

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
CATARINE MIKA SHINOMOTO HOO

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO NO CHORO INFANTIL

SÃO PAULO

2015

CATARINE MIKA SHINOMOTO HOO

TRATAMENTO HOMEOPÁTICO NO CHORO INFANTIL

Monografia apresentada à ALPHA/ APH
como Exigência para a Obtenção do título
de especialista em Homeopatia.

Orientador: Dr. Sérgio E. Furuta

SÃO PAULO

2015

Hoo, Catarine Mika Shinomoto.

Tratamento Homeopático no Choro Infantil/ Catarine Mika
Shinomoto Hoo. – São Paulo, 2015.

40 f. 30 cm; II.

Monografia – Alpha/ APH, Curso de Pós Graduação em
Homeopatia.

Orientador: Prof. Sérgio E. Furuta

1.Homeopatia 2. Choro infantil 3. Cólica infantil

Dedico este trabalho a Deus,
meus familiares, meus mestres e
pacientes que possibilitaram
a realização dessa monografia

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido que chegasse até aqui.

Ao meu valoroso esposo e companheiro de jornada, James e a nossa filha e inspiração divina, Lika, pelo apoio, paciência e compreensão.

À minha mãe Izaura que sempre me incentivou nos estudos e possibilitou que meu sonho de ser médica se tornasse real; ao meu pai Hiroshi, aos meus irmãos: Arthur, Clara, Charles, Cristina pelo constante incentivo.

Aos queridos e dedicados mestres da Homeopatia pelo estímulo, pelo valioso conhecimento compartilhado e pela acolhida familiar. Especialmente ao Dr. Sérgio, Mário e Jussara.

À Renata, bibliotecária, pelo suporte e paciência.

Aos pacientes que permitiram compartilhar comigo seus problemas e preocupações. Em busca da saúde e do autoconhecimento.

“O meu lema de vida assim descrevo:
se não posso fazer tudo o que devo,
devo, ao menos fazer tudo o que posso!”

Lema da ONG Amigos do Bem

RESUMO

Revisão de literatura sobre choro infantil. Enfoque nas causas de choro fisiológicas: cólicas, insônia e dentição. Abordagem da etiologia, complicações e tratamento. Avaliação do tratamento medicamentoso tradicional e homeopático, e não medicamentoso, comportamental.

ABSTRACT

Infant crying review. Focus on physiological crying causes: infantile colic, insomnia and dentition. Etiology, complications and treatment approaches. Conventional and Homeopathic medication treatments and behavioral treatment.

TABELAS

Tabela 1

IT CRIES mnemônico para choro infantil

I - Infecções (estomatite, infecção urinária, meningite, osteomielite, etc)

T - Trauma (acidental e não acidental), torção testicular

C - Cardíaco (Insuficiência cardíaca congestiva, taquicardia supraventricular, infarto miocárdico)

R - Refluxo, reações medicamentosas, reações a fórmulas

I - Imunizações, insetos-picadas

E - Eyes/olhos (abrasões de córnea, objetos estranhos oculares, glaucoma)

S – Estrangulação (torniquete com cabelo, fibras)

Tabela 2

Uso da chupeta

Vantagens:

- Quando o bebê ficar perturbado durante o sono, poderá começar a chupar novamente a chupeta e adormecer outra vez;
- Pesquisas recentes mostram que o uso da chupeta parece diminuir o risco da síndrome da morte súbita infantil e possivelmente reduz a influência de outros fatores de risco existentes no local; o efeito positivo da chupeta é impedir que a língua do bebê vire para trás e bloqueie as vias aéreas superiores.
- Se o bebê está em amamentação, evite a chupeta até que ele complete um mês e tenha se acostumado a mamar.

Desvantagens:

- Ela pode cair durante a noite e o bebê se incomodar por ter o sono perturbado, e não conseguir encontrá-la.
- O bebê também poderá querer a chupeta durante o dia, o que pode afetar sua vocalização.
- Aumento do risco de infecções recorrentes de ouvido.
- Se usado após os dois anos, pode alterar a dentição, empurrando os dentes da frente para fora.
- No futuro, terá problemas para se livrar dela.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1	Cólicas	12
2.2	Insônia.....	18
2.3	Dentição	31
3	DISCUSSÃO	36
4	CONCLUSÃO.....	37
5	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O choro infantil é uma queixa comum entre os pais e motivo frequente de avaliação em consultório médico e em serviços de emergência.

Bebês choram por muitos motivos, principalmente por necessidades fisiológicas: fome, fralda suja, cansaço, sono, cólicas, dentição, excesso de estímulos, “quero aconchego/ colo”, entre outras causas.

É preciso diferenciar as causas fisiológicas, das patológicas de choro; estas, com urgência na avaliação médica para um pronto diagnóstico e tratamento rápido e adequado.

Este trabalho foi direcionado para o choro infantil secundário a causas fisiológicas. Com certeza, conhecemos alguém (se não for por experiência própria) que já tenha se deparado com um bebê que chora, e muitas vezes, excessivamente. Causando muitas vezes aflição, cansaço crônico, desordens mentais nos pais e outros familiares, assim como um desafio ao pediatra que o assiste.

Foi realizada uma revisão de literatura com as causas de choro que necessitam muitas vezes de intervenção médica: cólicas, dentição e insônia. Outras causas (não patológicas) serão resolvidas com os cuidados essenciais dos pais ou cuidadores que com o tempo reconhecerão cada tipo de necessidade (seja pelo tipo de choro, seja pelo ritmo estabelecido na rotina diária do bebê): amamentação/alimentação, higienização adequada, diminuição de estímulos, banho, repouso, colo, etc.

O trabalho procura definir as etiologias das causas de choro e os respectivos tratamentos convencionais, medicamentoso e comportamental.

O papel do tratamento homeopático no contexto referido; os benefícios do medicamento homeopático em comparação com o medicamento convencional.

Será discorrido sobre os principais medicamentos homeopáticos para cada situação: cólicas, insônia/agitação e dentição; com as respectivas particularidades de cada medicamento para cada causa de choro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O choro faz parte do comportamento humano. Bebês choram por uma variedade de razões que incluem a necessidade de atenção, fome, desconforto ou dor (HERMAN, 2007).

O choro é o método de comunicação do bebê com o mundo. É a maneira de chamar atenção. Quando os pais respondem ao choro, o bebê aprende que suas necessidades serão satisfeitas e isso ajuda a formar uma ligação melhor com seus pais e desenvolver mais rapidamente a confiança. Os bebês choram menos quando recebem a atenção que necessitam em resposta ao seu choro (JAIN, 2004).

Todos os bebês choram. Para a maioria dos bebês o choro começa por volta de 2 semanas de vida, com pico nas 6 – 8 semanas, com média de duração de 2,6 horas por dia e na maioria, retrocede aos 3 – 4 meses (HISCOCK, 2006). É importante notar que apesar das tendências observadas, há considerável variabilidade de choro entre as crianças, assim como flutuações no dia a dia do choro em cada criança (HERMAN, 2007). Nas primeiras semanas de vida, o choro se concentra especificamente no finzinho da tarde (AKHNIKH, 2014). O choro é considerado como parte normal do desenvolvimento neurocomportamental (AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007). Devido a um padrão específico relacionado com a idade, tem sido cogitado que há uma correlação com o desenvolvimento do ritmo circadiano (AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007).

O choro e a irritação estão entre as causas mais comuns da procura pelos pais dos serviços médicos (consultas pediátricas e serviços de emergência) durante os primeiros meses de vida do bebê (HERMAN, 2007).

2.1 Cólicas

A literatura sobre choro excessivo é considerável. De um modo geral, o termo tem sido usado para descrever o comportamento de choro em crianças resultante de doença não orgânica. Isso pode denotar duração, frequência e intensidade de choro, e tem sido usado em substituição a “choro persistente”, “cólica infantil” e “agitação paroxística” (HERMAN, 2007). É importante enfatizar que toda definição de choro excessivo em bebês refere se somente aos bebês saudáveis, com bom desenvolvimento (AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007).

Visto que as crises de choro ocorrem sem causa óbvia, sua natureza inexplicável é uma das razões principais de preocupação dos pais. A definição mais comumente usada é a “regra dos três de Wessel” que relata que o choro em um bebê saudável com idade de 2 semanas a 4 meses que ocorre em mais que 3 horas por dia, mais que 3 dias de qualquer semana, por pelo menos 3 semanas pode ser chamado de excessivo (AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007; MARCON, 2014). O choro nos primeiros meses de vida também é contemplado na classificação de Roma III como uma entidade gastrointestinal funcional com a denominação de cólica do lactente com os mesmos critérios estabelecidos por Wessel na década de 50. No entanto, existem definições mais subjetivas, quando há constatação materna que o lactente chora muito ou é inconsolável (MARCON, 2014). Estas crises de choro são caracterizadas pela falha em amenizar com os métodos tranquilizadores usuais tais como alimentação, colo ou embalos (HERMAN, 2007).

Apesar de etiologia indefinida, já se implicaram fatores como: o temperamento do lactente, a maturidade neurológica relacionada ao atraso do desenvolvimento e de maturação do sistema nervoso parassimpático, a transição do ciclo sono vigília, a deficiente prestação de cuidados parentais e até mesmo as diferenças culturais

(MARCON, 2014). A literatura também sugere vários outros mecanismos causais tais como comportamental, alergia alimentar e hipersensibilidade, imaturidade da função intestinal e dismotilidade. Recentemente, a composição da microbiota intestinal tem sido indicada como um fator de risco independente para cólica infantil. Estudos indicam que lactobacilos insuficientes nos primeiros meses de vida podem afetar o perfil de ácidos graxos intestinais favorecendo o desenvolvimento de cólica infantil. Bactérias coliformes têm sido encontradas mais abundantemente em crianças com cólicas e é especulado que alterando a composição da microbiota intestinal pode se influenciar positivamente o manejo das crianças acometidas (AKHNIKH, 2014; ANABREES, 2013). Assim, a cólica é melhor compreendida como uma síndrome que consiste de sintomas comuns do que uma entidade patológica específica (HERMAN, 2007).

Um dos desafios para todo médico que se afronta com uma criança chorosa/agitada é diferenciar entre as causas benignas e orgânicas do choro (HERMAN, 2007).

Problemas orgânicos/ patológicos estão implicados em 5% dos bebês agitados, afebris (AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007; DOUGLAS, 2011). Uma história clínica cuidadosa e um exame físico completo são necessários (HERMAN, 2007; DOUGLAS, 2011). Além do choro, outros fatores estão normalmente associados, como baixo ganho ponderal, alterações nas fezes e/ou atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (MARCON, 2014).

Infecção de trato urinário foi a condição médica mais prevalente. Assim, crianças afebris que choram excessivamente nos primeiros poucos meses de vida deveriam ser submetidas a avaliação urinária (AKHNIKH, 2014; DOUGLAS, 2011).

O diagnóstico diferencial de causas patológicas de choro é considerável. Para auxiliar na avaliação médica em lembrar algumas das causas mais comuns de choro excessivo, um dos autores propôs a frase mnemônica: IT CRIES (HERMAN, 2007); (Tabela 1, página 7).

Opiniões divergentes existem a respeito entre as causas gastrointestinais, tais como intolerância a lactose, alergia ao leite de vaca e doença do refluxo gastroesofágico, e o choro excessivo (AKHNIKH, 2014).

Mesmo quando considerado excessivo, o choro é uma entidade benigna na maioria dos casos, mas pode conduzir a consequências de curto e longo prazo, como interrupção prematura do aleitamento materno, introdução precoce de alimentos sólidos, mudança frequente da fórmula infantil, irritabilidade e frustração materna, depressão pós parto, diminuição da interação mãe-lactente, aumento do risco de abuso físico, alterações comportamentais e cognitivas na idade pré escolar, hiperatividade e distúrbios do sono (AKHNIKH, 2014; MARCON, 2014; DOUGLAS, 2011).

Tratamento das cólicas

- Não medicamentoso:

Recorrer ao modelo de berçário de tempo integral é benéfico. Os componentes desta intervenção incluem regularidade na sequência dos eventos próximos ao sono e alimentação, e uniformidade no local onde a criança dorme e brinca. O que implica no modelo recorrente de sono, alimentação correta após despertar, interações positivas/mimos e brincar

com os pais ou sozinha, e ser colocada no berço ainda acordada tão logo os sinais de cansaço apareçam (ex. bocejar, choramingar, esfregar os olhos, comportamento agitado). Esta abordagem oferece a criança a previsibilidade e a possibilidade de aumentar a sua habilidade de autorregulação. É provado ser efetivo na saúde dos pais, mesmo naqueles com problemas psicológicos leves. Se essa abordagem não for efetiva, pode se adicionar o envelopamento (AKHNIKH, 2014), na qual se enrola o bebê com uma manta de forma adequada, como se fazia antigamente.

Uma revisão Cochrane mostrou que a massagem pode ter efeitos benéficos para crianças com menos de 6 meses de idade. Havia alguma evidência de benefícios na interação materno-infantil, sono e choro; não havia evidência de prejuízo (AKHNIKH, 2014).

Embora há evidências conflitantes, no geral, os estudos sugerem que algum benefício terapêutico pode ocorrer em crianças amamentadas, com cólicas quando suas mães mantêm uma dieta hipoalergênica (sem leite, leite, trigo, amendoim, aditivos, conservantes, cores artificiais). Fórmulas hipoalergênicas incluindo soro e caseína-hidrolisadas são tratamentos potencialmente promissores para cólicas (HERMAN, 2007).

Outras intervenções comportamentais: carregar o bebê mais frequentemente (duas revisões com dois estudos controlados randomizados indicaram que não havia redução dos sintomas (AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007), mas também não havia impacto negativo quanto a carregar frequentemente (AKHNIKH, 2014), passeio de carro (um estudo randomizado controlado mostrou que o uso de simulador de passeio de carro não foi melhor que aconselhamento e garantia em reduzir a quantidade de choro

infantil ou ansiedade materna), diminuição de estímulo (um estudo demonstrou melhora do grupo tratamento quando comparado com o grupo controle, mas era metodologicamente falho), envelopamento (um estudo randomizado, controlado não demonstrou benefícios adicionais para o grupo como um todo, apenas para o subgrupo de bebês menores de 8 semanas, foram observados resultados modestos com diminuição do tempo de choro 12 minutos/24 horas) (HERMAN, 2007).

Não recomendado: manipulação espinhal e quiropraxia pela pouca evidência de sua efetividade assim como os potenciais efeitos colaterais (AKHNIKH, 2014). Embora há evidências que bebês são acalmados mais e melhor quando colocados de bruços , isso não é compatível com a recomendação para sono seguro, para prevenção de morte súbita e deve ser ativamente desencorajado (AKHNIKH, 2014).

- Medicamentoso:

Não recomendado: simeticona não tem sido provada efetiva em tratar choro excessivo em estudos randomizados controlados quando comparada ao uso de placebo (HISCOCK, 2006; AKHNIKH, 2014; HERMAN, 2007).

Diciclomina e dicicloverina são medicamentos anticolinérgicos que são cogitados em aliviar o choro das cólicas através de sua ação antiespasmódica no músculo liso; têm sido encontrado efetividade no tratamento em estudos controlados randomizados. Mas, por causa de eventos adversos relatados, o fabricante contra indica o uso em crianças

menores de 6 meses e não estão indicados como tratamento para cólica infantil. Os eventos adversos relatados mais frequentemente são: sonolência, constipação e diarreia; os eventos mais sérios, ocorrendo mais comumente em crianças menores de 7 semanas, incluíram dispneia, apnéia, síncope, convulsões, hipotonia e coma (HERMAN, 2007).

Probióticos: embora há evidências de dois estudos randomizados, controlados do papel benéfico do probiótico *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 para cólica infantil (diminuição significativa da taxa de choro – minutos/dia e não foi identificado problemas de segurança a curto prazo), é cedo demais para recomendar seu uso terapêuticamente. Foi somente estudado em uma população de mães que amamentavam pelo menos parcialmente, e ambos estudos foram financiados pelo fabricante (AKHNIKH, 2014; ANABREES, 2013). Mais estudos independentes são ainda requeridos em populações étnicas diversas, especialmente em crianças alimentadas com fórmulas, antes de adotar uma mudança na prática (ANABREES, 2013).

Visto que não há um consenso para o tratamento da cólica infantil, tanto as medidas comportamentais quanto as medicamentosas são falíveis, pois não são estendidas para todas as crianças afetadas com certeza de sucesso. Principalmente, em se tratando do tratamento medicamentoso, ora por não ter efeito melhor que o placebo, ora pelo risco de efeitos potencialmente graves e até letais, ora por falta de mais evidências positivas para o seu uso, o tratamento homeopático se torna uma ferramenta de grande valia neste contexto, quando bem modalizado (os sintomas) e prescrito, individualizando para cada paciente.

Tratamento homeopático

- *Colocynthis*: cólicas em bebês que aliviam ao se deitar sobre o ventre, ao apoiar sobre algo duro ou ao se dobrar; quando saem de quaisquer dessas posições voltam a chorar e gritar pela dor e apresentam grande inquietude; ventre timpânico e borborigmos; a expulsão de gases melhora (VIJNOVSKY, 2005). É o remédio heróico (PUSTIGLIONE, 2011).
- *Dioscorea*: criança que dobra o dorso para trás, buscando alívio (PUSTIGLIONE, 2011).
- *Allium cepa*: cólicas no bebê com flatulência e ruídos no ventre, que está distendido; alivia ao eliminar flatos. Segundo Kent, é maravilhoso (VIJNOVSKY, 2005).
- *Chamomilla*: cólicas em bebês que gritam, dobram-se e apresentam distensão timpânica do ventre; eliminação de flatos melhora; grande irritabilidade e pranto em verdadeiros acessos de cólera; mas, tudo melhora notavelmente, quando está no colo (VIJNOVSKY, 2005); pode apresentar diarreia esverdeada, geralmente coincidindo com o período de erupção dentária (PUSTIGLIONE, 2011).
- *Magnesia phosphorica*: com modalidades muito semelhantes às de *Colocynthis*; melhora também pelo calor local, pressão e fricções; grande timpanismo, mas a expulsão de gases não o melhora (VIJNOVSKY, 2005).

2.2 Insônia

Há muita coisa que a ciência ainda não entende sobre o sono, mas é certo que todo mundo precisa dele. Dormir pouco significa ficar sem energia, irritado e com

problemas de concentração. É muito importante para os bebês dormirem bastante, nas horas certas. Acredita-se que, quanto dormem, eles arquivam as informações acumuladas nas horas anteriores e criam lembranças que são a chave do seu aprendizado e desenvolvimento (SILVA FILHO, 2010).

A insônia da criança pequena, definida como dificuldade repetida em iniciar e/ou manter o sono, é caracterizada por grande número de despertares durante a noite, ocasionalmente com dificuldade em reiniciar o sono, sendo queixa frequente na clínica pediátrica. Na maioria das vezes, se manifesta após ter provocado repercussões e dificuldades nos pais e na rotina familiar relativas à privação de sono (TENENBOJM, 2010).

De acordo com a classificação Internacional de Distúrbios de Sono, segundo revisão realizada em 2005, a insônia das crianças pequenas pode apresentar-se como insônia comportamental da infância, que ocorre entre 10 – 30% da população infantil. O diagnóstico baseia-se nos sintomas da criança referidos pela mãe. A insônia comportamental da infância apresenta-se sob dois tipos (TENENBOJM, 2010):

1. Insônia de associação para iniciar o sono: quando, para adormecer, a criança requer condições especiais, como algum procedimento específico dos pais (embalar por longo tempo, passear de carro, etc.) que pela repetição, terminam por demandar alto investimento dos pais. Na ausência desse fator associado, há prejuízo no sono, com atraso tanto ao iniciar quanto para retomar o sono quando interrompido.
2. Insônia por dificuldades de imposição de limites: quando há recusa ou protelação por parte da criança em ir para a cama. O cuidador impõe

poucos limites ou limites inconsistentes para a criança e, por vezes, há queixas associadas de problemas de comportamento durante o dia.

Na criança pequena, pode ocorrer insônia por higiene do sono inadequada, em geral associada a hábitos impróprios, como excesso de estimulação física, mental ou emocional próximo ao horário de recolher-se para dormir e falha no estabelecimento de horário e de rituais para o adormecer (TENENBOJM, 2010).

No recém-nascido, há 3 tipos reconhecidos de sono (TENENBOJM, 2010):

1. Sono ativo: precursor do sono em que acontecem os movimentos rápidos dos olhos (REM). Acontecem movimentos de sucção, sorrisos, tremores, franzimento de sobrancelhas, respiração irregular e movimentos de membros. Nas idades posteriores, o sono REM caracteriza-se por perda completa ou diminuição do tônus muscular, o oposto do que se percebe no recém-nascido (contrações).
2. Sono quieto: precursor do sono não REM (NREM). É caracterizado por leves movimentos musculares e ciclos respiratórios rítmicos.
3. Sono interminado: que não apresenta as características polissonográficas do sono quieto nem as do sono ativo. Com o amadurecimento do recém-nascido, o sono indeterminado torna-se definido em sono REM ou sono NREM.

Comparada à arquitetura do sono de crianças de mais idade, o neonato apresenta diferenças: nas primeiras semanas de vida, o estágio de sono ativo predomina, com 50 – 80% do tempo total de sono; o ciclo de sono dura de 50 – 60 minutos e o início ocorre no sono ativo. Cada período de sono tem de um a dois ciclos, de modo que a criança acorda com mais frequência. Em geral, esses períodos estão acoplados aos ciclos de fome. Aos 6 meses de idade, o início do

sono se dá no sono NREM e a propensão ao movimento, durante o sono REM, é substituída pela típica paralisia muscular que caracteriza esse estágio de sono no adulto (TENENBOJM, 2010).

Todos os indivíduos passam pelo ciclo do sono várias vezes por noite, acordando de vez em quando. Se não forem perturbados quando acordam, voltam a dormir novamente. Não se lembram de ter acordado e têm uma boa noite de sono. É importante que os bebês também possam aprender a dormir de novo, para que não esperem que seus pais venham acalmá-los todas as vezes que acordam. Isso pode ser estimulado ao colocar o bebê de volta no berço enquanto ainda está acordado, sem esperar que ele adormeça primeiro (SILVA FILHO, 2010).

O fato do recém-nascido passar grande parte do dia adormecido faz pensar que o sono tenha papel importante no desenvolvimento orgânico e mental no início da vida. O Tempo total de sono diário, com o aumento da idade reduz se paulatinamente (TENENBOJM, 2010).

Segundo Freud, os sonhos são um modo de contato com os conteúdos psíquicos. Melanie Klein postula existir intensa atividade mental nos bebês nos primeiros meses de vida, o que coincide temporalmente com a época em que passam a maior parte do tempo dormindo. O fato do recém-nascido passar grande parte do tempo total de sono no estágio e sono ativo – precursor do sono REM, quando acontece o maior número de sonhos pode sugerir que o sono contribua para o desenvolvimento psíquico do bebê (TENENBOJM, 2010).

O desenvolvimento biológico e das relações psíquicas ocorre simultaneamente na criança pequena. Quanto ao desenvolvimento das relações psíquicas, denominadas relações de objeto, elas acontecem principalmente na relação com a

sua mãe. O estabelecimento do ciclo sono vigília é um indicador das primeiras fases do desenvolvimento psíquico (TENENBOJM, 2010).

Até os 2 – 3 meses, o ritmo circadiano se estabelece e a criança passa a apresentar diminuição do sono diurno e consolidação das horas de sono à noite. Nessa idade, há condições biológicas de estabelecimento do ritmo circadiano e as crianças tornam se mais sensíveis ao meio ambiente, respondendo ao claro/escuro para organizar seu ritmo vigília/sono. O ritmo da casa e as rotinas noturnas passam a funcionar como sinais sociais ou ambientais, com influência no ritmo vigília/sono do bebê. Como consequência, consolidam se as horas de sono no período noturno. Em seguida, a criança começa a ter longos períodos de vigília durante o dia e a proporção de sooo REM começa a decrescer para 30 – 40 % do sono total do dia. No primeiro ano de vida, as características do ciclo sono/vigília traduzem a maturação do sistema nervoso central. Há grande faixa de variação do sono normal nos primeiros anos de vida. Padrões de sono normal da criança podem tornar se motivo de queixa, se a rotina da família sofrer grande interferência (TENENBOJM, 2010).

Os bebês têm suas necessidades próprias de sono. Uns precisam dormir mais do que outros e alguns passam a dormir a noite inteira mais cedo do que outros. É importante lembrar dessa individualidade para não comparar a rotina de sono entre os bebês (SILVA FILHO, 2010).

Durante as primeiras semanas, os bebês dormem 16 horas por dia, em média, e cerca da metade desse sono é à noite. Ele acordará algumas vezes para mamar. Com o tempo, a duração e horários de sono do bebê ficam mais previsíveis; ele provavelmente dormirá mais pela manhã e dará dois cochilos menores à tarde (SILVA FILHO, 2010).

À medida que cresce, o padrão do sono do bebê modifica se gradualmente. Do terceiro ao sexto mês, ele vai dormir cerca de 15 horas no total, a maior parte do tempo à noite, com provavelmente três cochilos durante a tarde. A partir dos seis meses, ele talvez só durma duas vezes durante o dia. E pode ser capaz de dormir até oito horas seguidas à noite (SILVA FILHO, 2010).

A necessidade de sono do bebê vai continuar a diminuir. Aos doze meses, ele provavelmente dormirá cerca de 14 horas ao todo. Poderá dormir por dez horas durante a noite e dar dois cochilos no decorrer do dia, cada qual com até duas horas de duração. Logo ele poderá precisar de apenas um cochilo por dia (SILVA FILHO, 2010).

Clinicamente, as cólicas do bebê muitas vezes aparecem associadas aos distúrbios de sono, sendo que o comportamento dos pais para diminuir o choro do bebê (por exemplo, embalar com frequência, passear de carro, etc) levam à adoção de condutas que não favorecem o padrão de sono normal (TENENBOJM, 2010).

Assim, deve se considerar o amplo leque de alterações maturacionais normais, tanto físicas como do desenvolvimento na infância, e ainda as influências culturais, ambientais e sociais na definição do sono adequado para a criança pequena (TENENBOJM, 2010).

O ciclo circadiano

O núcleo supraquiasmático no hipotálamo funciona como um relógio biológico que regula o ritmo circadiano em mamíferos, recebendo informação visual direta relativa à luminosidade. A integração desse sistema neuroendócrino é mediada pela

melatonina – hormônio secretado pela glândula pineal – que aumenta a tendência ao sono e indica ao cérebro o conceito de noite, escuridão (TENENBOJM, 2010).

O ciclo circadiano é gerado endogenamente com um período de duração de aproximadamente 24 horas. Há evidências de que o sistema circadiano desenvolve-se desde o período pré-natal e de que, após o nascimento, madura progressivamente. No ser humano, com cerca de 12 semanas de vida, é possível detectar o ritmo dia/noite de produção da melatonina (TENENBOJM, 2010).

No organismo, o precursor da melatonina é o aminoácido triptofano e seu metabólito excretado pela urina é a 6-sulfatoximelatonina. Há relação temporal entre o ritmo de excreção da 6-sulfatoximelatonina na urina de bebês alimentados exclusivamente ao seio materno e o triptofano dosado no leite da mãe, o que aponta a ação do leite materno como facilitador do sono dos bebês e de sua ritmicidade (TENENBOJM, 2010).

Ao avaliar a queixa de distúrbio de sono de uma criança, deve-se levar em conta o ambiente em que ela vive e os valores da cultura de seus pais, além das características biológicas de cada criança. Por ser a insônia das crianças pequenas motivo repetido de queixa, com ampla faixa de variação do sono normal para cada idade, não passível de medicação sob protocolo seguro, passa ela a ser subavaliada, subdiagnosticada e torna-se fator de angústia profissional para o médico pediatra, que acaba por lançar mão de sua experiência pessoal para orientar os pacientes (TENENBOJM, 2010).

Queixas de distúrbios de sono dos bebês associadas a sintomas de depressão materna são comuns. Há forte associação entre os dois, mas, se a mãe dorme bem, essa relação se atenua. A qualidade de sono da criança e a qualidade de sono da mãe estão associadas; a má qualidade de sono das mães está associada a

distúrbios de humor, estresse e fadiga. Por outro lado, nas mães portadoras de depressão cujos filhos apresentam distúrbios do sono, o tratamento do distúrbio do sono da criança exerce papel significativo na melhora da saúde emocional da mãe e dos laços entre a mãe e o bebê (TENENBOJM, 2010).

Tratamento medicamentoso

Um trabalho analisou os medicamentos utilizados em insônia infantil em 267 crianças entre seis meses e cinco anos, verificando que 43% dos pacientes haviam sido tratados farmacologicamente. Os fármacos utilizados foram neurolépticos, anti-histamínicos, barbitúricos, benzodiazepínicos e ansiolíticos, tendo o tratamento durado 8,7 dias, em média. A eficácia foi considerada nula pelos pais em 95% dos casos, sendo eficaz nos 5% restantes nos primeiros dias de uso, reaparecendo a sintomatologia mesmo com a continuação do tratamento (TENENBOJM, 2010).

Em termos experimentais, a melatonina sintetizada para uso por via oral é uma opção medicamentosa para a insônia do adulto e vem sendo estudada em crianças saudáveis ou com distúrbios neurológicos. No Brasil, seu uso não é permitido. Seu efeito baseia-se na diminuição da latência do sono e melhora na eficiência e no tempo total de sono (TENENBOJM, 2010).

Outro estudo relatou que o tratamento medicamentoso da insônia na Pediatria é uma necessidade médica ainda não encontrada. É preciso desenvolver diretrizes rigorosas de manejo farmacológico da insônia nessa faixa etária e é vital informar ao médico clínico sobre a segurança e a eficácia de sua prescrição (TENENBOJM, 2010).

A insônia dos bebês é uma condição clínica que necessita ser avaliada sob vários aspectos. O ritmo de sono nos bebês pode e deve ser estabelecido precocemente.

Os hábitos para o sono devem ser baseados nas medidas de higiene do sono:

- Evitar estimulação física, mental ou emocional perto da hora de dormir (TENENBOJM, 2010).
- Evitar oferecer alimentação durante a noite (TENENBOJM, 2010) (para bebês maiores).
- Evitar dormir com alguma fonte luminosa durante toda a noite (TENENBOJM, 2010).
- Identificar os sinais de sono: é muito importante perceber os sinais de que o bebê quer dormir. Se o bebê for colocado na cama na hora certa, será dado a melhor oportunidade de pegar no sono serenamente; se ele perder a hora de dormir, poderá ficar alerta e ativo novamente, mesmo que esteja muito cansado. O reconhecimento dos sinais de que o bebê está com sono – que podem incluir esfregar os olhos, puxar uma orelha ou ficar com orelhas – e a ação imediata. Assim, garantirá que ele durma tanto quanto precisa para se desenvolver (SILVA FILHO, 2010).
- Deixar o bebê adormecer por si próprio: O recém-nascido acorda várias vezes durante a noite, quase sempre porque precisa mamar; mais tarde quando ficar mais velho, vai acordar periodicamente, embora não esteja com fome; se aprender logo, vai conseguir voltar a dormir, sem ficar incomodado nem precisar de atenção; se nos primeiros meses, ele se acostumar com a ajuda para adormecer, vai querer sempre alguém por perto quando acordar no meio da noite. Depois da primeira semana de vida, é importante dar ao bebê a oportunidade de dormir por si, o que significa colocá-lo no berço à

noite, quando ele estiver sonolento, mas ainda acordado, em vez de esperar que adormeça. O mesmo se aplica às suas dormidas durante o dia. Às vezes, o bebê precisará ser acalentado, mas a partir dos três meses mais ou menos será capaz de adormecer por si próprio, sem problemas; com cerca de seis meses, ele provavelmente já não precisará mamar de madrugada e conseguirá dormir a noite toda, se tiver se habituado a adormecer por si mesmo (TENENBOJM, 2010; SILVA FILHO, 2010).

- Tornar os dias diferentes das noites: vale a pena mostrar ao bebê a diferença entre o dia e a noite desde cedo (mais ou menos, duas semanas); assim, ele vai associar a hora de dormir com tranquilidade e sono, e o dia com atividade e vigília. É essencial que as mamadas noturnas sejam tão calmas e tranquilas quanto possível, não importando em qual cômodo estejam; manter as luzes baixas e falar o mínimo possível. Durante o dia, não ter medo de amamentar em ambientes movimentados e barulhentos. O quarto do bebê deve ser silencioso, mas o resto da casa não precisa ser; ruídos de fundo normais da família servem para tranquilizar o bebê; Ele também poderá gostar de adormecer ouvindo o som baixo de um rádio ou de música; verificar se o bebê está vestido adequadamente e que o quarto está com a temperatura adequada para conforto e segurança (SILVA FILHO, 2010).
- Usar objetos que possam acalmar: dar ao bebê algo familiar para ajudá-lo a adormecer – como um cobertor predileto ou um brinquedo ou a chupeta (tabela 2, página 7), se achar que possa acalmá-lo (SILVA FILHO, 2010).
- O sono diurno: os bebês continuam precisando dormir durante o dia até um ano de idade, mais ou menos; muitos dormem por mais tempo ainda. O sono diurno ajuda o bebê a aproveitar o máximo de suas atividades e, se ocorrer

nos horários certos, também vai ajudar o sono noturno; não adianta manter o bebê acordado durante o dia, na esperança de que durma mais à noite, pois muito cansado ele dormirá menos profundamente do que se descansado. O horário do último cochilo da tarde é importante – não deve ser muito próximo da hora de dormir à noite. Se o bebê não se aquieta com facilidade para dormir durante o dia, siga o mesmo ritual da noite, conversando com ele em voz baixa ou cantando, e diminuindo a iluminação do quarto para acalmá-lo (SILVA FILHO, 2010).

- Estabelecer horário, rotinas e rituais consistentes para o sono: a partir das primeiras semanas de vida, comece a habituar o bebê ao conceito da hora de dormir e a estabelecer sua própria rotina para a noite; embora não possa determinar o quanto de sono o bebê precisa, pode se induzir seus horários para dormir e sua facilidade para adormecer. Orientar se pelos sinais de sono para estabelecer os horários de dormir à noite e durante o dia; não é preciso segui-los com rigor, mas é bom se apegar a eles o máximo possível. Não existem regras para uma rotina da hora de dormir, o importante é que sirva ao bebê e ao seu próprio estilo de vida. É importante fazer com que o período anterior ao sono seja calmo e relaxante. Quanto mais seguir sua rotina, melhor (SILVA FILHO, 2010).
- Maneiras de ajudar o bebê a desacelerar (SILVA FILHO, 2010):
 1. Conversa: diga-lhe que é hora de dormir e fale de maneira tranquilizante, enquanto prepara a cama; embora ele não entenda suas palavras, elas vão ficar familiares e agradáveis, e fazer parte de sua rotina;

2. Banho: muitos bebês apreciam e ficam relaxados com um banho e alguns gostam ainda mais do que outros; se o bebê ficar muito excitado ou chora na hora do banho, é melhor banhá-lo em outro horário e pensar em outras maneiras de acalmá-lo na hora de dormir. Depois do banho, troque as fraldas e vista o pijama.
3. Histórias: nunca é cedo demais para começar a compartilhar histórias com o bebê. Mesmo antes de ele começar a entender as palavras ou figuras, vai adorar se aconchegar e ouvir sua voz.
4. Canções: os bebês adoram músicas e canções de ninar. Poderá ser escolhida uma canção que indique que é hora de dormir. O bebê irá reconhecer e associar ao sono. Alguns bebês gostam de dormir com música tocando baixinho.
5. Abraços: é uma ótima maneira de terminar o dia juntos e de fazer seu bebê sentir-se tranquilo e amado antes de dormir.
6. Passear de carrinho: pode ser uma forma de acalmar o bebê antes da preparação para a hora de dormir. Mas não use o carrinho para fazer o bebê pegar no sono antes de ir para o berço, porque vai interferir no seu aprendizado de adormecer por si mesmo.
7. Fazer uma massagem: uma massagem leve antes de dormir pode relaxar e acalmar o bebê; pode ser feita a partir da segunda semana.
8. Envolver em um pano (envelopamento): é uma estratégia bem-sucedida para ajudar muitos bebês a dormir; envolva o bebê em um lençol ou cobertor para impedi-lo de se contorcer e continuar acordado.

Tratamento homeopático

- *Coffea cruda*: é o medicamento eleito em grande número de insônias. Em crianças que brincaram e se excitaram muito durante o dia e querem continuar brincando (VIJNOVSKY, 2005).
- *Chamomilla*: crianças que só dormem no colo e com embalo, fazendo revezamento dos pais. Tem que ficar sacudindo o carrinho ou dar uma voltinha no quarteirão de carro para dormir (BRUNINI, 2009). Sono agitado com gritos e sobressaltos; com olhos semiabertos (LATHOUD, 2010). Durante a dentição (HORVILLEUR, 2003).
- *Belladonna*: tem sono e não consegue dormir; antes de iniciar e durante o sono, tem sobressaltos e tremores como se estivesse assustado; a cabeça torna-se quente e os pés, frios; dorme com as mãos sob a cabeça (LATHOUD, 2010).
- *Stramonium*: a criança desperta rapidamente aterrorizada, não reconhece ninguém, grita de medo e se agarra aos que estão ao seu redor (terror noturno); tem medo do escuro e de ficar sozinha (LATHOUD, 2010). Não dorme sem uma luz acesa (HORVILLEUR, 2003).
- *Thuya occidentalis*: insônia após vacinação (HORVILLEUR, 2003).
- *Aconitum napellus*: insônia em consequência de um susto, com agitação (HORVILLEUR, 2003).

2.3 Dentição

É definida como o desconforto que precede o rompimento de um dente. Essa definição deixa claro que os sintomas devem ser atribuídos somente ao surgimento do dente (SILVA FILHO, 2010).

A relação entre erupção dentária e o aparecimento de manifestações locais ou sistêmicas em crianças, tem sido polêmica, na percepção dos pais, profissionais de saúde e literatura. Dentre os vários fenômenos clínicos que acompanham esse processo os principais são: irritabilidade, salivação aumentada, febre, diarreia, gengivite, redução de apetite, erupções cutâneas, tosse e vômitos, segundo inúmeros relatos encontrados na literatura (COSTA, 2010).

Existem diferentes correntes que tentam esclarecer os transtornos neste período. A primeira considera a erupção dentária um processo fisiológico (associado ao desenvolvimento da criança) e os sintomas apresentados puramente coincidentes. A segunda refere que apesar de ser fisiológica, pode sofrer alterações e fazer-se acompanhar de desordens gerais ou locais. Fogel fundamentou baseado em revisão de literatura associada a pesquisa de campo que a erupção dentária decídua não é tão inócua quanto alguns médicos e odontopediatras acreditam. Por último, autores afirmam existir uma evidente relação entre manifestações clínicas e erupção dentária (COSTA, 2010).

Na pesquisa de Simeão e Galganny-Almeida foi investigado quais sintomas e sinais estavam relacionados à dentição e com que frequência e intensidade surgiram. Dos pediatras, 93,9% e 75,7% das mães descreveram alterações na saúde das crianças durante o processo. As mais citadas foram: irritabilidade, levar a mão à boca, sialorréia, anorexia, febre, sono inquieto e diarreia (COSTA, 2010).

Macknin et al. e Fogel relacionam a febre com as reações inflamatórias que ocorrem na cavidade oral com a participação de mastócitos e liberação de imunoglobulinas (IgE). Essa reação de hipersensibilidade poderia resultar em alterações toxêmicas como febre, que poderia ser causada por uma infecção herpética primária não diagnosticada. A maioria dos pediatras acredita que os sinais e sintomas observados têm relação direta com a fase eruptiva da dentição da decídua (COSTA, 2010).

No trabalho de Peretz et al., a diarreia foi a manifestação mais comum durante a erupção dentária, acometendo 51% das crianças do grupo em estudo, observado pelas mães e pediatras. Noronha cita que alguns pediatras relacionam a diarreia à sucção digital em precárias condições higiênicas, o que diretamente estaria associado a infecções. Para Wake et al., a diarreia foi o único distúrbio que teve significância estatística. Bengtson et al. também encontraram associação da diarreia a 87,5% das erupções observadas no seu estudo (COSTA, 2010).

Fogel descreve associação clara entre a erupção dentária e sinais e sintomas apresentados por bebês, sendo a diarreia e a febre as de maior incidência, tendo relatos de complicações para doenças mais graves, algumas levando até a óbito em menores de um ano, com alimentação deficiente ou mal nutridas (COSTA, 2010).

Na pesquisa de Aragão et. al. com médicos e dentistas em João Pessoa-PB, Brasil, 92,7% dos profissionais afirmaram que o processo de erupção dentária pode gerar desconforto. O aumento da salivagem é explicada pela maturação das glândulas salivares. A manifestação mais citada por 92% é a irritabilidade, que demonstrou uma relação estatisticamente significativa com a inflamação gengival, além da inapetência e dificuldade para ingerir alimentos sólidos. A febre tanto pode ser pelo processo agressivo de dilaceração da gengiva gerando um quadro

inflamatório, quanto pelo estresse causado pela erupção múltipla dos dentes com queda da resistência orgânica, deixando a criança propensa à infecções (COSTA, 2010).

Segundo Martins et al., há uma forte relação entre manifestações sistêmicas e erupção dentária, que chega acompanhada de dor, febre e mal estar, lembrando que apesar de fisiológica, existe uma forte pressão sobre os tecidos fibrosos da gengiva provocando lesões com conseqüente dor e processo inflamatório, que pode justificar o estado febril. E claramente confirma que na literatura, a erupção dentária provoca transtornos locais e sistêmicos, sendo aconselhável que as mães de bebês com a síndrome de erupção, procurem o médico e realizem exames complementares, para descartar a ocorrência de outras doenças que possam ser negligenciadas nesse período quanto ao diagnóstico e tratamento (COSTA, 2010).

Segundo Saviero, nesta fase ocorre o que os especialistas chamam de simultaneidade de eventos; à partir do sexto mês de vida, a criança começa a engatinhar, levando à boca o que encontra pelo chão, assim tem contato com microrganismos estranhos ao seu sistema imunológico que está em processo de formação; ocorrem também, mudanças na alimentação (desmame, introdução de alimentos com texturas e teores diferentes do leite, começa a pôr comida na própria boca) e que coincide com a época de maturação das glândulas salivares, o que justifica o aumento de salivação nessa fase de vida (COSTA, 2010).

Embora, o exato mecanismo da erupção dentária, com todas as alterações tissulares e imunológicas que o acompanham, ainda não esteja totalmente elucidada, as evidências clínicas e as experiências vivenciadas pela maioria das mães pesquisadas, praticamente em todas as pesquisas relatadas neste estudo, apontam para a aceitação dessa relação causal direta (COSTA, 2010).

Tratamento para dor local

Não medicamentoso: o uso de mordedor contendo gel que pode ser congelado e pode ajudar no alívio do desconforto gengival.

Medicamentoso: uso de analgésico via oral (paracetamol) quando apresentar dor.

Tratamento homeopático

- Chamomilla: sem dúvida é o medicamento mais indicado, geralmente, o mais útil nesse problema; sua indicação se baseia nos sintomas mentais, principalmente (VIJNOVSKY, 2005); a saída dos dentes é dolorosa, o que torna a criança irritável; bochecha vermelha do lado que saiu; associação a uma diarreia sem prolapso retal, ou à tosse, e mesmo convulsões; melhora quando se põe a criança no colo (HORVILLEUR, 2003).
- Belladonna: a saída de um dente é dolorosa; é acompanhada de febre elevada com abatimento, sede, bochechas vermelhas e quentes, ranger de dentes; as gengivas estão igualmente vermelhas e quentes (HORVILLEUR, 2003). Convulsões e diarréia durante a dentição; insônia (VIJNOVSKY, 2005).
- Phytolacca decandra: dentição dolorosa com a necessidade de apertar os dentes (HORVILLEUR, 2003).
- Podophyllum peltatum: dentição dolorosa com necessidade de esfregar as gengivas uma contra a outra; associação a uma diarréia com eventualmente, prolapso retal (HORVILLEUR, 2003).
- Borax: a dentição é dolorosa; é acompanhada de aftas, salivação importante e boca quente; a criança chora no momento da mamada (HORVILLEUR,

2003). Grande irritabilidade, sobressaltos fáceis, terrores noturnos e grande medo do movimento descendente; insônia (VIJNOVSKY, 2005).

- Calcarea carbonica: dentição atrasada em uma criança de cabeça grande e redonda, barriga grande, lenta para aprender e andar; transpiração na cabeça no momento da saída de um dente (HORVILLEUR, 2003).
- Calcarea phosphorica: dentição atrasada em uma criança grande e magra (HORVILLEUR, 2003).
- Kreosotum: os dentes de leite ficam cariados logo que erupcionam; muito mau hálito (HORVILLEUR, 2003).
- Rheum officinale: diarréia com odor ácido no momento em que um dente sai; todo o corpo da criança fica acre (o hálito, os vômitos, a transpiração) (HORVILLEUR, 2003).

3 DISCUSSÃO

Durante a pesquisa para o estudo das causas de choro e o tratamento tradicional, encontrei diversos artigos e revisões de artigos sobre o choro infantil; mas o tratamento farmacológico era falho, perigoso ou escasso em informações.

Quanto a pesquisa sobre o tratamento homeopático não consegui obter artigos científicos relacionados a homeopatia e o tema proposto; todas as referências sobre o tratamento foram extraídas de livros de homeopatia (matéria médica, vade-mécum, repertório, entre outros); que foram fontes ricas em quantidade e qualidade de conteúdo; e encorajadoras para a conclusão deste trabalho.

Como um assunto, tão antigo (afinal, bebês e seus choros sempre existiram e pais cansados e estressados também) e tão atual ao mesmo tempo (depressão pós parto), não tenha tido muitos estudos homeopáticos e alopáticos para a melhor compreensão da etiologia e tratamento, visando a melhoria na qualidade de vida e do sono de pais e filhos.

Quanto ao tratamento comportamental o que pode auxiliar positivamente numa determinada família, pode não ser adequada para outra. Muitas medidas não apresentam ser úteis no controle do choro em estudos controlados, mas continuam sendo praticadas (carregar no colo, embalar, andar de carrinho, envelopar com uma coberta); afinal, se ajudar numa crise de choro, não custa tentar.

O que parece, crescer não é fácil e a adaptação de pais e/com filhos a uma nova vida e rotina, também não o é.

4 CONCLUSÃO

O choro infantil é uma situação no mínimo estressante para pais, cuidadores e pediatras, com múltiplas possibilidades causais, a maioria benigna.

Muitas dessas causas, sem etiologia única e sem tratamento de escolha, seja por falha na eficácia (simeticona para cólicas), seja pelos riscos potenciais (toxicidade, efeitos colaterais graves) como o tratamento para cólicas com dicalomina e dicaloverina , e para a insônia com o uso de benzodiazepínicos e neurolépticos; ou pela falta de estudos mais amplos que possam ser estendidos para uma população diversa (*Lactobacillus reuteri*); o que torna o tratamento homeopático a melhor opção nestes casos, associado ao tratamento comportamental.

A homeopatia como ciência médica, bem estudada e bem conduzida pelos seus profissionais ao longo dos séculos, proporciona opção terapêutica rápida, eficaz e segura nos casos de cólicas, dentição e insônia, quando bem avaliadas e modalizadas as respectivas queixas. Assim, a homeopatia é o melhor tratamento para as causas de choro infantil.

Que o presente estudo possa ser útil aos colegas médicos em termos de complementação de conhecimentos e como incentivo na busca e pesquisa de etiologias e tratamentos para as causas de choro em crianças, seja na homeopatia, seja na medicina tradicional.

E aos pais de infantes chorões, que possa auxiliá-los nas crises de choro, acalmando o bebê e os pais. Na melhoria da qualidade de vida e da relação pais e filhos; aliviando o estresse, ansiedade e outras complicações que causa essa situação, que é usual, mas de difícil manejo para os pais e pediatras.

Finalizando, este assunto pede mais estudos sobre a etiologia e o tratamento das causas de choro infantil.

5 REFERÊNCIAS

HISCOCK, Harriet. The crying baby. Aust. Farm. Physician: 35 (9): 680-684, 2006.

AKHNIKH, Samira et al. The excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. Pediatric annals, v. 43, edição 4: e69 – e 75, 2014.

HERMAN, M.; LE, A. The crying Infant. Emerg. Med. Clin. North Am.: 25 (4): 1137 – 1159, vii, 2007.

JAIN, P. B. Fundamentos de Homeopatia Pediátrica. Índia: Nytia Publications, 2004.

MARCON, A.C.; VIEIRA, M.C.; MORAIS, M.B. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. Rev. Paul. Pediatr.: 32 (2) : 187 – 192, 2014.

ANABREES, J. et al. Probiotics for infantile colic: a systematic review. BMC Pediatrics . 13:186, 2013.

DOUGLAS, P.S.; HILL, P. S. The crying baby: what approach? Current. Opin. Pediatr.: 23 (5): 523 – 529, 2011.

TENENBOJM, E. et al. Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. Rev.Paul. Pediatr., v. 28, n. 2, 2010.

SILVA FILHO, L. V.; TAMURA, M. A bíblia do bebê. São Paulo: CMS Editora, 2010.

COSTA, R. M. et al. Percepção de mães sobre a síndrome da erupção dentária e suas manifestações clínicas na infância. Rev. Salud. Pública., v. 12, n. 1, 2010.

VIJNOVSKY, B. Tratamento Homeopático das Enfermidades Agudas. São Paulo: Editora Organon, 2005.

PUSTIGLIONE, M. Guia Terapêutico Homeopático. São Paulo: Editora Organon, 2011.

HORVILLEUR, A. Vade-Mécum da Prescrição em Homeopatia. São Paulo: Editora Andrei, 2003.

BRUNINI, C.R.D. Homeopatia para Crianças. 2ª Edição. Belo Horizonte: Robe Editorial, 2009.

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