa, articula maneiras de ir à desforra. Pele com feridas ulceradas, fissuras, intertrigo, queilites, dermatite amoniacal. Ao dormir, como não elaboram suas raivas, sofrem durante a noite, chorando dormindo, sofrem dormindo. Sono não reparador por isso, segundo BRUNINI (2005 e 2009).

THUYA (sinonímia: *Arbor vitae*, *Cedrus lycea*, *Cupressus arbor vitae*, *Thuja*, *Thuja occidentalis*, *Thuja obtusa*, *Thuja occidentalis*)

Segundo PONCET a criança *Thuja* tem tendência a idéias fixas e obsessões; revivendo as preocupações presentes e passadas. O menor acontecimento a impede de dormir (por exemplo, esquecer de fazer uma tarefa). Inquietude antes de dormir por medo do sobrenatural. Em

BRUNINI (2005): a criança vive esquecendo onde colocou as coisas, confusa. Apurada em fazer as coisas, apressada. Manias religiosas para anistiar seu sentimento de culpa. Cheia de culpa por nada. Aversão a ser tocada. Teme ser machucada ou quebrada. Transtorna após vacinas. Acha que é fraca ou de vidro. Tendência a ter verrugas.

CYPRIPEDIUM (sinonímia: *Cypripedium pubescens*)

PONCET (2004): Criança “nervosa” durante o dia e que acorda no meio da noite e quer brincar. Indicado após uma boa notícia ou acontecimento feliz, véspera de férias e de festas. TÉTAU (1995) indica *Cypripedium* para a criança insone por querer brincar.

VALERIANA (sinonímia: *Phu germanicum, Phu parvum, Valeriana angustifolia, Valeriana minor, Valeriana officinalis, Valeriana sambucifolia, Valeriana sylvestris major*)

Criança nervosa; imaginativa. Alegre. Hipersensibilidade a tudo. Humor variável, segundo PONCET (2004). Em BRUNINI (2005): A histérica “peripacosa” da matéria médica. Crianças nervosas, que querem ir embora de casa quando contrariada. Humor variável, cefaléias, tonturas. Sofrem de insônia. Bebês com cólicas, que rejeitam leite.

GELSEMIUM (sinonímia: *Anonymos sempervirens, Bignonia sempervirens, Gelsemium luteum odoratum, Gelsemium nitidum, Gelsemium sempervirens, Gelsemium lucidum, Gelsemium nitidus, Jasminum luteum odoratum, Lisianthus sempervirens, Tecomae*)

Insônia provocada pelo estresse e pelo anúncio da volta às aulas, a perspectiva de uma prova ou exame, medo do dia seguinte da escola, com apreensão. O adormecimento é difícil e a criança tem medo de não poder dormir e tem necessidade da mãe PONCET (2004). Em BRUNINI (2005 e 2009): transtorna por antecipação: datas festivas, viagens. Temem o fracasso em apresentações ou provas e chegam a ficar mudas e paralisadas nestas ocasiões. Temem o atraso, sentem-se fracassadas, mas, não fazem nada, não são pontuais e cobram os pais dos horários, não cumprindo os seus. Agrava com o sol forte, gripes de verão. Preocupado com sua saúde, teme sofrer de uma doença incurável.

MEDORRHINUM (sinonímia: *Blemorrhinum, Blenorhinum, Gonococcinum, Gonorrhinum*)

Criança triste, melancólica e fatigada pela manhã. Melhora com o decorrer do dia e termina alegre à noite. Em plena felicidade, tem dificuldade para adormecer. Dorme em posição de prece maometana, segundo PONCET (2004). Em BRUNINI (2005): Inquietude intensa que a leva a sentir falta de ar. Lentas para atividades mentais, cademos “esculhambados” e sujos, não quer

concluir as tarefas. Falta de concentração em qualquer situação, inclusive nos videogames. Bom para as hiperativas, pois sua dificuldade extrapola a escola. Disperso, não retém o que é ensinado. Agitado, tudo sai com muita pressa. Aprendizado e disciplina zero e se dá bem na educação física. Sentem lhe cutucarem as costas. Lacrimejamento com sensação de areia nos olhos. Medos da morte, escuro, desgraça, fracasso e loucura. Gostam de bebidas alcoólicas desde cedo. “Durante o sono queixa-se, sobressalta-se, fala, chora e caminha dormindo. É um dos mais importantes medicamentos para sonambulismo, se não o mais importante. Sono muito profundo durante a febre. Insônia com hiperacusia, qualquer ruído o mantém desperto” BRUNINI (2009).

ZINCUM (sinonímia: *Speltrum, Stannum indicum, Zincum metallicum*)

TÉTAU (1995) descreve sono agitado, criança se mexe muito durante o sono, range os dentes, chora, mas não chega a acordar.

4. APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

G. B. F. sexo masculino, 10 meses de idade. Natural de São Bernardo do Campo, SP. Criança nascida a termo, saudável até o momento. Desmame do peito a partir dos 6 meses, com introdução gradual da dieta. Nunca havia ficado doente. Sempre foi grande para a idade, sem ser obeso. Avaliamos a criança cinco dias após quadro viral febril, diagnosticado clinicamente como Roséola (doença benigna própria da infância de etiologia viral, também conhecida como exantema súbito, comum em lactentes dos 6 meses aos 2 anos). A mãe aproveita a e solicita um tratamento homeopático para o sono da criança. O caso será descrito conforme o relato materno:

“Ele não dorme, Doutora. Posso dar um “*Diazepam*”? Aquela alergia das costas ainda não passou e hoje já fazem 5 dias. Ele teve aquela “gripinha” e depois de 3 dias, não teve mais febre. Deu um vermelhão no corpo e depois a febre passou. Acho que coça ainda e principalmente quando transpira. Sabe, Doutora, ele é muito chorão. Como assim? Ele chora pra comer, pra dormir, pra mamar. Ele chora pra tudo. O G. é uma criança nervosa. Quando ele chora de nervoso ele faz assim (a mãe mostra cerrando os punhos e os balança). Eu acho que ele ainda não se joga no chão de birra porque é pequeno ainda e não sabe fazer. Sabe, ele chora toda vez que eu ponho ele no carrinho. Ele se bate com a mão e bate o pé. Ele é agitado também de noite. Quando vou ver ele está lá nos pés da cabeceira. Ele sempre foi agitado. Minha sogra conta que no berçário da maternidade ele era o único que não parava de mexer as perninhas. A touca até caiu e foi parar no nariz. O que melhora essa agitação? É só eu pegar ele no colo. Ele não pára, mesmo com a gente cansando ele. Ele não pára nem com a “galinha pintadinha”. Tenho horário em casa. Jantamos às 19h e coloco pra dormir às 21hs. Ele acorda às 23h, toma mamadeira e volta a dormir. Depois acorda às 2 ou 3 da manhã. E fica fazendo barulho “cafungando”, fazendo “gugudadá” até a gente acordar. Ele não tem sono longo, nunca dormiu 5 horas seguidas. Ele acorda chorando porque cai a chupeta e fica chamando a gente. Durante o dia tem um soninho leve, não chega à duas horas de sono. Como ele acorda? Ele geralmente acorda rindo. Ele demora pra pegar no sono. Ele fica prestando atenção em tudo que é barulho. Se tem barulho, atrapalha. Tanto faz, se está claro ou escuro, não percebo medo disso. Ele chora quando está com sono. Ele dorme muito bem com o pai que fica ninando no carrinho. Ele sua bastante dormindo e transpira na cabeça, acho que é de calor. Tem cheiro de suor. Não percebo que mancha o travesseiro. Ele se descobre todo. Às vezes ele dorme na minha cama comigo. Acho que fica mais aconchegadinho. Eu gosto de dar a mão pra ele. Mas ele não pára, se descobre, no meio da noite ele arranca as cobertas, meias, luvas e até o aparador do berço. Arranca as meias, quando o pezinho já esquentou. Não fica de meia de jeito nenhum. Quando começaram a

nascer os dentes, o sono ficou pior, ficou mais choroso e irritado. Agora está mais irritado do que era. Ele está dormindo e agora mesmo de olho fechado, dormindo senta na cama e dá um grito. Ele está chorando dormindo. Na casa da minha tia ele teve um choro tão desesperador, só porque foi do colo pro chão. Acho que ele não queria. O choro desesperou minha tia e só melhorou quando eu cheguei e peguei o G. no colo. A minha tia ficou desesperada achando que era dor. Ele chorava gritando. Mas foi só eu pegar no colo, que passou na hora. Ele come bem, de tudo. Ele gosta de comer umas 3 colheresadas de comida e tomar um golinho de suco. O que mais incomoda nele? É o sono agitado e esse choro que não é nada e ele continua chorando e resmungando. Ele é curioso, engatinha bastante, mexe em tudo.”

Ao exame físico apresentava-se agitado, não permanecendo nem deitado ou sentado na maca, esticando os braços, chorando o tempo todo e pedindo colo da mãe. Acalmava-se apenas no colo da mãe, mas, não tolerava ser tocado para examinar, gritando o tempo todo. Apresentava apenas um exantema macular frustro centrífugo, típico da Roséola. Clinicamente, o exantema caminhava para resolução espontânea, como esperado. Em bom estado geral, afebril, sem demais alterações.

Diagnósticos clínicos: Roséola em resolução, transtorno do sono, terror noturno.

Diagnóstico miasmático: Psora.

Prognóstico Clínico Dinâmico: Funcional.

Na repertorização do caso, foi utilizado o Repertório de Homeopatia Ariovaldo RIBEIRO FILHO, 2ª edição 2010.

Sintomas:

1. MENTAL-> CARREGADO (COLO) -> deseja de ser carregado pág.32. *
2. MENTAL-> CHORO, humor choroso-> choraminguento pág.34.
3. MENTAL-> CHORO, humor choroso-> choraminguento -> sono, durante o pág.34. *
4. MENTAL-> CHORO, humor choroso-> crianças, em -> bebês pág.35.
5. MENTAL-> GRITOS, berrando-> crianças, em-> noite pág.96.
6. MENTAL->INQUIETUDE->crianças, em pág. 114. *

7. MENTAL->MEDO, apreensão, pavor->noite->terror noturno pág. 136. *
8. EXTREMIDADES->CALOR->Pé->ardente->descobre-os pág. 1218.
9. SONO->INSONIA->crianças, em pág. 1465.
10. SONO->INSONIA->dores, por->dentes pág.1466. *
11. SONO->PERTURBADO->ruído, pelo menor pág.1473.
12. GENERALIDADES-> CALORENTO págs. 1614 e 1615.

(*) Síndrome Mínima de Valor Máximo.

Resultados por cobertura e pontos:

medicamento	cobertura	pontos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 CHAM	12	22	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1
2 SULPH	8	19	1	1	1			1		3	1		2	3
3 CALC	8	9	1	1	1	1		1	1	1				2
4 ARS	7	11	2	2	2	1		1			2		1	
5 BELL	7	9	1	1		1			2				2	1
6 IGN	7	9	1	1	2	1		1					2	1
7 MERC	6	10	1	2	1			3					2	1
8 ACON	6	8	1			2			1		2		1	1
9 CINA	5	9	2						1	2		2		2

Escolhemos o medicamento *Chamomilla matricaria* que foi prescrito a 6 CH 2 vezes ao dia. Além disso, fizemos as orientações quanto à higiene do sono, que se encontravam inadequadas em termos de horário e disciplina para dormir.

Retomando após 1 mês de uso, a mãe refere que G. começou a dormir melhor logo na primeira semana. Já dorme a noite toda e pede menos colo. Está mais calmo e menos choroso.

Mantivemos o seu uso conforme a primeira prescrição. Após 2 meses de uso, a mãe informa que G. ainda pede colo, mas está mais calmo, e dormindo muito bem. “Santo remédio”, diz. Refere que G. neste período ficou apenas com um “resfriadinho” que durou 2 dias, com resolução espontânea. Conforme orientado, durante a erupção dentária, quando G. fica mais irritado e inapetente, é aumentada a frequência de 2 para 3 vezes ao dia, até melhora do quadro. O mesmo foi feito durante o quadro de resfriado, com boa resposta. Mãe feliz com o tratamento, pois com G. dormindo bem, todos dormem bem. A mãe apenas faz uma ressalva no tratamento, afirmando que G. ainda é um pouco manhoso e pede colo. Orientamos que isto é normal nesta fase da criança e que aos poucos, com paciência e limites, tudo ficará bem.

5. DISCUSSÃO

No livro “Higiene e Tratamento Homeopático das Doenças Domésticas” do Dr. Alberto SEABRA, editado desde 1918 até 1987, cita *Aconitum* ou *Coffea* 30ª como remédios gerais para insônia, dados sós ou alternados. *Nux vomica* 30ª na insônia dos dispépticos, nas preocupações comerciais ou trabalhos intelectuais *Ambra grisea* 30ª ou *Gelsemium* 3ª. Se causada por pesares *Ignatia*; *Chamomilla* 30ª na dentição e devido a vermes intestinais *Cina*. *Passiflora incarnata* TM na insônia dos adultos.

Encontramos a referência mais antiga de tratamento homeopático dos distúrbios do sono em crianças, datada de 1937 na Revista de Homeopatia da APH, o Dr. Arthur de Almeida REZENDE FILHO dá conselhos práticos sobre vários temas e recomenda o *Stramonium* para os pesadelos infantis. Ele cita o artigo do Dr. Jules Gallavardin para *Le Propagateur de l'Homoeopathie* intitulado – *Os pesadelos das crianças e seu tratamento homeopático*. “As crianças impressionáveis experimentam muitas vezes temores, que uma educação mal compreendida agrava pela narração que lhes fazem de contos terrificantes. Todo medo que não pode ser corrigido pela razão, deixa no cérebro dessas crianças uma impressão que não pode desaparecer senão com o tempo. O sono oferece a repetição dos sintomas do estado de vigília; durante o sono, porém, a retificação da razão é menos eficaz e é então que aparecem os pesadelos e algumas vezes verdadeiros terrores noturnos, com despertar em sobressalto, gritos e alucinações. Reconhece-se nisto os sintomas observados nos casos de envenenamento pelo *Stramonium* e é justamente essa plana que possui uma grande eficácia para curar esse conjunto de sintomas. Basta pingar em meio copo de água, algumas gotas de uma 3.a ou 6.a dinamizações de *Stramonium* e dar à criança uma colher de café de 3 em 3 horas. Muito frequentemente, desde a primeira noite que segue o dia em que esse remédio foi administrado, a criança dormirá um sono calmo, que se prolongará pelas outras noites, se se tiver o cuidado de continuar essa medicação durante alguns dias.”

LINHARES (1992) recomenda *Stramonium* CH 30, à noite para Terrores Noturnos nas crianças, como “indicação favorita de vários autores e comprovada pela minha experiência”. Refere que “nunca precisou usar outro medicamento”. Quanto à insônia infantil faz as seguintes recomendações: “O sono inquieto, dorme um pouco e acorda, lembra *Sulfur* CH12, 1 vez ao dia. Guie-se por outros sintomas como:

calorento, sede de grandes goles, pior no calor, orifícios rubros, preguiçoso, relaxado, aversão ao banho... A dificuldade para pegar no sono é comum também em *China*, *Lachesis*, *Nux vomica*... Investigue mais 2 ou 3 sintomas de cada um e decida-se. Prescreve-se como indicamos para *Sulfur*.” Notamos aí a importância de se repertorizar o paciente e encontrar o medicamento que tenha uma maior cobertura de sintomas do paciente. Quando a criança é pequena, Dr LINHARES recomenda que “necessita minuciosa investigação dos cuidados que a cercam: agasalho exagerado, sede, fome, assaduras, roupa apertada...” o que já referimos na Higiene do Sono, que seria a Puericultura do Sono. “Excluídos estes fatores e se o medicamento crônico não resolveu o problema, minha conduta é dar 10 gotas de *Passiflora* TM (Tintura Mãe de Flor de Maracujá) 3 vezes por dia e ir reduzindo até melhora.” Refere também “ótimos resultados com uma dose de 4 gotas de *Nux vomica* CH 200 em um dia e *Chamomilla* CH 200 no dia seguinte. Podem ser repetidos uma semana após, se o resultado não satisfizer. Em crianças maiores, preocupadas com tarefas escolares ou doença em familiares, receita *Coffea cruda* CH 30 todas as noites, até melhora.”

TÉTAU (1995) diz que o tratamento dos distúrbios do sono com medicamentos homeopáticos é interessante na criança, pois não apresenta efeitos colaterais e isso é importante, pois seu sistema nervoso está em fase de crescimento e desenvolvimento e é particularmente frágil. Discorre sobre alguns medicamentos (que já foram citados anteriormente) e recomenda potências entre 9 e 15 CH, antes de dormir, até melhorarem os sintomas. Finaliza enfaticamente dizendo: “ Evidentemente, a associação com o medicamento de fundo é indispensável”.

NAUDÉ, COUCHMAN & MAHARAJ (2010), em um estudo duplo-cego e randomizado, os autores verificaram que em adultos, o tratamento com o medicamento *simillimum* foi mais eficaz que o placebo, encorajando o seu uso para o tratamento da insônia crônica primária.

Em CARLINI *et al* (1987) realizaram um estudo duplo-cego com cruzamento de placebo com medicamento homeopático em duas etapas distintas e foi observada melhora da insônia em ambas as etapas.

RUIZ-VEGA *et al* (2000) avaliaram o efeito de medicamento *Coffea cruda* (café) em ratos e observaram que ao administrar *Coffea* 30 CH os animais tiveram um incremento nas ondas do EEG do sono profundo NREM, indicando o seu efeito indutor do sono.

O parágrafo 63 do ORGANON ilustra a ação do café: “ (...) À ingestão de café forte, segue-se uma superexcitação (ação primária): porém, um grande relaxamento e sonolência (ação/reação secundária) permanecem por algum tempo se não continuar a ser suprimido através de mais café (paliativo, de curta duração). (...) Assim, por toda parte, após a ação primária de uma potência capaz de, em grandes doses, transformar profundamente o estado de saúde do organismo sadio, é justamente o oposto que sempre ocorre na ação secundária, através de nossa força vital.”

LAMOTHE (1994), relata 7 casos de transtornos do sono em crianças. Relataremos 2 casos interessantes, o primeiro de um menino de 7 anos, saudável, que começou a ter dificuldade para dormir e ansiedade desde que a mãe voltou ao trabalho, quando tinha 1 ano. Piorou aos 3 anos, quando M. iniciou na escola surgiu o terror noturno. Medo quando chega mais tarde da escola. Angustiado constantemente, tem pressa para as tarefas, porém é lento para realizá-las. Onicofagia. Humor alternante, impulsivo, impaciente e maníaco pelas coisas em ordem, cada coisa deve estar em seu lugar. Toma bem líquidos. Melhora à beira-mar. Antecedentes familiares de reumatismo. Melhorou no 5º dia de uso de *Medorrhinum*. O segundo caso é de um menino de 2 anos, filho de médicos, com quadro de terror noturno sem melhora com *Stramonium*, *Cina*, *Chamomilla*, *Hyosciamus*, *Jalapa*, *Calcarea carbônica*. Histórico de internação em UTI Neonatal por insuficiência respiratória por 12 dias, com necessidade de reanimação. Pensando na *angústia de morte* da criança, foi receitado *Arsenicum album*, com desaparecimento dos sintomas na mesma noite.

Médicos do Instituto Hahnemanniano do Brasil, do Rio de Janeiro, em RODRIGUES (1998), avaliaram 38 crianças com diagnóstico de Terror Noturno, que foram acompanhadas por 3 anos no mínimo. Os sonhos de crianças pequenas não foram valorizados, pois os autores consideraram um dado difícil de ser captado na anamnese homeopáticas. 80% dos casos tinham menos de 4 anos. Os medicamentos mais prescritos e com melhores respostas terapêuticas foram: *Hyosciamus niger*, *Chamomilla*, *Rheum*, *Kali bromatum*. Correlacionaram a dinâmica miasmática dos medicamentos com a Psicologia Junguiana e encontraram em *Chamomilla* sintomas mentais de culpa/ medo de castigo, em associação com ilusões persecutórias e sonhos assustadores, levando ao terror noturno. Em *Rheum* estariam mais vinculados aos sonhos assustadores. *Kali bromatum* tem ilusões de ser objeto da vingança divina, associadas com sonhos assustadores (pesadelos), ilusões persecutórias e a culpa com a referida projeção do medo do castigo, levando ao terror noturno. *Hyosciamus* tem como psicopatologia do terror

noturno: a culpa e medo do castigo, levando a delírios persecutórios, pesadelos e ilusão de ser traído.

No seu artigo de atualização sobre a repertorização das seções Sono e Sonhos, PINTO (2003), do Instituto Hahnemanniano do Brasil, coloca o sono como importante fator indicativo do estado de saúde do indivíduo. A saúde, quando alterada, afeta qualitativa ou quantitativamente o sono do indivíduo. As informações obtidas pelos sonhos são consideradas como sintomas dotados de alto grau hierárquico. Os sonhos são representativos do inconsciente e do instinto do indivíduo, podendo refletir uma inadaptabilidade pessoal, social ou biológica. Coloca que os sonhos que têm como tema o cotidiano, não têm valor clínico homeopático, a não ser que sejam repetitivos. O autor coloca os “fosfóricos” com tendência à dificuldade para adormecer e serem vítimas de um despertar “catastrófico”, sono curto, agitado e em geral não reparador, necessitando de pequenos cochilos durante o dia. Os chamados “carbônicos”, por serem mais regulares e metódicos, gostam da hora certa para dormir e acordar, com sono reparador e pesado. Os “luéticos” são notívagos e costumam sofrer de insônias rebeldes.

Concordamos com Dr. Marcus Zulian TEIXEIRA (2008), que o medicamento deve ser individualizado, “valorizando os aspectos mais característicos do paciente, permitindo que para uma mesma doença, cada indivíduo possa vir a receber medicamentos distintos, conforme as suas susceptibilidades físicas, psíquicas, emocionais, alimentares, climáticas, etc. Ensaios clínicos controlados mostraram maior eficácia do *simillimum* do que o placebo, ao contrário daqueles que estipularam uma mesma prescrição para todos os portadores de uma doença, desprezando a totalidade sintomática característica individual.”

No ORGANON parágrafo 7, HAHNEMANN diz: “Em suma, a totalidade dos sintomas deve ser, para o artista da cura, a coisa principal, senão a única que ele, em cada caso de doença, necessita conhecer e afastar através de sua arte, a fim de que a doença seja curada e transformada em saúde.”

Os distúrbios do sono podem ser considerados distúrbios emocionais e/ou comportamentais a partir do momento em que interfiram na rotina da criança, como, por exemplo, problemas no rendimento escolar, dificuldade para se socializar seja em casa ou fora dela e o desenvolvimento de sintomas físicos associados. Devemos ter o cuidado de diferenciar de fatores intelectuais, psicológicos, neurossensoriais, incapacidades físicas outras nas quais a abordagem deve ser multidisciplinar. Apesar do diagnóstico neurológico clínico ser fundamental para situar o Pediatra

Homeopata perante a gravidade e o prognóstico do quadro, a visão homeopática do paciente é sempre holística, atuando no indivíduo como um todo,

SANTOS & FARIA (1998), destacam a importância do sono no equilíbrio da Força Vital, considerando-o como uma das partes do corpo citadas por HAHNEMANN no parágrafo nono do ORGANON, que após o tratamento adequado, com o sono equilibrado e com todas as outras partes em harmonia, o paciente pode atingir a sua saúde e ir em busca dos mais elevados fins de sua existência.

6. CONCLUSÃO

Procuramos apresentar uma visão geral dos distúrbios do sono na criança e o papel da Homeopatia como possibilidade terapêutica. O estudo não pretende ser completo, devido à sua complexidade, o que não cabe à uma Monografia. A nossa intenção foi a de ampliar o estudo do tema, devido à sua frequência na faixa etária pediátrica e sua importância, discutindo-o em conjunto com a Homeopatia. Buscamos auxiliar na prática, o Pediatra Homeopata, quanto às peculiaridades do sono nas diferentes faixas etárias, sua clínica, seus transtornos e conceitos e a possibilidade da abordagem terapêutica homeopática e suas vantagens.

A Homeopatia contribui há mais de duzentos anos como forma barata, segura e eficaz para a diminuição do sofrimento humano. Necessitamos de maior divulgação da Homeopatia, principalmente no meio acadêmico. Acreditamos que a desinformação gera preconceito na classe médica e científica em geral. São necessárias mais pesquisas e maior divulgação das mesmas, tanto na área do sono infantil, quanto em outros campos, pois a abrangência da Homeopatia é enorme.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T. F. M.; ANDRADE, R. G.; ANDRADE, C. G. **Abordagem Homeopática do Sonambulismo**. São Paulo, 2008. 54p. Monografia apresentada como quesito para conclusão do curso de Especialização em Homeopatia do Instituto de Cultura Homeopática – ICEH Escola de Homeopatia.

ALVES, R. S. C. *et al.* A melatonina e o sono em crianças. **Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v.20, n.2, p 99-105,1998.

ALVES, R. S. C.; EJZENBERG, B.; OKAY, Y. Revisão das desordens do sono com excessiva movimentação, insônia e sonolência na criança. **Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v. 24, n.1/2, p 50-64, 2002.

ALVES, R. S. C., NAVARRO, J. **O Sono Normal**. *In.* PESSOA, J. H. L.; PEREIRA J. C. Jr.; ALVES, R. S. C. Distúrbios do Sono na Criança e no Adolescente: Uma Abordagem para Pediatras. Editora Atheneu: São Paulo, 2008, cap.1, p.1-12.

BUSSE, S. R.; BALDINI, S. M. Distúrbios do sono em crianças. **Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v.16, n.4, p.161-166, 1994.

BRUNINI, C. **A Criança de... 61 Remédios Homeopáticos**. 3. ed. Editora Mythos: São Paulo, 2005. v.1 e v.2.

BRUNINI, C. R. D.; TEIXEIRA E. R.; BRUNINI M. L. 2. ed. **Homeopatia para Crianças**. Robe Editorial, Belo Horizonte, 2009.

CARLINI, E. A. *et al.* Efeito hipnótico de medicação homeopática e do placebo. Avaliação pela técnica de “duplo-cego” e “cruzamento”. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 33, n.5/6, p. 83-88, 1987.

CUMMINGS, C. CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY – Community Paediatrics Committee. Melatonin of the Management of Sleep Disorders in Children and Adolescents. **Paediatrics & Child Health**, Canada, v.17, n.6, p.331-333, 2012.

DIAS, A.; ESTÊVÃO, M. H. Parassonias da criança. **Saúde Infantil**, Coimbra, v.29, n.1, p.23-33, 2007.

DIAS PAULO, A. L. **Os Miúdos – Pequenos Medicamentos em Pediatria Homeopática**. Editora Organon: São Paulo, 2000.

FERNANDES, R. M. O sono normal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.39, n.2, p.157-168, 2006.

FERREIRA, R. E.; SOARES, M. R. Z.; PIRES, M. L. N. A Criança que não dorme: aspectos comportamentais da insônia infantil. **Pediatria Moderna**, v.48, n.4,p156-159, São Paulo, 2012.

HAHNEMANN, S. **Exposição da Doutrina Homeopática ou Organon da Arte de Curar**. Tradução da 6ª edição alemã - 4ª edição brasileira. Grupo de Estudos Homeopáticos “Benoit Mure”: São Paulo, 2007.

HART, C. E.; **Pediatric Sleep Disorders**. In: SINGER, H., S. *et al.* Treatment of Pediatric Neurologic Disorders. Taylor & Francis Group. EUA, 2005. Cap.78. p. 533-539.

KOSSAK-ROMANACH, A. **Homeopatia em 1000 Conceitos**. 3. ed. Editora Elcid: São Paulo, 2003.

LAMOTHE, J. Transtornos Del Sueño em El Niño: Observaciones. **Revista Homeopatica**, v. 10, n. 27, p.4-9, España, 1994.

LINHARES, W. **Homeopatia em Pediatria**. 3. ed. Editora Typus: São Paulo, 1992.

LOCKIE, A. H.; GEDDES, N. A. **Guia Completo de Homeopatia – Princípios e Métodos de Tratamento**, 1.ed. Editora Ática, São Paulo, 2001.

MADEIRA, I. R., AQUINO, L. A.; Problemas de Abordagem Difícil: “não come” e “não dorme”. **Jornal de Pediatria**, v.79, (supl. 1), S43-S54, Rio de Janeiro, 2003.

MELTZER, L.J *et al.* Prevalence of Diagnosed Sleep Disorders in Pediatric Primary Care Practices. **Pediatrics**, v.125, n.6, e1410-e1418, 2010.

NAUDÉ, D. F.; COUCHMAN, I. M. S.; MAHARAJ, A. Chronic primary insomnia: Efficacy of homeopathic simillimum. **Homeopathy**, Durban, v.99, p.63-68, 2010.

NUNES, M. L.; Distúrbios do Sono – Revisão. **Jornal de Pediatria**, v.78, (supl. 1), S63-S72, Rio de Janeiro, 2002.

NUNES, M. L.; CAVALCANTE, V. Avaliação Clínica e Manejo da Insônia em Pacientes Pediátricos. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.4, p 277-286, Rio de Janeiro, 2005.

PALMA, B. D. *et al.* Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, (supl 1), S 33-38, São Paulo, 2007.

PESSOA, J. H. L. Distúrbios do sono da criança: abordagem pediátrica. **Pediatria Moderna**, v. 69, n.2, p.73-79, 2013.

PESSOA, J. H. L.; PEREIRA J. C. Jr.; ALVES, R. S. C. **Distúrbios do Sono na Criança e no Adolescente: Uma Abordagem para Pediatras**. Editora Atheneu: São Paulo, 2008.

PINTO, L. F.; Contribuição ao Estudo Repertorial das Seções Sono e Sonhos. **Revista Homeopatia Brasileira**, v.9., n.1, p. 37-55, Rio de Janeiro, 2003.

PONCET, J. E. **Homeopatia Pediátrica Psicopatologia**. Editora Organon: São Paulo, 2004.

POLLET, N. Maman m'aimes-tu encore? Mama, do you love me yet? **Revue Belge D'Homoeopathie**, Bélgica, v.52, n.2, p.16-19, 2003.

RUIZ-VEGA, G *et al.* An Evaluation of Coffea cruda effect on Rats. **British Homeopathic Journal**, v.89. p.122-126, Mexico, 2000.

SANTOS, L. C; FARIA P. T. **Sintomas do Sono podem ser importantes na escolha do Medicamento Homeopático**. São Paulo, 1998. 47p. Monografia apresentada à Associação Paulista de Homeopatia como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Homeopatia.

SEABRA, A. **Higiene e Tratamento Homeopático das Doenças Domésticas**. 2.ed. Associação Brasileira de Homeopatia Dr. Alberto Seabra, São Paulo.

REZENDE FILHO, A. A. Conselhos de Homeopatia Prática: "O Stramonium no pesadelo das crianças". **Revista da Associação Paulista de Homeopathia**, São Paulo, anno 1, n.8, março 1937.

REZENDE, A. C. S. **Pediatria sob Visão Homeopática**. 2. ed. Editora Organon: São Paulo, 2002.

RIBEIRO FILHO, A. **Repertório de Homeopatia**. 2. ed. Editora Organon: São Paulo, 2010.

RODRIGUES, R. S. *et al.* Terror noturno em Pediatria – abordagem homeopática e possibilidades terapêuticas. **Revista Homeopatia Brasileira**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.523-529, 1998.

RUMJANEK, F. D.; **Estados da Atividade Cerebral – Sono; Ondas Cerebrais; Epilepsia; Psicoses**. *In:* GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 10. ed. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002. Cap. 58.

SCHMIDT, P. **A Arte de Interrogar e outros Textos Selecionados**. Editora Organon: São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, M. Z. Tratamento Homeopático dos Distúrbios Emocionais e Comportamentais da Infância e Adolescência. **Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v.29, n.4, p.286-296, 2008.

TÉTAU, M. Les troubles du sommeil chez l'enfant. **Cahiers de Biotherapie**, Paris, n.131, p.45-46, 1995.

YOUNG, J. T.; TIPPMANN-PEIKERT, M. **Neurology of Sleep Disorders**. *In:* MORWZON, N; FLEMMING, K.D. Neurology Board Review – an Illustrated Study Guide. Mayo Clinic Scientific Press, Canada, 2007. Cap 19.

VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. 2. ed. rev. Editora Organon, 2012. 3v.

