

**CENTRO ALPHA DE ENSINO  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA  
MARIANGELA VALLE PIRES**

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL NA INFÂNCIA:  
UMA ABORDAGEM HOMEOPÁTICA**

**SÃO PAULO  
2017**

MARIANGELA VALLE PIRES

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA FUNCIONAL NA INFÂNCIA:  
UMA ABORDAGEM HOMEOPÁTICA

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

Orientador: Dr. Mario Giorgi

SÃO PAULO

2017

Pires, Mariangela Valle

Constipação intestinal crônica funcional na infância: uma abordagem homeopática / Mariangela Valle Pires, -- São Paulo, 2017.  
48f.

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

Orientador: Dr. Mario Giorgi

1. Homeopatia 2. Constipação Intestinal 3. Saúde da Criança I. Título

## Agradecimento

Agradeço a toda a equipe da ALPHA-APH que ao longo do curso foi fundamental para a minha formação.

## RESUMO

A Constipação Intestinal Infantil é um sintoma muitas vezes negligenciado pela família. O retardo no diagnóstico e tratamento leva a uma série de complicações, podendo inclusive ser responsável pelo elevado índice de recidivas. Neste presente trabalho procurei ressaltar como a Homeopatia, através de sua anamnese detalhada na busca da individualização do paciente, contribui para a identificação do sintoma precocemente, evitando que o caso evolua para uma cronificação. Para dar exemplos da prática homeopática cito dois casos clínicos onde mostro como o tratamento homeopático pode ser eficaz no controle do sintoma. Na sequência foi realizada breve explanação sobre os medicamentos homeopáticos que apresentam a constipação intestinal como sintoma significativo na infância.

Palavra chaves: Homeopatia, Constipação Intestinal, Saúde da Criança.

## **ABSTRACT**

Infantile Intestinal Constipation is a symptom often overlooked by the family. The delay in diagnosis and treatment leads to a series of complications, and may even be responsible for the high relapse rate. In this present work I have tried to highlight how Homeopathy, through its detailed anamnesis in the search of the patient's individualization, contributes to the identification of the symptom early, avoiding that the case evolves into a chronification. To give examples of homeopathic practice I cite two clinical cases where I show how homeopathic treatment can be effective in controlling the symptom. A brief explanation was given on homeopathic medicines that present intestinal constipation as a significant symptom in childhood.

Keywords: Homeopathy, Constipation, Child Health.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. PROPOSIÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
3.1 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA EM CRIANÇAS.....	14
<b>4. HOMEOPATIA E SEUS FUNDAMENTOS.....</b>	<b>20</b>
4.1 RUBRICAS RELACIONADAS À CONSTIPAÇÃO INTESTINAL INFANTIL .....	21
4.2 MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS RELACIONADOS COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL INFANTIL.....	23
<b>5. CASOS CLÍNICOS .....</b>	<b>43</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A constipação intestinal, na sua fase inicial, é um sintoma muitas vezes subestimado pela família e pelos próprios médicos.

A ausência do aumento do intervalo das evacuações em grande parte dos pacientes, assim como a elevada prevalência de escape fecal faz com que a família demore a perceber a constipação intestinal nas crianças.

Vários autores têm ressaltado o grande intervalo entre o início da constipação e a primeira consulta em serviço especializado.

O retardo na identificação do sintoma e, conseqüentemente no início do tratamento, leva a uma cronificação do quadro com o aparecimento de uma série de outros sintomas, podendo determinar inclusive alterações estruturais do intestino, formando um ciclo difícil de ser interrompido.

Apesar de sua aparente benignidade, sua remissão completa dificilmente é obtida com os tratamentos habituais.

Este trabalho pretende mostrar como a Homeopatia pode contribuir para o êxito do tratamento da constipação intestinal através de um diagnóstico precoce e utilização de medicamento único que melhor cubra a totalidade sintomática do paciente.

## **2. PROPOSIÇÃO**

O presente trabalho visa realizar revisão bibliográfica a respeito da Constipação Intestinal Crônica em Crianças, avaliando a possibilidade da abordagem homeopática auxiliar no diagnóstico precoce e opções de medicamentos homeopáticos passíveis de serem utilizados no seu controle e tratamento.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Constipação intestinal crônica em crianças

Na pediatria, a constipação intestinal representa de 3 a 5% das queixas em consultas de rotina. No entanto, a porcentagem de crianças que apresentam o sintoma pode chegar até 30% se considerarmos os casos leves onde ela não representa a queixa principal.

Maffei et al. (1997 apud BATISTA 2000), avaliando alunos de primeira e segunda série do ciclo básico, na cidade de Botucatu, SP chegou a uma prevalência de 38,4 % o que coloca em evidência como tal sintoma é negligenciado pela família.

Diante de um caso de constipação intestinal, deve-se levar em consideração o extenso diagnóstico diferencial. No entanto, mais de 95 % das crianças constipadas enquadra-se no diagnóstico de constipação crônica funcional, que será objeto de meu estudo neste trabalho.

É importante ressaltar que o diagnóstico de constipação funcional não garante um melhor prognóstico, uma vez que vários autores referem melhoras parciais e alta porcentagem de recidivas.

Episódios de constipação aguda geralmente ocorrem após mudanças nos hábitos alimentares, durante uso de medicamentos e períodos de doenças, onde, além da baixa ingestão de líquidos e alimentos, ocorre diminuição da atividade física. As fases de desmame, iniciação na escola e treinamento de esfíncteres constituem períodos críticos para instalação de constipação intestinal.

Quando conduzidos de maneira inadequada, estes quadros agudos tendem a evoluir para cronicidade. O comportamento de retenção, que normalmente surge

após um episódio de evacuação dolorosa, determina o aparecimento de fezes mais volumosas e mais endurecidas, que provocam mais dor levando a um círculo vicioso, (BATISTA MORAIS, 2012).

Já foram feitas várias tentativas em se encontrar uma definição adequada para a constipação intestinal crônica funcional, pois o hábito intestinal normal varia de acordo com a idade, hábitos alimentares regionais e individuais.

Em 2006, com a finalidade de padronizar o seu diagnóstico, foi incluída no Critério de Roma III, considerando-se duas faixas etárias:

A) Recém-nascido, lactente e pré-escolar: Presença de duas ou mais das seguintes características, em menores de quatro anos, por pelo menos um mês

- Duas ou menos evacuações por semana
- Mínimo de um episódio de incontinência fecal por semana, após aquisição do controle do esfíncter anal.
- Comemorativo de comportamento voluntário de retenção de fezes
- Evacuações com dor ou dificuldade
- Presença de grande quantidade de fezes no reto
- Eliminação de fezes volumosas que obstruem o vaso sanitário

B) Pré-escolar, escolar e adolescente: Presença de duas ou mais das seguintes características, em crianças com desenvolvimento igual ou maior ao esperado para os quatro anos de idade e que não preencham os critérios diagnósticos da síndrome do intestino irritável.

- Duas ou menos evacuações por semana no vaso sanitário
- Mínimo de um episódio de incontinência fecal por semana
- Comportamento de retenção ou retenção voluntária das fezes
- Evacuação com dor ou dificuldade

- Presença de grande quantidade de fezes no reto
- Eliminação de fezes volumosas que obstruem o vaso sanitário

Frente a um lactente com suspeita de constipação é fundamental lembrar duas situações fisiológicas presentes nos três primeiros meses de vida, que muitas vezes podem ser confundidas com constipação pelos familiares e até mesmo pelo médico: a pseudoconstipação, com intervalo entre as evacuações de até três semanas, com fezes pastosas, eliminadas sem esforço e com ganho de peso adequado; e a disquesia, caracterizada por pelo menos 10 minutos de esforço e choro que antecede a eliminação de fezes moles.

É importante ressaltar que em lactentes, raramente a constipação se manifesta com aumento do intervalo entre as evacuações, sendo muito mais comum a eliminação de fezes em cíbalos com esforço.

Devido ao fato desta manifestação clínica não ser contemplada nos critérios de ROMA III, Batista e Tahan (2009), chamam a atenção para a limitação desse critério, principalmente no primeiro ano de vida, uma vez que deixa de diagnosticar os quadros mais leves e que deveriam ser identificados nas consultas médicas de rotina.

A partir da aquisição do controle do esfíncter anal, havendo persistência das evacuações dolorosas, pode iniciar o comportamento de retenção.

Já, nas crianças em idade escolar, a queixa mais comum é a incontinência fecal por retenção, caracterizada por perda de fezes em consequência da formação de fecaloma, o que evidencia claramente a presença de complicações decorrentes de um diagnóstico tardio.

Outros sintomas que podem estar presentes com frequência são: dor abdominal, inapetência, saciedade precoce, distensão abdominal, náuseas e

vômitos, presença de sangue nas fezes, infecções do trato urinário e enurese, (ALMEIDA MOTA, 2014).

No exame físico podemos detectar a presença de massa fecal palpável em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda ou direita, presença de fezes impactadas na ampola retal, fissura anal, plicoma e baixo ganho ponderal, (BATISTA MORAIS, 2012).

Tahan et al., em 2006 destacam a presença de problemas psicológicos secundários à constipação e geralmente relacionados ao comportamento de retenção com escape. Além da baixa auto-estima, pode ocorrer perda da capacidade de enfrentamento, fobias e faltas escolares. Os autores citam estudo realizado em ambulatório da disciplina de gastroenterologia infantil onde foram constatadas intolerância à frustração, fracasso escolar e agressividade.

A abordagem terapêutica da constipação intestinal não pode deixar de lado a educação dos pais e da criança. Deve ser explicado o mecanismo fisiopatológico da constipação e, se for o caso, da incontinência fecal de retenção, deixando claro que se trata de um ato involuntário. Com essa simples medida consegue-se diminuir as tensões familiares e amenizar o sentimento de insegurança e inferioridade geralmente presentes nestas crianças. (BATISTA MORAIS, 2010)

Na presença de fecaloma, deve ser feita a desimpactação através de enemas retais, mais eficientes; ou com altas doses de laxante via oral, que têm a vantagem de serem menos invasivos.

Para a desimpactação via oral pode ser usado polietilenoglicol ou óleo mineral. Salientando que este último não deve ser utilizado em lactentes, crianças com problemas neurológicos ou com risco de refluxo gastro-esofágico, devido ao risco de aspiração e conseqüente pneumonite. (LOPES CARDOSO, 2013)

Para a desimpactação via retal, nos menores de três anos pode ser usado o microenema com o agente osmótico sorbitol e o umectante laurel sulfato de sódio. Nos maiores de três anos pode-se utilizar enema de solução glicerinada a 12% ou de fosfato hipertônico, (BATISTA MORAIS, 2012).

Na fase de manutenção a família deve ser orientada a levar a criança ao banheiro após as principais refeições com a finalidade de aproveitar o reflexo gastrocólico. Deve-se explicar a criança que é importante que ela vá ao banheiro sempre que sentir vontade de evacuar. Caso esteja em treinamento esfinteriano este deve ser suspenso até dois meses após a normalização do hábito intestinal.

O tratamento dietético é feito através de mudanças nos hábitos alimentares e ingestão hídrica adequada, em torno de 30 a 50 ml/kg /dia. Até o momento, os estudos a respeito do benefício da utilização de fibras industrializadas para crianças constipadas não são conclusivos. No entanto, dieta com frutas, vegetais crus, grãos e cereais sempre deve ser incentivada.

A utilização de probióticos é uma estratégia possível para o tratamento da constipação intestinal crônica. Porém, as evidências ainda são escassas e estudos têm mostrado resultados conflitantes a respeito das doses, tempo de tratamento e quais as melhores cepas.

Os laxantes devem ser prescritos em doses individualizadas, com uso diário. De acordo com a Diretriz da Sociedade Norte Americana de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição, pode ser utilizado qualquer um dos seguintes laxantes: lactulose, leite de magnésia, óleo mineral e polietilenoglicol.

O tempo de tratamento é individual. O ideal é que a criança tenha várias evacuações sem dor para que perca o medo de defecar e abandone o comportamento de retenção.

O seguimento a longo prazo de crianças com constipação intestinal funcional tem evidenciado que o quadro se mantém durante a adolescência. Alguns estudos tem demonstrado que a recuperação completa ocorre somente em cerca de 50 a 60 % dos pacientes. A persistência de sintomas parece estar vinculada ao início precoce, à história de constipação na família e à presença de incontinência fecal.

O aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e a introdução de alimentos de transição com conteúdo adequado de fibra alimentar são as principais medidas preventivas.

O treinamento esfinteriano adequado também é de fundamental importância na prevenção da constipação intestinal. O ideal é que seja iniciado somente quando a criança alcançar o desenvolvimento neurológico e motor, pois só assim terá a percepção da chegada das fezes à ampola retal e conseguirá realizar os movimentos para finalizar a defecação, evitando-se a instalação de comportamento retentivo, (ALMEIDA MOTTA, 2014).

## 4. HOMEOPATIA E SEUS FUNDAMENTOS

Modelo terapêutico criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann no século XVII, a Homeopatia se fundamenta em um conceito enunciado por Hipócrates no sec. IV a.C : “ A doença é produzida pelos semelhantes e pelos semelhantes que a produziram o paciente retorna à saúde.”

Hahnemann estabeleceu as bases desta terapêutica sobre quatro pilares:

- a) Lei da Semelhança: toda substância capaz de produzir determinados sintomas (físicos ou psíquicos) numa pessoa sadia e sensível, é também capaz de curar uma pessoa doente que apresente estes mesmos sintomas.
- b) Experimentação no homem são e sensível: é o princípio segundo o qual as experiências com medicamentos devem ser realizadas em homensãos. Consiste na administração repetida de uma determinada diluição homeopática de uma única substância e o registro de todos os sintomas provenientes da sua administração, criteriosa e precisamente observados.
- c) Doses mínimas e dinamizadas: com o intuito de amenizar e evitar os sintomas orgânicos e lesionais, procede-se a uma redução das doses em uma técnica de diluição em água e álcool, em escala centesimal progressiva, tendo o cuidado de homogeneizar cada diluição através das sucussões, que em vez de prejudicar o efeito terapêutico, possibilita maior aquisição de potencial curativo. Ao processo de diluição seguido de sucussão dá-se o nome de dinamização. A Homeopatia, através de diluições sucessivas da substância base, chega a diluições infinitesimais, onde já não existe matéria.
- d) Medicamento único: consiste na utilização de uma substância medicinal por vez. A escolha do medicamento deverá estar baseada na relação de semelhança observada na comparação dos sintomas apresentados pelo paciente (totalidade sintomática) com aqueles assinalados na experimentação (patogenesia). O simillimum será aquele onde

encontrarmos maior semelhança entre a sua patogenesia e os sintomas do doente.

#### 4.1 Rubricas relacionadas à constipação intestinal infantil

As rubricas homeopáticas representam os sintomas e indicam os medicamentos a eles relacionados. Elas estão compiladas de forma sistematizada nos repertórios.

A seguir relaciono as rubricas relacionadas à constipação, com foco na criança.

Reto-Constipação-alternando com diarreia.  
Reto- Constipação-alternando com diarreia- bebês.  
Reto-Constipação-crianças.  
Reto-Constipação-crianças- bebês.  
Reto-Constipação-crianças-recém-nascidos.  
Reto-Constipação-dentição, durante.  
Reto-Constipação-difícil, evacuação.  
Reto-Constipação-dolorosa.  
Reto-Constipação-em pé, evacua mais facilmente quando.  
Reto-Constipação-flatulência com.  
Reto-Constipação-impacção das fezes, por.  
Reto-Constipação-ineficazes, urgência e esforço.  
Reto-Constipação-insuficientes, incompletas, evacuações insatisfatórias.  
Reto-Constipação-mecanicamente, deve remover as fezes.  
Reto-Constipação-permanecem longo tempo no reto, sem urgência, fezes.  
Reto-Constipação-viajando.  
Reto-Constrição, contração, fechamento.  
Reto-Constrição, contração, fechamento- evacuação impedindo.  
Reto-Despercebida, evacuação.  
Reto-Dor- evacuação-antes.  
Reto-Dor-evacuação-durante.  
Reto-Dor-evacuação-após.  
Reto-Dor-evacuação-após- melhora.  
Reto- Em pé-fezes passam melhor.  
Reto- Estreitamento.  
Reto-Fissura.

Reto-Hemorragia-evacuação durante.  
Reto-Hemorragia-evacuação após.  
Reto-Hemorragia-evacuação-difícil, por evacuação.  
Reto-Hemorragia-evacuação-dura, por.  
Reto-Inatividade.  
Reto-Involuntária-evacuação.  
Reto-Prolapso.  
Reto-Prolapso-crianças.  
Reto-Prolapso-esforço-por.  
Reto-Prolapso-evacuação-antes.  
Reto-Prolapso-evacuação-durante.  
Reto-Prolapso-evacuação-após.  
Reto-Retração.  
Reto-Retração-dolorosa.  
Reto-Urgente, desejo-ineficaz.  
Fezes-Bolas, como.  
Fezes-Bolas, como - ovelha, como estrume de.  
Fezes-Cachorro, como de.  
Fezes-Caindo fora.  
Fezes-Carneiro, como esterco de.  
Fezes-Difíceis.  
Fezes-Duras.  
Fezes-Duras-alternando duras e moles  
Fezes-Duras-primeiramente-finas, depois  
Fezes-Duras-primeiramente-fluidas, depois  
Fezes-Duras-primeiramente-massas, depois  
Fezes-Duras-primeiramente-moles, depois  
Fezes-Duras-sangue, com  
Fezes-Empedradas  
Fezes-Enodoadas, nodulares, grumosas  
Fezes-Enodoadas, nodulares, grumosas-primeiramente, depois moles  
Fezes-Escassas  
Fezes- Grandes  
Fezes-Impactadas  
Fezes- Ovelha-come estrume de  
Fezes-Polpudas  
Fezes-Sanguinolentas  
Fezes-Sanguinolentas-raias, em  
Fezes-Secas

## 4.2 Medicamentos homeopáticos relacionados com constipação intestinal infantil

- ALUMINA

Crianças desanimadas, preguiçosas, com dificuldade em despertar pela manhã. Falta-lhes entusiasmo até para brincar. Estão sempre descontentes, dificilmente sorriem. Ofendem-se com facilidade e irritam-se quando contrariadas. Os adolescentes apresentam crise de identidade e confusão mental.

Agravam pelo calor e ao comer batatas. Deseja coisas indigestas ou não comestíveis: cal, terra, gesso, giz, lápis, borra de café, etc. Aversão à carne.

Entre os sintomas físicos mais importantes, destacam-se os relacionados à sua inatividade retal. Evacuam com grande dificuldade e esforço, mesmo que as fezes não sejam endurecidas. Só conseguem evacuar depois de muito tempo sentadas no vaso sanitário. Apresentam falta de vontade de evacuar até que se acumule grande quantidade de fezes, o que pode demorar de uma a duas semanas. As fezes são secas, em bolinhas, como fezes de carneiro, nodosas e recobertas por um muco ou macias e aderentes como argila. Constipação em bebês alimentado com leite de vaca, (VIJNOVISKI, 2014).

- BRYONIA

São crianças que gostam de ficar em casa, sozinhas no seu quarto. É muito comum adoecerem durante viagens. Uma característica marcante é a agravação pelo movimento. Suas dores são paralisantes, em pontadas e aliviam pela pressão na tentativa de imobilizar a região dolorida, (TYLER, 2016).

Seus sintomas predominam do lado direito. Agravam pelas mudanças de temperatura do frio para o calor. Apresentam secura de todas as membranas

serosas e mucosas. Sede violenta, ingerem grande quantidade de água de uma vez a intervalos longos.

Podem apresentar inatividade retal, com fezes ressecadas, endurecidas, volumosas, expelidas com grande esforço. Podem alternar diarreia com constipação.

- CALCÁREA CARBONICA

Crianças obesas e flácidas, com abdome volumoso. Geralmente sorridentes e calmas, com desenvolvimento atrasado. Falta de energia física e mental, (BRUNINI, 1997). Tendência ao raquitismo. Desajeitadas em seus movimentos, não se saem bem nos esportes.

Ansiosas, com pouca iniciativa. Não irão expor-se caso não se sintam seguras, pois detestam que riam delas. Geralmente apresentam dificuldades escolares, mas algumas crianças são bastante esforçadas e podem ter um bom desempenho escolar apesar de não serem inteligentes.

Apresentam vários medos: do escuro, de sombras, insetos, cachorros, trovão, altura, monstros e fantasmas. Apresentam também medo do infortúnio e impressionam-se com os noticiários, temendo que aquela desgraça possa atingi-las. Costumam ser avarentas. Pesadelos frequentes. Um tipo comum de pesadelos apresentados por estas crianças é a visão de rostos horríveis.

Transpiração abundante na cabeça durante o sono. São friorentas, mas sentem muito calor aos esforços, mesmo que leves. Adoecem com facilidade no inverno, apresentando resfriados, infecções de ouvido e garganta. Agravam aos esforços físicos ou mentais, ou por qualquer movimento rápido. É comum sentirem enjoos ao andar de carro.

Aversão à comida quente e à carne. Adoram sorvetes e ovos cozidos.

Dentição atrasada e difícil. Propensas a apresentarem amígdalas e gânglios cervicais aumentados. Músculos fracos, com propensão a torcer os tornozelos. Fechamento tardio das fontanelas.

As fezes são duras, ou primeiro duras e depois moles. Às vezes precisam ser removidas mecanicamente. Uma característica muito marcante, é que se sentem melhor quando constipadas e agravam pela interrupção da constipação através de laxantes, (LAMOTHE, 1999).

- GRAPHITES

Crianças obesas, flácidas, pálidas e apáticas, com fraqueza muscular generalizada. Cansam-se facilmente. Geralmente tem a pele áspera seca, o abdome distendido.

Apresentam um grande complexo de inferioridade, reagindo com ciúmes e inveja. Muito inseguras, indecisas, tímidas e tristes. Têm sempre uma justificativa pronta para qualquer situação de fracasso. São mal educadas e riem ao serem repreendidas, (BRUNINI, 1997).

A maioria é preguiçosa, com lentidão física geral. Por outro lado, costumam ser ansiosas. Tendem a ver problemas em tudo. Quando tensas ou excitadas, tendem a ruborizar e apresentar epistaxes, (BORLAND, 1995).

Friorentas e sensíveis a qualquer tipo de movimento, não toleram bem as viagens. Têm um apetite intenso e ficam irritadas quando passa da hora das refeições. Melhoram comendo. Aversão a doces e a peixes.

Apresentam constantes lesões na pele. Dedos rachados que tendem a sangrar e produzem uma secreção serosa amarelada, espessa e pegajosa. Eczema secretante e úmido em regiões de dobras: atrás das orelhas, nos cantos dos olhos, nos ângulos da boca, virilhas, dobras do cotovelo, dobras do punho e principalmente

em torno do ânus, onde podem formar fissuras profundas e dolorosas. Nos adolescentes, acne importante.

Tendem a apresentar secreção nasal purulenta persistente, otite crônica com perfuração de tímpano com secreção amarelada, escoriante com eczema irritativo no ouvido externo. Também é frequente a hipertrofia de amígdalas com secreção fétida e blefarite crônica. Propensas a crises de cólica abdominal que são aliviadas com leite quente, (BORLAND, 1995).

Constipação intestinal com fezes difíceis de expulsar, que ficam muito tempo no reto sem sentir desejos. Fezes grandes, duras, nodosas, com uma grande quantidade de muco aderente e viscoso, (VIJNOVSKI, 2014).

- KALI BICHROMICUM

Crianças muito sensíveis às humilhações, inseguras, temem ser criticadas, reagindo com tristeza. São mal humoradas e deprimidas. Apresentam memória escassa e dificuldade em concentrar-se. Têm aversão ao trabalho mental e físico.

Falta de apetite e sede aumentada.

Suas dores são bem localizadas (as crianças apontam com os dedos), erráticas, mudando de lugar rapidamente, aparecendo e desaparecendo bruscamente e agravam no tempo frio.

Tendência ao comprometimento de mucosas (olhos, nariz, boca, garganta, brônquios, gastrointestinais e genitourinárias) com eliminação de secreções mucopurulentas, espessas, e aderentes à mucosa afetada. Na evolução podem formar tampões mucosos. Placas catarrais que podem obstruir as vias aéreas, provocando engasgos, pigarros na garganta, sinusite e secreção esverdeada pegajosa em ouvidos.

Constipação com fezes nodosas, secas e escassas ou em uma só massa muito dura, de muito difícil evacuação, seguida de ardor ou de constrição dolorosa do ânus. Constipação periódica, a cada três semanas, (VIJNOVSKY, 2014).

- LACHESIS

Crianças precoces, com excesso de energia. Falam cedo e muito bem.

O núcleo de sofrimento de Lachesis reside na impressão de ter sido abandonado.

Os bebês são intolerantes a qualquer abandono, berrando quando deixados sozinhos. Não gostam de carinhos, mas exigem sempre estar no colo de alguém. Apresentam transtornos após separação da mãe. Dificuldade para adormecer, com sobressaltos no primeiro sono, (LAMOTHE, 1999).

As crianças maiores, apesar de críticas, debochadoras, deladoras e irritáveis, sabem ser sedutoras, simpáticas e comunicativas. Geralmente, devido sua alegria, são elas que conduzem as brincadeiras. Muito loquazes, passando de um assunto a outro. São desconfiadas e ciumentas, tornando-se agressivas. Morde ou tem desejo de morder. Excesso de religiosidade.

Têm evidente lateralidade esquerda, ou sintomas que migram da esquerda para a direita. Intolerância à roupa apertada, principalmente no pescoço, abdome e tórax.

Suas doenças se desenvolvem de maneira súbita e intensa e frequentemente são graves, muitas vezes gerando internações. Tendem a apresentar amigdalites de repetição com dor intensa, apesar do discreto acometimento.

Constipação com evacuação difícil. Fezes duras, escassas e aderentes ou com desejos ineficazes. Intensa constrição anal dolorosa que piora depois de

evacuar. Constipação que se alterna com diarreia, com cólicas violentas, (VIJNOVSKY, 2014).

- LYCOPODIUM

Crianças com aspecto envelhecido. Sistema muscular pouco desenvolvido, principalmente na parte superior do corpo. Cabeça grande, abdômen distendido e membros esguios. Cansam-se facilmente, (LAMOTHE, 1999).

São muito inseguras e procuram afirmarem-se através do autoritarismo. Ou seja, têm uma grande falta de confiança, combinada a um amor pelo poder, (ROUX, 2015).

Os recém-nascidos já tem um choro estridente, exigente para fazer com que sua mãe o atenda.

São crianças irritáveis, ditatoriais, intolerantes á contradição, mas ao mesmo tempo, são emotivas e choronas, gostando de ser bajuladas, (LAMOTHE, 1999).

Amáveis com os mais fortes e duros com os inferiores, com as pessoas fracas e com seus pais. Devido sua insegurança, sofrem por antecipação e tendem a fugir diante das dificuldades. Na escola, são crianças bastante dedicadas, trocam o lazer pelo estudo devido sua necessidade de mostrarem-se melhores que os seus colegas, (LAMOTHE, 1999).

Apesar de dormirem bem, apresentam intenso mau humor ao acordar. Dormem com olhos entreabertos. Friorentos. Lateralidade direita. Tendência a ter tiques faciais. Sintomas pioram entre as 16 e 20 horas.

Apetite excessivo, não tolera passar da hora de comer, mas sacia-se facilmente. Apesar do intenso desejo por doces e tendência a comer fora de hora, tem dificuldade em ganhar peso. Têm preferência por comidas e bebidas quentes.

Tendência a distúrbios digestivos. Apresenta eructação difícil e dolorosa, refluxo gastroesofágico, regurgitações tardias (duas horas após as refeições), importantes cólicas do primeiro trimestre, constipação com esforços ineficazes com tendência a piorar fora de casa e durante viagens. Pode apresentar prolapso retal antes de evacuar. É um dos medicamentos mais flatulentos da matéria médica.

- MAGNESIA CARBONICA

Crianças pequenas, fracas, com odor azedo em todo o corpo, inclusive nas secreções e excreções. A pele é muito seca, quase escamosa. Sua principal característica é a falta de resistência. Apresentam músculos muito flácidos e esgotam-se pelo mínimo exercício físico.

Tem muitos pressentimentos, temores do infortúnio, medo de adoecer, mas melhoram pensando nos seus problemas, (BRUNINI, 1977).

Têm aversão a serem tocadas. São irritáveis, assustam-se facilmente com ruídos ou ao serem tocadas inesperadamente.

Sensíveis ao frio, mas sentem-se melhor ao ar livre. Piora pelo repouso, ao anoitecer e pela mudança de temperatura.

Adoram carne. Têm aversão a todo tipo de vegetais. Nas crianças menores verifica-se uma intolerância ao leite, com vômitos azedos e fezes pastosas pálidas, não digeridas, (BORLAND, 1995).

Cefaleias nevrálgicas muito intensas que tendem a aparecer à noite, ao retornar da escola. Não conseguem adormecer. A dor melhora quando levantam da cama e movimentam-se.

Intestino preso, com fezes duras, que alternam com diarreia espumosa, tendo como particularidade na diarreia, uma parte que afunda e outra espumosa sobrenadante. Eructação e flatos com odor ácido, (BRUNINI, 1997).

- MAGNESIA MURIÁTICA

Crianças ansiosas, principalmente à noite. Acordam sobressaltadas por sonhos ruins. Muito sensíveis aos ruídos e às vozes. Aversão à conversação, preferem ficar sozinhas.

Transtorno por banho de mar (sente-se muito debilitado) e erupção dentária.

São muito sensíveis ao frio e resfriam-se com facilidade, mas preferem ficar ao ar livre. Intolerância ao leite, que é eliminado sem ser digerido, principalmente durante a dentição. Abdome distendido, com borborigmos, melhora eliminando flatos.

Constipação com fezes duras, secas, escassas, grandes, nodosas, semelhantes às fezes de ovelha ou em bolinhas, que saem com dificuldade e se esfarelam ou se fragmentam. Constipação nas crianças durante a dentição. Constipação com desejos constantes e ineficazes, (VIJNOVSKI, 2014).

- MERCURIUS

Crianças com desenvolvimento neuropsicomotor lento. Frequentemente com a boca entreaberta e salivação abundante. Língua marcada pelos dentes e adenopatias cervicais.

São muito exigentes, consigo mesmas e com os outros, podendo tornar-se ditatoriais. Sempre descontentes, colocam defeito em tudo. Teimosas, desobedientes e impulsivas. Demonstram ódio intenso contra os que as ofendem, (BRUNINI, 1997).

Frequentemente são agitadas e apressadas, falam muito rápido. Mal começam uma atividade e já querem terminar, embora possam alternar estados de

agitação e letargia. Têm memória fraca e, com frequência, apresentam dificuldades escolares, especialmente em matemática.

Geralmente mal humoradas, violentas, com alto grau de destrutividade para consigo mesmas e para com os outros. Fazem planos para fugir de casa, tem ideias suicidas. Sono inquieto, com sobressaltos, pesadelos, bruxismo. Medrosas, temem o escuro, (BRUNINI, 1997).

Todos os seus sintomas pioram à noite. Apresentam transpiração noturna viscosa, fétida e abundante. Sede intensa. Agravam pelos extremos de temperatura.

Propensas a infecções catarrais dos olhos, ouvidos e garganta, com tendência à supuração e ulceração. Aftas frequentes. Frequentemente têm problemas no trato digestivo com diarreia seguida de tenesmo violento, com constantes e violentos desejos de evacuar, mesmo depois de tê-lo feito. Pode haver constipação com fezes duras, nodosas e aderentes, difíceis de eliminar, (VIJNOVSKY, 2014).

- NATRUM MURIATICUM

A maioria dessas crianças tem peso e estatura abaixo do normal com tórax estreito e ombros salientes. Os lábios são secos e rachados e frequentemente apresenta fissura profunda no meio do lábio inferior, (ROUX, 2015). Geralmente demoram para aprender andar e falar.

Crianças tristes e irritáveis, que agravam com consolo. São muito tímidas e não conseguem urinar na presença de outras pessoas. Emotivas, choram pela menor emoção. Rancorosas, remoem em solidão sobre as coisas desagradáveis que lhes aconteceram. São discretas, reservadas, educadas, obedientes e responsáveis. Têm aversão à companhia.

Sempre cansadas, física e mentalmente. Costumam apresentar dores de cabeça (como martelos batendo) aos esforços mentais, (ROUX, 2015). Grande desânimo ao despertar.

Intenso desejo por sal, podendo até lambê-lo ou ingeri-lo puro. Sede extrema de grandes quantidades por vez. Permanecem magros, apesar de comerem bem.

Seus sintomas pioram às 10 horas e à beira mar. São sensíveis às correntes de ar e às mudanças de temperatura. Mas também são sensíveis ao sol forte, causando-lhe dor de cabeça.

Resfriados frequentes com secreção aquosa. Têm vários tipos de erupção de pele, desde herpes labial a eczema.

Constipação acentuada, com fezes duras e difíceis de eliminar, provocando escoriações e fissuras anais. Esforços ineficazes; as fezes tendem a retroceder, e são escassas, como se ficassem fezes no reto. Sensação e constrição no reto e ânus ao defecar. Podem alternar constipação com diarreia, (VIJNOVSKI, 2014).

- NITRIC- ACIDUM

Crianças nervosas, irritadiças, frequentes crises de cólera com tremores. Não toleram fracassar, o que faz com que fiquem fora de si. Guardam mágoas e não perdoam, sendo extremamente vingativas. Não se comovem com explicações ou pedidos de desculpa, (BRUNINI, 1997).

Dores em pontadas ou agulhadas com sensação de ter uma lasca de madeira enfiada na carne. Odor fétido de todas as suas secreções e eliminações, principalmente da urina.

Desejo de gorduras e de coisas não comestíveis (cal, tijolo, gesso, lápis). Aversão a doces.

Apresentam, com frequência, fissuras ou feridas ulceradas que sangram ao contato. Úlceras de comissuras, queilites, assaduras de dobras, intertrigos, assaduras em cantos de pálpebras. Geralmente suas lesões localizam-se nos orifícios do corpo, na região de transição cutâneo mucosa de boca, nariz, ânus, meato uretral, vagina e vulva. Lentidão na cicatrização de ferimentos. Prurido até sangrar nos eczemas.

Aftose e estomatite de repetição. Língua geográfica.

Constipação que se alterna com diarreia. Fezes duras e secas, difíceis de expulsar, com desejos ineficazes, a expulsão é insuficiente, ou fica com a sensação de que ainda tem fezes no reto. Constrição espasmódica do ânus enquanto defeca e depois. Constipação dolorosa. Escoriação anal pelas fezes, fissuras e erupções perianais, (VIJNOVSKI, 2014).

- NUX VOMICA

Crianças nervosas, intolerantes ao fracasso, irritando-se diante de pequenos obstáculos. Muito exigentes consigo e com os outros. Quando insatisfeitas são extremamente impulsivas, chegando a ser violentas, (BRUNINI, 1997).

Não toleram injustiças contra si ou contra os outros. Ofendem-se facilmente. Desobedientes. Não suportam contrariedades, tornando-se muito agressivas, às vezes com crises de tosse e choro com espasmos. Irredutíveis e inconsoláveis. Sempre estão em movimento, rápidas e eficazes.

Hipersensibilidade à luz, ruídos, odores, ao toque, etc. Tem sobressaltos por ruídos e sentem muitas cócegas. Hipersensibilidade ao frio seco e às correntes de ar, tendo aversão pelo ar livre. Seus sintomas aparecem ou pioram pela manhã.

Desejo de alimentos gordurosos e condimentados, de coisas não comestíveis (lápiz, terra, giz, gesso).

As emoções se somatizam principalmente no sistema digestivo, sob a forma de espasmos, com movimentos antiperistálticos, o que leva a esforços dolorosos e ineficazes para vomitar e eliminar as fezes ou gases, (LAMOTHE, 1999).

Evacuam com grande dificuldade, as fezes são duras e secas, grandes ou escassas, podendo ter estrias e sangue. Podem apresentar prolapso retal e dor no ânus e reto que melhoram com as evacuações, (VIJNOVSKI, 2014).

- OPIUM

Crianças com aspecto envelhecido. Desatentas, sonhadoras, mentirosas com dificuldade de concentração, (BRUNINI, 1997).

O medo está entre os principais fatores de desestabilização, mas qualquer estado emocional intenso pode gerar um desequilíbrio, como por exemplo, um grande sofrimento, uma enorme alegria, uma repreensão severa, uma grande vergonha, etc, (LAMOTHE, 1999).

Suores quentes com extremidades frias.

Sua principal característica é a ausência de reação; que se manifesta principalmente na insensibilidade, com ausência de dor em situações habitualmente dolorosas, (VIJNOVSKI, 2014).

Frente ao choque emocional podem apresentar as seguintes manifestações psicossomáticas:

Distúrbios do sono: insônia, hipersonia, sonambulismo, chora dormindo, fala dormindo, sobressaltos, pesadelos.

Distúrbios psíquicos: apatia (abulia, preguiça, distúrbios da memória, insegurança, indiferença as alegrias e aos sofrimentos); agressividade ou excitação (necessidade e contar coisas engraçadas, audácia, caprichos, acessos de riso, sensação de ter muita força, etc.)

Distúrbios alimentares: anorexia nervosa e bulimia.

Distúrbios do trânsito intestinal: constipação crônica atônica até a oclusão por fecaloma, com agravação durante viagem. Fezes em cíbalas, duras, redondas e negras. É um dos medicamentos mais importantes na constipação em crianças. Também podem apresentar diarreias com incontinência de fezes, com ansiedade e medo.

Convulsões: espasmos do choro após susto, surpresa, sofrimento.

Patologias respiratórias: asma, laringite.

Outras: retenção de urina, enurese, vertigem, cefaleias, tiques e tremores, afonia.

- PHOSPHORUS

Crianças esbeltas, fatigáveis, com rosto pálido, olhos fundos com olheiras, (BRUNINI, 1997).

Phosphorus tem duas faces, podendo ter aversão a qualquer tipo de comunicação, com tendência ao isolamento; mas geralmente são altamente sociáveis, com grande facilidade de comunicação. Gostam de ter muitos amigos e possuem um grande senso de fraternidade, (ROUX, 2015).

O medo é uma das suas principais características, sendo os mais importantes os de escuro, de ficar sozinhas e de tempestades.

Possuem um lado artístico, com facilidade para o aprendizado de música. Também desenham e pintam muito bem e são caprichosas nas suas lições. Grande sensibilidade ao nível da paranormalidade, com frequentes os relatos de clarividência, (BRUNINI, 1997).

Gostam de mudanças e viagens. Sonambulismo pode estar presente. São hipersensíveis Adoram ser acariciadas, magnetizadas. Crianças animadas e encantadoras. Compreensivas quando repreendidas. Raramente ficam bravas.

A forma mais frequente é a sicótica, onde vemos crianças comunicativas, criativas, hipersensíveis, generosas, imaginativas, líderes e mais corajosas que ansiosas, ( LAMOTHE, 1999).

Na forma psórica, também muito frequente na pediatria, encontramos crianças imaginativas, intuitivas, hipersensíveis, com tendência artística ou literária, mas bloqueadas pelo seu medo e timidez, (LAMOTHE, 1999).

Na forma sífilítica, mais rara, as crianças terão seu desenvolvimento psicomotor e psicoafetivo desarmônico. Podem estar agitadas, violentas, desobedientes e discutidoras, (LAMOTHE, 1999).

Ruborizam-se por qualquer excitação ou depois de comer alimentos quentes. Adoram alimentos salgados e condimentados. Têm muito apetite. Aversão à comida e bebidas quentes. Têm bastante sede, de grande quantidade de cada vez, de bebidas frias ou geladas.

Muito sensíveis às mudanças bruscas de temperatura. São friorentos e não gostam de tirar a roupa. Transpiram facilmente. Agravam pela tempestade e pelo vento e melhoram com massagens.

Seus resfriados tendem a afetar a parte mais baixa do sistema respiratório, com a possibilidade de aparecimento de bronquite ou tosse crônica. Também podem ser acometidos por problemas renais, hepáticos e hemorragias, principalmente epistaxe, (BORLAND, 1995).

Constipação com fezes muito características: grandes, finas, duras e muito secas, esbranquiçadas e evacuadas com grande esforço, semelhantes às fezes de cachorro, (VIJNOVSKI, 2014).

- SEPIA

Crianças pequenas e magras, com hipotonia muscular e frouxidão ligamentar. Retardo no fechamento das fontanelas. A pele é opaca, e amarelada, frequentemente com anomalias melânicas. O lábio inferior pode apresentar múltiplas fissuras. Hipertricose com bigode fino característico nas meninas e lactentes. Unhas distróficas, (LAMOTHE, 1999).

Tristes, sem disposição e sem interesse até pelos seus brinquedos. Atitude negativa em relação a tudo. O núcleo da personalidade de Sepia é sua incapacidade de sentir amor. Crianças reservadas, não gostam de brincar com outras crianças e detestam ir a festas, mas quando chegam lá, deixam-se conduzir pela alegria dos outros, pois melhoram pelas brincadeiras e dança, (BORLAND, 1995).

Na relação com a família, crianças menores são afetuosas, tem medo dos estranhos (adultos ou crianças) e permanecem agarradas aos seus pais. Preferem a companhia dos adultos, tendo grande dificuldade de socialização na escola. Já, os adolescentes serão mais fechados, até mesmo hostis, (LAMOTHE, 1999).

Muito irritáveis, não toleram contradições. Têm aversão ao consolo. Tendência à dislexia e disortografia, com consequentes dificuldades escolares. Podem apresentar falta de concentração ou confusão mental, especialmente em relação à orientação no tempo.

Medo da tempestade, mas fascinadas por relâmpagos. Acordam tristes e sem ânimo. Só ficam bem no meio do dia.

Transpiração excessiva, especialmente em axilas, mãos e pés. Coceiras na pele, sem muitos sinais de erupção e não sentem alívio ao coçar-se.

Anorexia crônica. Náuseas e vômitos frequentes, principalmente ao andar de transportes e no café da manhã. Aversão ou intolerância ao leite. Desejo de alimentos ácidos e de chocolate.

Tendência a desmaiar quando permanecem muito tempo em pé ou quando ficam em uma posição fixa em ambiente fechado. É frequente o hábito de balançar a cabeça para frente. Sintomas aparecem ou pioram pelo frio. Lateralidade esquerda.

Quase sempre são constipadas, com desejos ineficazes, fezes endurecidas, em bolas. Gases e dores abdominais. Enurese, geralmente no primeiro sono. Leucorréia também é frequente.

- SILICEA

Crianças magras, com cabeça grande, abdome volumoso e flácido. Aparência envelhecida. Músculos pouco desenvolvidos e hipotônicos. Frágeis e facilmente fatigáveis. (ROUX, 2015) Dificuldade em ganhar peso, apesar de um apetite normal. Dificuldade em assimilação de nutrientes.

Retardo no fechamento da fontanela. Dentição lenta, retardo na marcha e na fala.

Transtorno por separação precoce da mãe. Muito agravadas pela menor falta de afeto, pela menor separação. Inseguras, o que as tornam muito introvertidas e indecisas. Medo por antecipação e medo de fracassar. Perfeccionista. Geralmente gentis, discretas e obedientes, mas podem ser teimosas. Embora hesitantes, não são crianças totalmente passivas, muitas vezes ficam bravas, mas logo se acalmam. Quando repreendidas, choram durante horas e recusam qualquer consolo. Adoecem após um susto, uma crítica ou repreensão, pois agravam pela contradição, mas

nunca serão agressivas. Apesar de hipersensíveis e impressionáveis, não são compassivas, (ROUX, 2015).

Medo de agulhas, de situações novas, de escrever. Lentidão intelectual, suas maiores dificuldades estarão nas matérias literárias. Pensa mais rápido do que escreve. É melhor em matemática.

Não suporta alimentos quentes. Aversão pela carne e pelo leite. Coloca pedrinhas na boca. Desejo de alimentos crus.

Suores ácidos na cabeça no primeiro sono. Suores fétidos nos pés. Intensa fragilidade ao frio.

Bossa e cefalo-hematoma. Estreitamento do canal lacrimal com supurações prolongadas. Supurações de repetições, principalmente em vias respiratórias, mas também podem apresentar impetigo e furunculose. Predisposição a asma e rinite.

Constipação rebelde por inatividade ou paralisia retal, fezes que retrocedem. Fezes duras, secas, nodosas, grandes, com odor fétido. Podem apresentar diarreia com tendência a agravar pela dentição, pelo frio e pela ansiedade.

Hipersensibilidade às picadas de insetos. Cicatrização lenta com infecção secundária.

- SULPHUR

Sulphur magro: crianças altas e magras, com cabeça grande e pernas finas, frequentemente com abdome volumoso e tórax pouco desenvolvido. Não têm uma boa postura. Geralmente pálidas, com a pele áspera e seca, com tendência a rachaduras quando expostas ao tempo. Não são propensas à sudorese. Adoram ficar sem roupa.

Geralmente tem menos vitalidade, menos iniciativa, cansam-se mais facilmente, mas se forem devidamente estimuladas podem se tornar vivazes. São

propensas ao choro e irritam-se com o consolo. Tendência à diarreia crônica a partir das 4 horas da manhã, com fezes fétidas.

Sulphur gordo: crianças corpulentas, desajeitadas e pesadas nos movimentos. Cabeça acentuadamente grande. Coradas, transpiram facilmente e apresentam extremidades avermelhadas. Geralmente são mais temperamentais, discutidoras, impacientes e muito críticas. Frequentemente insatisfeitas com tudo. Acham que estão sendo injustiçadas e muitas vezes sentem-se subestimadas. Detestam receber conselhos, acham que sabem o que fazer e como fazer. A constipação crônica é um sintoma marcante e geralmente grave, acompanhada de distensão abdominal, sonolência pós-prandial e crises de cólica. As fezes são muito grossas e endurecidas. Desejos frequentes com esforços ineficazes, muita dor e evacuação insuficiente. A criança tem medo de evacuar e às vezes acaba desistindo ao primeiro esforço.

As crianças Sulphur, no geral, são criativas, transformam objetos em brinquedos. Bagunceiras, não conseguem manter suas coisas em ordem. Valorizam excessivamente as suas coisas, acham que sua casa é a mais bonita, sua bicicleta é a melhor, etc. Também demonstram uma surpreendente noção de dinheiro, uma criança bem pequena já tem o senso de valor bem definido, (ROUX, 2015). Interesses por assuntos filosóficos e religiosos.

Sempre estão com um aspecto sujo e desarrumado. Não gostam de tomar banho e exalam um cheiro desagradável.

Necessidade de ar livre e ambientes frescos. Sintomas agravados pelo calor e pelo banho.

Durante a febre costumam apresentar ondas de calor alternado com calafrios. Ardência marcante pelo corpo, principalmente nos pés, que descobrem

enquanto dormem. Mesmo nos dias frios vivem com os pés descalços e para fora da cama, (LAMOTHE, 1999).

Hipersensível aos maus odores, náuseas com o odor do seu próprio corpo e das suas fezes.

Apetite exagerado, ficando famintas às 11 horas e irritadas se tiverem que esperar pela hora do almoço. Intenso desejo por doces e comidas picantes. Indisposição digestiva provocada por leite, podendo apresentar náuseas, vômitos e diarreia.

Sonolentas durante o dia, principalmente após as refeições. À noite costumam a pegar no sono e logo após adormecerem acordam com ataques de riso. Não suportam ficar em pé, nem que seja por pouco tempo, (ROUX, 2015).

Resfriados e infecções de ouvido frequentes. Podem desenvolver asma. Apesar de desejar ar livre e ter grande necessidade de oxigênio, são sensíveis às correntes de ar, que agravam todos os seus sintomas respiratórios, (ROUX, 2015).

Constantes problemas de pele com irritação importante. As lesões agravam pelo calor (quarto quente, cama quente, sol quente, roupa quente, banho quente), e melhoram ao coçar. Este sintoma tende a incomodar muito mais à noite, independente do calor. Tendem a apresentar uma forte irritação em todos os orifícios (nariz, ouvido, boca, uretra e ânus), com calor, hiperemia e prurido, (LAMOTHE, 1999).

- VERATUM

Crianças egocêntricas, não toleram limites, sempre insatisfeitas Intolerantes à contradição. Críticas, insolentes, com tendência para caluniar. Têm forte sentimento religioso, não dormem sem fazer suas orações, (BRUNINI, 1997).

Seus sintomas agravam à noite. Podem ter delírios, acordam gritando, jogam o travesseiro e por minutos não reconhecem nada. Comem seus próprios excrementos (fezes, secreção nasal), (BRUNINI, 1997).

Sede insaciável, bebem muita água gelada. Apetite voraz. Desejo de alimentos salgados, de frutas (principalmente as ácidas), de coisas refrescantes ou succulentas. Aversão a alimentos quentes.

Frio intenso generalizado ou em algumas partes, mesmo que esteja muito agasalhado. Suores frios na testa, acompanhando todos os seus sintomas.

Constipação crônica com inatividade retal e desejos ineficazes; com fezes duras e grandes, ou em cílabas. O esforço da defecação é tão intenso que chega a provocar um esgotamento físico. A face fica coberta com suores frios.

## 5. CASOS CLÍNICOS

A abordagem homeopática se diferencia, entre outras coisas, pela sua anamnese criteriosa na busca dos sintomas que possam melhor caracterizar o indivíduo (totalidade sintomática).

Partindo da totalidade sintomática podemos estabelecer a Síndrome Mínima de Valor Máximo, ou seja, o menor número de sintomas que represente a individualidade do paciente.

Na composição da Síndrome Mínima de Valor Máximo devem estar presentes os sintomas raros, repetitivos, acentuados, inexplicáveis, estranhos e peculiares.

Estabelecida a Síndrome Mínima de Valor Máximo poderemos partir para a repertorização propriamente dita, que consiste na busca do medicamento que melhor cubra a totalidade sintomática, utilizando como ferramenta o repertório.

A seguir apresento o relato de dois casos clínicos, sendo o primeiro atendido em meu consultório e o segundo retirado de um trabalho de conclusão de curso.

Paciente: M.K.L.K. Sexo : Feminino 4 anos

Informante: mãe

Primeira Consulta: 14/09/2016

Queixa: Intestino muito preso.

Ela fica de sete a dez dias sem evacuar. As fezes são muito grandes e duras. Tem muita dor para evacuar, chega até a chorar. Ultimamente tem prendido a evacuação, fala que não quer soltar.

Quando não consegue mais segurar, escapa um pouco de fezes e suja a calcinha. A primeira vez que ela ficou com o intestino preso foi com seis meses

de idade quando mudamos para Goiânia, mas melhorou logo. No final do ano passado, quando viajamos para o Sul, ela ficou novamente com o intestino preso. Prendeu a evacuação. Falava que não queria ir ao banheiro, pois não estava na sua casa. Tentei colocar a fralda, mas como já estava há vários dias sem evacuar, resistiu muito. Sentia muita dor. E também ela tem nojo das fezes, não quer sentir o cheiro, quer sair logo de perto. Se recusa a olhar para as fezes. Pede para mim limpá-la logo e para espirrar aromatizador no banheiro. Há algum tempo atrás também teve um episódio em que prendeu a urina e demonstrou nojo do cheiro da urina. Na verdade ela tem nojo de vários cheiros. Também tem nojo do cheiro de fritura, de cebola refogada, de amaciante e de ovo frito.

Fale um pouco sobre a M.K.

Ela tem uma personalidade muito forte. Com as amigas ela grita, chora e até bate se for preciso. Quando contrariada, fica extremamente irritada, grita, chuta, bate. Se defende com todas as formas que conhece. Não se intimida com nada. Já aconteceu de eu dar umas chineladas e aí ela grita mais ainda. Também não melhora se tentarmos acalmá-la. Só melhora mesmo quando é feita a sua vontade. Mas quando não está nervosa é uma criança muito doce, gosta de abraçar, beijar, fazer carinho.

Do que ela tem medo?

De escuro. Não fica sozinha no escuro de jeito nenhum.

E como é o seu sono?

Demora muito para pegar no sono. Eu tenho que deitar junto e contar histórias. Dorme com um cheirinho, que é um cobertor que arrasta pela casa toda. O sono é muito agitado, se vira de um lado para o outro, fala dormindo, acorda gritando.

Como é a sua sede?

Ela tem pouca sede. Não pede água.

E a transpiração?

Transpira muito durante o sono.

Como ela reage à temperatura?

É calorenta, arranca a coberta, não deixa colocar meia.

O que ela gosta de comer?

Doce. Muito doce. Desejo fora do normal. Entra em crise se não for atendida. Uma vez ela pediu um doce no Shopping e eu não dei. Ela entrou em uma crise e começou gritar, bater, chutou longe um daqueles cavaletes de aviso de piso molhado.

Antecedentes Pessoais:

Neonatais: Parto cesáreo

Peso de nascimento: 3250g

Estatura de nascimento: 49,5cm

Patológicos: Otite média aguda à direita.

Dislipidemia.

Rinite alérgica.

Exame Físico:

Peso: 15.700g    Altura: 103

Presença de massa abdominal palpável em flanco esquerdo

Sem outras anormalidades.

A) Síndrome Mínima de Valor Máximo

Mental: Cólera por contradição.

Mental: Sensível, hipersensível, odores à.

Generalidades: Calorento.

Retos: Constrição, contração, fechamento, etc, evacuação durante.

Retos: Dor, evacuação, durante.

Alimentícios: Doces, desejo.

B) Diagnóstico clínico:

Constipação crônica funcional

C) Diagnóstico medicamentoso:

*Lycopodium clavatum*

D) Conduta:

*Lycopodium clavatum* 12CH. Tomar três glóbulos três vezes na semana.

Retorno em dois meses

Primeiro retorno: 18/11/2016

Logo nos primeiros dias de tratamento, começou apresentar vontade de evacuar com grande frequência, mas ainda tentava prender. Aumentou o número de escapes. Quase desisti, mas no quinto dia evacuou no banheiro da escola. Em casa continuou com resistência em ir ao banheiro. Ainda evacua na roupa, mas com intervalos menores. Algumas vezes, com muita insistência, eu consigo leva-la ao banheiro. Achei que melhorou bastante, as fezes já não estavam tão duras e também já não sentia tanta dor, mas há uma semana piorou. As fezes ficaram endurecidas novamente. Melhorou a agressividade, está mais tranquila, o sono está melhor. Pedindo menos doce e quando não cedo ela já não faz escândalo.

Conduta: *Lycopodium clavatum* 18 CH três glóbulos três vezes na semana.

Contato telefônico em 25/11/2016, uma semana após o aumento da potência, mãe relata que novamente intensificaram os escapes. Apresentou um novo episódio de evacuação espontânea durante o banho, na banheira. Demais sintomas prosseguiram com melhora.

Conduta mantida.

Contato telefônico em 05/12/2016, mãe mostra-se preocupada, pois iria sair em viagem de férias e temia que piorasse durante a viagem. Aumentado a potência para 30 CH uma vez ao dia.

Segundo retorno: 26/01/2017

Logo depois que mudamos a potência, começou a evacuar no banheiro. Vai ao banheiro sozinha, só me chama para limpá-la. Está evacuando a cada dois dias e as fezes estão normais. Está muito mais maleável no temperamento, mais tranquila, mais feliz.

Conduta mantida.

A seguir, apresento o resumo de um caso clínico extraído de uma monografia para conclusão de curso de homeopatia no ano de 2004, cujo título é: “Hiperatividade e déficit de atenção com tratamento homeopático”.

Paciente de 11 anos, do sexo masculino, em acompanhamento com fonoaudióloga e neuropediatra, chega à consulta com múltiplas queixas de dificuldades escolares.

À pergunta “Como funciona o intestino?” a mãe responde “Ele sempre foi muito ressecado, demora muito para evacuar e tem as fezes duras desde pequenininho”.

O sintoma constipação com fezes duras foi utilizado na composição da Síndrome Mínima de Valor Máximo com a seguinte linguagem repertorial: Reto – constipação difícil evacuação, somado com Fezes-fezes duras. O diagnóstico medicamentoso foi de *Silicea terra*, que foi utilizada como medicamento único na diluição cinquenta milisemal.

No segundo retorno, em quatro meses, o paciente já estava com seu hábito intestinal normalizado.

## 6. DISCUSSÃO

As manifestações clínicas de constipação intestinal variam de acordo com a faixa etária e, em muitos casos as mães não percebem a constipação intestinal nos seus filhos. É necessário que se faça um interrogatório detalhado do hábito intestinal da criança. Além do número de evacuações, também deve ser questionado as características das fezes, a dificuldade de eliminação assim como a presença de dor ao evacuar.

O médico homeopata, pela natureza de sua prática, sempre buscando individualizar o paciente através de seus sintomas mentais, gerais e locais bem modalizados possui uma maior possibilidade de reconhecer o sintoma precocemente.

Na criança, devido à dificuldade da seleção correta dos sintomas mentais, podemos utilizar com segurança os sintomas gerais e locais bem modalizados. Neste contexto, a valorização do hábito intestinal, das características das fezes e o desconforto ao evacuar assumem grande importância.

Nos casos clínicos apresentados observamos duas situações distintas. No primeiro, a constipação constituía a queixa principal da consulta e já se encontrava em uma fase avançada, geralmente de difícil manejo. Apesar disso, a evolução foi bastante favorável, com melhora significativa dos sintomas em curto espaço de tempo.

No segundo caso, apesar do paciente apresentar constipação intestinal há vários anos, esta não foi relatada de forma espontânea pela mãe. Os sintomas relacionados à constipação foram selecionados para a composição da síndrome mínima de valor máximo e o paciente foi tratado de acordo com o preceito unicista,

apresentando melhora evidente em uma queixa secundária, que quando não devidamente tratada, pode acarretar complicações de ordem física e psíquica, inclusive com graves alterações na dinâmica familiar.

## **7. CONCLUSÃO**

Com esta revisão podemos perceber que a Constipação Intestinal Crônica é bastante complexa, podendo envolver múltiplos fatores causais e complicações de ordem física e psíquica.

Constatamos que é um sintoma subestimado pela família, apresentando-se como queixa espontânea durante a consulta, somente nos casos mais avançados.

O acompanhamento a longo prazo de pacientes tratados com medicamentos alopáticos tem demonstrado elevado índice de recidiva.

Por outro lado, observamos que quando o diagnóstico e a consequente abordagem terapêutica são realizados precocemente, podemos diminuir a incidência de complicações e recidivas.

Baseado no exposto acima, entendemos que na Homeopatia, buscando tratar a totalidade sintomática do paciente com a utilização de medicamento único, podemos obter a melhora da constipação intestinal crônica, mesmo sendo esta queixa subestimada pela família.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA MOTTA, M.E.F.; PONTES SILVA, G. A, Constipação Crônica, In: CAMPOS JÚNIOR, D.; RABELO BURNS, D. A. ; ANCOVA LOPEZ, F. **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 3ª ed, São Paulo, Ed Manole, 2014, Seção 14, Cap. 13, p. 1143- 1154.

BATISTA MORAIS, M. Constipação Intestinal. **JP**, Rio de Janeiro, 2000, 76(Supl.2)

BATISTA MORAIS, M; TAHAN, S. Constipação Intestinal. **PM**, São Paulo, v.45, n.3, p. 79-98, Abril, 2009.

BATISTA MORAIS, M., Constipação Intestinal, In:\_\_\_\_. **Gastroenterologia e Hepatologia na prática pediátrica**. 2ª ed, São Paulo, Ed Atheneu, 2012, Cap 13, p.129-138.

BIGÉLLI, R.H.M.; FERNANDES, M.I.M.; GALVÃO, L.C. Constipação Intestinal na criança. **Medicina, Ribeirão Preto**, 37: 65-75, jan./jun. 2004.

BORLAND, D. **Tipos de Criança**, Rio de Janeiro, Instituto de Homeopatia James Tyler Kent, 1995.

BRUNINI, C. **A criança de...** .2ª ed, São Paulo, Ed. PROL, 1997, vol. 1 e 2.

GALVÃO ALVES, J. Constipação intestinal. **JBM**, v.101, n.2, mar./abr., 2013

KOSSAK-Romanach, Anna. **Homeopatia em 1000 conceitos** 3ª ed. São Paulo: Ed ELCID, 2003.

LAMOTHE, J. **Homeopatia Pediátrica**. São Paulo, Ed Andrei, 1999.

LINHARES, W. **Homeopatia em Pediatria**, 3ª ed, São Paulo, Ed Typus. 1992

LOPES CARDOSO, A. Constipação e cólicas na infância: causas e manejo. **PM**, v.49, n.4, Abr, 2013.

LOMBARDI, A. P.; CESAR, C.L.; SALVIA, T.D. Hiperatividade e déficit de atenção com tratamento homeopático. 2004, 120p Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Escola Paulista de Homeopatia, São Paulo, 2004.

MORAES BOURROUL, M.L., et al. Constipação Intestinal Crônica. In: LINS SUCUPIRA, A.C.S., et al. **Pediatria em Consultório**, 5ª ed, São Paulo, Ed Savier, 2010, Cap. 45, p.627-644.

PUSTIGLIONE, M. **O Organon da arte de curar de Samuel Hahnemann para o século XXI**, 1ª ed, São Paulo, Ed Organon, 2010.

RAMOS ASSUNPÇÃO, I. **Blucher Medical Proceedings**. A criança com constipação intestinal. n.4, v.1, nov. 2014

RIBEIRO FILHO, A. **Repertório de Homeopatia**, 2ª ed, São Paulo, Ed. Organon, 2014

ROUX, Patricia; **Homeo-Kids**, 1ª ed, Ed Narayana, 2015

SILVA MEDEIROS, L.C.; et al. Características clínicas de pacientes pediátricos com constipação crônica de acordo com o grupo etário. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 44, n.4, out./dez. 2007.

TAHAN, S. et al. Constipação Intestinal em Pediatria: diagnóstico e tratamento. **PM**, São Paulo, v.42, especial, p. 79-86, Julho, 2006.

TYLER, M.L. **Retratos de Medicamentos Homeopáticos**, São Paulo, Ed Organon, 2016

VIJNOVSKY, Bernardo. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**, 2ª ed. São Paulo: Ed Organon, 2014.