

CÓLICA EM RECÉM-NASCIDO E LACTENTE: revisão da literatura

Fanny Sarfati KOSMINSKY^a
Amélia Fumiko KIMURA^b

RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a manifestação clínica da cólica que comumente afeta os bebês na fase inicial de vida. O texto aborda a definição do quadro clínico, fatores etiológicos e associados, condutas mais adotadas e estudadas para o alívio e tratamento da cólica do lactente. Analisaram-se publicações de periódicos nacionais e internacionais cadastradas nas bases de dados informatizadas *MEDLINE* e *LILACS*, com acesso disponível na BIREME, Bibliotecas da USP e pelo Portal da CAPES.

Descritores: cólica; recém-nascido; enfermagem pediátrica.

RESUMEN

Se trata de una revisión de literatura sobre la manifestación clínica del cólico que comunmente afecta a los bebés en la fase inicial de su vida. El texto aborda la definición del cuadro clínico, factores etiológicos y asociados, conductas frecuentemente adoptadas y estudiadas para el alivio y tratamiento del cólico del lactante. Fueron analizadas publicaciones de periódicos nacionales e internacionales registradas en las bases de datos informatizadas MEDLINE y LILACS, con acceso disponible en la BIREME, Bibliotecas de la Universidad de São Paulo y por el Portal de la CAPES.

Descriptorios: cólico; recién nacido; enfermería pediátrica.

Título: Cólicos en recién nacidos y lactentes: revisión de la literatura.

ABSTRACT

This paper is a literature review on excessive crying and colic that affect babies during their first period of life. This text presents the clinical definition, etiology, colic associated factors and interventions to relief and treatment of infant colic. Articles published in medical and nursing journals indexed at MEDLINE and LILACS computerized database available in the libraries of BIREME, Universidade de São Paulo and CAPES homepage were analysed.

Descriptors: colic; infant, newborn; pediatric nursing.

Title: Colic in newborn and infant: a literature review.

^a Enfermeira Obstétrica. Mestranda da área de concentração em Enfermagem Obstétrica e Neonatal do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^b Enfermeira Obstétrica. Profa Dra do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde que prestam atendimento ao binômio puérpera-recém-nascido deparam-se, com certa frequência, com queixas maternas de dificuldade em lidar com o choro excessivo e ininterrupto do filho com algumas semanas de vida. Esta queixa tem início por volta da segunda semana de vida, estendendo-se até o sexto mês, e são identificadas como cólica do lactente. Frente a esta ocorrência, surpreendem-se com a dificuldade vivenciada pelos pais para lidarem com a cólica do filho, acreditando que tais dificuldades são decorrentes da inexperiência e insegurança de assumir o novo papel materno/paterno, assumindo uma conduta profissional de valorizar esta queixa como uma ocorrência transitória e indicando algumas práticas como massagens, calor local, entre outras, para ser realizado quando a mãe identificar o sintoma.

O que se observa na prática assistencial é que as mães, particularmente aquelas que estão tendo a sua primeira experiência de maternidade, acabam recorrendo aos aconselhamentos de familiares, especialmente mães, tias, avós e amigas, que já tiveram filhos. Entretanto, as condutas adotadas para minimizar este desconforto manifestado pelo bebê nem sempre surtem resultados satisfatórios, deixando-as angustiadas por não conseguirem aliviar o mal estar do filho. As intervenções recomendadas tanto por profissionais de saúde como pelos familiares e amigos limitam-se a fornecer algumas informações de cuidados de alívio da cólica como segurar o recém-nascido em posição ventral com o abdome apoiado na palma da mão da mãe, aplicação de calor local, manutenção do contato corporal, manutenção do aleitamento exclusivo e restrição da dieta materna para alimentos que possam produzir flatulência.

Estas práticas, na observação empírica profissional, muitas vezes não se mostram efetivas para acalmar ou reduzir os sintomas de desconforto do bebê. As medidas de intervenção ado-

tadas costumam estar baseadas em crenças populares e tradições e o choro ininterrupto, acompanhado de sinais de irritabilidade, desconforto e dor do bebê, acabam desaparecendo espontaneamente com o decorrer do tempo.

Assim, algumas questões da nossa prática assistencial foram identificadas, as quais buscávamos respostas: quais são os agentes etiológicos que causam a cólica do recém-nascido? Quais grupos de recém-nascidos são mais vulneráveis a apresentar cólica? Existem práticas de intervenção que sejam efetivas para o alívio do desconforto/dor do recém-nascido? que evidências científicas existem sobre a cólica do recém-nascido?

Esta constatação levou-nos a questionar e a buscar compreender a **cólica do bebê** como uma manifestação clínica e da necessidade de intervenção, já que demanda mobilização materna na tentativa de resolver um problema identificado com o filho, saindo em busca de ajuda profissional.

Com base nestas considerações, realizamos uma revisão literária da produção de conhecimento sobre o tema com objetivo de verificar o estado de arte sobre a cólica neonatal.

2 REVISÃO LITERÁRIA

2.1 Definição, sinonímia e características da cólica

O choro é a primeira forma de comunicação social do bebê, sendo considerado uma manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida^(1,2). Pode sinalizar sede, fome, sono, fraldas sujas, desconfortos relacionados à temperatura ambiente, posição desconfortável, roupas apertadas, aerofagia, cólicas, vontade de ser aconchegado, entre outros⁽³⁾.

Um certo grau de choro em recém-nascido é esperado nos bebês normais, que vivem em ambiente tranquilo e equilibrado emocionalmente⁽⁴⁾.

A cólica neonatal é um fenômeno muito freqüente no primeiro trimestre de vida, caracterizado por comportamento de irritação, podendo persistir, às vezes, por períodos mais longos.

A cólica do bebê também é consagrada pela expressão inglesa *three months colic*⁽³⁾.

A análise da literatura identificada possibilitou verificar que há tanto uma definição consensual entre os autores, bem como em relação aos sinais e sintomas da cólica infantil, caracterizada pela presença de paroxismos de irritabilidade em um bebê alimentado e saudável, choro excessivo e inconsolável por mais de 3 horas por dia, com ocorrência de, no mínimo, 3 vezes por semana, e que desaparecem por volta do 3º mês de idade⁽⁵⁻¹⁸⁾. Todos estes autores definem a cólica e as suas características baseando-se nos critérios estabelecidos por Wessel, Cobb, Jackson, Harris e Detwiler⁽¹⁹⁾, em 1954, conhecido também por **regra dos três**.

Outra característica identificada diz respeito ao horário da manifestação da cólica do bebê. Existe uma tendência do bebê apresentar comportamentos de inquietude, irritação e choro no período compreendido das 18h às 24h^(4,8,9,12,19).

2.2 Fatores associados

Embora os estudos sobre cólica remontem há quase cinco décadas, sua etiologia continua pouco esclarecida⁽¹³⁾. Os pioneiros no estudo sobre a cólica do lactente apontaram alguns fatores que determinam ou contribuem para a manifestação da cólica. Dentre elas destacam-se imaturidade do trato intestinal, hipertonidade congênita, alergias, tensão dos pais e meio-ambiente⁽¹⁹⁾.

A cólica pode ser causada pelo próprio amadurecimento do aparelho digestivo do bebê e também pela ingestão de ar durante a mamada. O período de idade que vai do nascimento ao 3º mês de vida é a fase de adaptação do sistema nervoso e do aparelho diges-

tivo imaturo do bebê ao ambiente extra-uterino⁽²⁰⁾.

Estudo comparativo entre um grupo de bebês que recebeu leite materno exclusivo com um grupo cujos bebês receberam fórmula láctea verificou que o pico da cólica variou de acordo com a alimentação recebida pela criança. Nos bebês que receberam fórmula láctea, o pico da intensidade do choro ocorria mais precocemente, por volta da 2ª semana de vida quando comparado ao grupo de bebês que recebeu leite materno, que apresentou pico de choro na 6ª semana de vida⁽¹²⁾. Contradizendo dados destes autores, em outro estudo em que foi oferecida fórmula aos bebês, o pico do choro do bebê foi na 7ª semana de vida⁽²¹⁾.

Bebês amamentados exclusivamente no peito não estão protegidos de desenvolver cólica. Estudo de corte realizado com 856 mães afirma não existir relação entre a fonte alimentar do bebê e o aparecimento de cólica⁽¹⁶⁾. Entretanto, os achados de estudos desenvolvidos por outros autores mostraram uma freqüência maior de cólica em bebês que recebiam leite de vaca, quando comparados às que mantinham aleitamento exclusivo^(18,22).

Embora não exista um consenso na literatura pesquisada observam-se vários estudos que procuram identificar a ingestão materna de leite de vaca como fator etiológico da cólica do bebê.

Jakobsson e Lindberg⁽²³⁾ realizaram estudo com 18 mães cujos bebês foram amamentados exclusivamente, sendo que uma delas teve filho gemelar, totalizando 19 bebês estudados. Orientaram as mães a suspenderem o leite de vaca e constataram que em 13 bebês a manifestação da cólica não foi mais observada.

Lothe, Lindberg e Jakobsson⁽²⁴⁾ conduziram um estudo clínico, duplo cego, com 60 bebês que apresentavam cólica no qual avaliaram o tipo de leite administrado – fórmula de leite de soja e fórmula de leite de vaca e de soja. Verificaram que 11 bebês (18%), en-

quanto receberam leite de soja, ficaram livres da sintomatologia da cólica; 32 bebês (53%) tiveram piora da cólica ou permaneceram com o quadro inalterado quando alimentados com fórmula de leite de vaca e soja simultaneamente. Os sintomas desapareceram quando estes bebês foram alimentados com caseína hidrolisada. Os autores concluíram que o leite de vaca desencadeia o aparecimento de sintomas de cólica no bebê. Achados semelhantes foram encontrados por outro autor que realizou um estudo duplo cego, randomizado, com 19 bebês que apresentavam sintomas de cólica, comparando o uso de leite de vaca e de soja. O pesquisador ofereceu leite de soja para 10 bebês durante uma semana, seguido de fórmula de leite de vaca modificado, e, para os 9 restantes, ofereceu fórmula de leite de vaca seguido de leite de soja. Os leites foram identificados e codificados, mantendo o sigilo de seus códigos até o final das três semanas de observação. Para os bebês que apresentaram melhora dos sintomas da cólica com o uso do leite de soja, introduziram novamente a fórmula de leite de vaca e, em caso de reaparecimento da sintomatologia, foram classificados como bebês que tinham intolerância ao leite de vaca. Para aqueles bebês que apresentaram sintomas de cólica, inclusive com leite de soja, realizaram-se a mudança para a fórmula de leite de vaca modificado e diante da melhora dos sintomas, introduziram novamente fórmula de leite de vaca a fim de estabelecer a existência de intolerância ao leite de vaca e soja. Ao término do estudo verificaram que 11 (58%) apresentavam intolerância ao leite de vaca, 5 (26%) apresentaram uma melhora espontânea dos sintomas, 1 (5%) apresentou falha do tratamento, 2 (11%) apresentaram intolerância ao leite de vaca e soja. Para estes dois bebês citados no último caso, utilizou-se a proteína hidrolisada do leite com bons resultados. Confirmaram que a alteração na dieta dos bebês resultou em melhora dos sintomas da cólica e que nem sempre a substituição pelo leite de soja é o melhor caminho⁽²⁵⁾.

Outro estudo experimental, duplo cego, randomizado, com 66 mães que amamentavam exclusivamente e cujos bebês apresentavam cólica, em que foram suspensos o leite de vaca das dietas maternas. Os resultados mostraram o desaparecimento da cólica no período de um a três dias em 35 lactentes (53%). O reaparecimento dos sintomas após a reintrodução do leite de vaca na dieta materna ocorreu em 23 crianças (35%), no período de 1 a 8 horas pós-ingestão. Dessas, 7 foram excluídas do estudo por motivos diversos (urticária, falta de leite, e não concordância em continuar participando do estudo). Para as demais 16 mães, foram utilizadas cápsulas gelatinosas de proteína *whey* (presente no leite de vaca) ou fécula de batata, idênticas em suas aparências, sendo oferecidas 3 cápsulas quatro vezes por dia no 1º e 3º dias do estudo. Após dois dias, as mães foram orientadas a ingerir meio copo de leite três vezes por dia. Deste grupo, 6 mães foram excluídas do estudo. Os resultados demonstram que 9 bebês reagiram com cólica após a ingestão de cápsulas de proteína *whey* ou leite de vaca⁽²⁶⁾.

Outro estudo duplo cego experimental com 27 bebês investigou esta mesma proteína *whey* presente no soro do leite de vaca. Inicialmente, suspenderam o leite de vaca da dieta dos bebês, oferecendo fórmula de caseína hidrolisada, e verificaram que em 24 bebês a cólica desapareceu ou diminuiu significativamente. Em seguida, utilizaram cápsulas gelatinosas A e B contendo albumina humana (placebo) e proteína *whey*. Estes conteúdos foram adicionados, separadamente, por um período de dias pré-estabelecidos, às mamadeiras oferecidas aos 24 bebês. Os dados mostraram que 18 deles reagiram com sintomas de cólica quando ingeriram a cápsula contendo a proteína *whey*. Os autores concluíram que a proteína *whey*, presente no leite de vaca, pode produzir sintomas de cólica em bebês alimentados por fórmula⁽⁵⁾.

Clyne e Kulczycki⁽²⁷⁾ conduziram um estudo com um grupo de 59 mães com bebês de 2

a 17 semanas de vida, amamentados exclusivamente, com o objetivo de verificar nas amostras de leite humano a presença da Imunoglobulina Bovina (IgG) presente no leite de vaca ingerido pela mãe e o desenvolvimento da cólica no bebê. Identificaram em 29 mães que tinham bebês com cólica altos níveis de IgG (0,42mg/ml), quando comparados ao grupo de 30 mães de bebês sem cólica (0,32mg/ml). Os resultados sugerem que a Imunoglobulina Bovina (IgG) pode estar envolvida na etiologia da cólica do lactente.

Estudo realizado com 272 mães verificou as variações alimentares durante o aleitamento exclusivo, que foram analisadas categoricamente pela regressão logística com intervalo de confiança de 95%. Estudando as relações entre a ingestão de alguns alimentos comprovou-se um risco relativo (RR) de 2,0 para o leite de vaca; 1,7 para cebola; 1,5 para chocolate; 1,3 para repolho e brócolis; 1,2 para couve-flor e 0,7 para carnes vermelhas, identificando uma associação significativa destes alimentos com os sintomas da cólica do lactente⁽²⁸⁾.

O fumo durante a gravidez pode aumentar o risco do bebê desenvolver cólica. Foram avaliados 1820 binômios e constataram uma incidência de 10,8% dos bebês com cólica com risco dobrado para bebês cujas mães fumaram 15 ou mais cigarros durante a gravidez ou no período do puerpério (com risco relativo de 2,1 e 2,0, respectivamente, considerando o intervalo de confiança de 95%). Mulheres que fumaram ininterruptamente desde a gravidez até o período de puerpério apresentaram um risco relativo de 1,5 quando comparadas as que não fumaram durante este mesmo período⁽²⁹⁾.

Não existe um consenso na literatura sobre a sintomatologia de cólica relacionando ao sexo do recém-nascido. Estudo realizado com mães que tiveram filhos com cólica verificou uma frequência maior de cólica em bebês do sexo feminino (57%), embora a amostra estudada tenha sido limitada a 23 binômios⁽³⁰⁾. Resultado semelhante não foi identificado em

outros estudos conduzidos por Wessel, Cobb, Jackson, Harris e Detwiler⁽¹⁹⁾ e por Saavedra, Costa, Garcias, Horta, Tomasi e Mendonça⁽¹⁸⁾ que não encontraram associação entre a cólica e o sexo do recém-nascido.

Clifford, Campbell, Speechley e Gorodzinsky⁽¹⁷⁾ estudaram variáveis relacionadas à persistência e remissão da cólica no terceiro mês de vida do lactente. Identificaram que a remissão da cólica ocorria predominantemente nas crianças do sexo feminino, filhos de mães que receberam anestesia ou analgesia durante o parto e que exerciam atividade profissional fora do domicílio, durante a gravidez ou que estudavam em período integral e que tinham hábito de consumir álcool e cafeína no período pós-parto.

Alguns aspectos psicossociais diretamente envolvidos no desenvolvimento da cólica foram descritos em um estudo randomizado relacionando a insatisfação no relacionamento sexual, vivência de traumas de parto, experiências estressantes, problemas físicos e isolamento social na gestação e insegurança materna no cuidado do bebê. Ao mesmo tempo, este estudo mostra não haver associação entre as variáveis sociodemográficas, tais como idade, ocupação, posição social e educação, com a manifestação da cólica no lactente⁽⁷⁾.

Clifford, Campbell, Speechley e Gorodzinsky⁽¹⁶⁾ concluíram que mães empregadas ou que freqüentam escola em período integral durante a gravidez apresentam menor chance de que seus bebês venham a apresentar cólica. Bebês filhos de mães casadas ou que mantêm relacionamento marital, quando comparados aos nascidos de mães solteiras, tiveram 70% menos chance de desenvolver cólica. Os autores afirmam que tais fatores estão diretamente associados ao grau de ansiedade materna.

2.3 Práticas para obter alívio da cólica

Estudo prospectivo realizado com 40 bebês para verificar as práticas adotadas pelos pais para o alívio da cólica de seus filhos cons-

tatou que 43% ofereceram chás de ervas, 36% utilizaram medicamentos e 21% empregaram meios físicos, como calor local, pressão ou contato físico⁽³¹⁾.

Foi realizado também um estudo exploratório, entrevistando pais e enfermeiras, com o objetivo de conhecer como esta profissional lida com a cólica do bebê, qual a percepção dos pais em relação às contribuições da enfermeira e ainda se a presença desta profissional faz ou não diferença neste contexto. A conclusão foi que embora não exista tratamento efetivo e muito menos a cura, a orientação e apoio de enfermagem aos pais podem diminuir a intensidade do choro, facilitando a vida das famílias⁽¹⁵⁾. Conclusões semelhantes foram encontradas em outro estudo randomizado e controlado, realizado com 45 binômios para avaliar o uso de três tipos de intervenções no manejo da cólica. Os três grupos receberam orientações gerais sobre a cólica e apoio. No grupo 1, 13 mães foram treinadas a responder com gentileza ao bebê, mais prontamente, diminuindo estimulações sensoriais, carregando o bebê no colo profilaticamente e oferecendo chupeta. No grupo 2, 17 pais receberam também um pequeno vibrador para ser colocado embaixo do berço e foram orientados para acionar o dispositivo por uma hora sempre que percebessem que o bebê estivesse com cólica. O grupo 3 permaneceu apenas com as orientações gerais sobre cólica e apoio. Os autores concluíram que não houve diferença significativa entre os grupos, sugerindo que o melhor é oferecer apoio e orientação para estas famílias⁽⁶⁾.

Huhtala, Lehtonen, Heinonen e Kovenranta⁽³²⁾ realizaram um estudo randomizado com 58 bebês com queixa de cólica, com o objetivo de comparar dois tipos de intervenção: massagem manual – 28 bebês e vibração no berço – 30 bebês. Após 4 semanas de intervenção, a análise dos dados demonstrou um efeito semelhante nos dois grupos na redução dos sintomas da cólica. A ausência de um grupo placebo dificultou a análise e conclusões defi-

nitivas destas práticas intervencionistas, podendo ser inferido que a remissão do sintoma tenha ocorrido como uma evolução natural da cólica do lactente.

É importante enfatizar aos pais que a cólica é uma condição autolimitante, resolvida por volta do 3º ou 4º mês de vida, e que não está relacionada a patologias, a condutas ou cuidados inadequados realizado pelos pais. Alguns autores aconselham os pais a deixarem seus bebês com outras pessoas, quando necessário, para não se esgotarem emocionalmente⁽¹³⁾.

Existe uma recomendação de suspensão do leite de vaca ingerido pelas mães que amamentam como primeira forma de tratamento de cólica do lactente^(23,24,26), embora revisões sistemáticas recentes realizadas sobre a eficácia de tratamentos para cólica infantil concluam que a adoção de dieta com restrição de leite de vaca por mães que amamentam é uma medida duvidosa e que necessita de maiores investigações. A substituição do leite de vaca por fórmulas hipoalergênicas ou pelo leite de soja na alimentação do lactente pode ser eficiente no tratamento da cólica. Os autores analisaram também terapias naturais, intervenções medicamentosas e comportamentais, constatando que o uso de chá medicinal alivia os sintomas da cólica, o uso de drogas anticolinérgicas é contra-indicado pelos efeitos colaterais acarretados e apontam algumas evidências de que a diminuição da estimulação sensorial externa contribui para a redução da cólica^(13,33).

Diversos estudos têm como foco a intervenção em técnicas comportamentais relacionadas à estimulação do contato mãe-filho. O Método Canguru é citado como um excelente recurso para prevenir, minimizar e até interromper o choro do bebê⁽³⁴⁾.

Neste sentido, foi realizado um estudo randomizado com 66 mães de bebês com idade inferior a 4 semanas de vida que apresentavam cólica e receberam orientações sobre serem mais responsivas em relação a esta manifestação. A seguir foram divididas em dois

grupos. O grupo controle recebeu apenas as orientações e outro grupo suplementar recebeu também a recomendação de carregar o bebê no colo 50% a mais do que faziam anteriormente. O grupo suplementar chorou apenas 3 minutos a menos do que o grupo controle. Sendo assim concluíram que aumentar a permanência das crianças que apresentavam cólica no colo materno não diminui o padrão de choro⁽³⁵⁾.

O tratamento da cólica baseado na modificação da interação pais e bebês foram estudados. O autor trabalhou com dois grupos de 30 bebês semelhantes em suas características sócio-demográficas e outras variáveis e constatou que ensinar os pais a serem mais eficientes nas respostas a seus bebês pode diminuir o choro da cólica em até 70% dos casos⁽³⁶⁾.

Pesquisa semelhante foi realizada neste sentido por outro autor que estudou também estratégias para o tratamento da cólica em 23 bebês randomizados, modificando a interação pais e bebês (forneceu instruções sobre responder rápido e apropriadamente às necessidades dos bebês), e também constatou uma diminuição de choro⁽³⁷⁾.

A introdução do tratamento com música e aumento da atenção dos pais diminuiu o choro das crianças com cólica em 75%, embora a amostra tenha sido pouco significativa, resumida a apenas 8 bebês⁽³⁸⁾.

Apesar de não existir comprovação dos resultados, técnicas comportamentais como música, massagem, aumentar o tempo no colo têm efeito de aproximar o binômio mãe-filho proporcionando momentos de maior contato e prazer⁽³⁹⁾.

Entre outras condutas, destaca-se também a oferta de água adocicada. O uso de solução de sacarose oral induz rapidamente a tranquilidade do bebê durante o choro⁽⁴⁰⁾. Um estudo duplo cego com 19 bebês comparando o uso de água destilada e sacarose a 12% no tratamento da cólica foi realizado. Constatou-se que o uso de sacarose é claramente mais eficiente, produzindo uma melhora da cólica

em 12 bebês, embora a amostra tenha sido uma limitação do estudo⁽⁴¹⁾.

Algumas condutas, como oferta de chupetas, substâncias adocicadas ou chás de ervas, podem contribuir para o desmame precoce⁽³⁹⁾.

Com base na análise dos resultados dos estudos apresentados, é possível verificar que existe uma necessidade de mais investigações para identificar evidências para a implementação das práticas assistenciais que fundamentem a indicação de intervenções efetivas e eficazes no tratamento da cólica do lactente que, por sua vez, não tragam efeitos adversos na saúde do recém-nascido/lactente⁽¹³⁾.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma tendência atual de redução do período de internação do binômio puérperarecém-nascido nas instituições de saúde que prestam atendimento perinatal para baixar os custos hospitalares e aumentar a disponibilidade dos leitos, particularmente nas situações de baixo risco. As mulheres que tiveram parto normal permanecem apenas 24 horas, recebendo muitas vezes apenas as orientações essenciais de higiene, cuidados com o coto umbilical, aleitamento materno e vacinação. Assim, a continuidade da assistência profissional é fragmentada e o binômio é encaminhado para as unidades básicas de saúde ou para as equipes responsáveis pelos programas de saúde da família por volta do primeiro mês após o parto. Após a alta hospitalar, alguns serviços oferecem atendimento de puericultura ambulatorial por volta da segunda semana após o parto.

As enfermeiras obstétricas que majoritariamente atuam nas instituições hospitalares têm pouco contato com bebês que apresentam cólica no período inicial da vida devido sua ocorrência ter início por volta da terceira semana de vida, quando ele encontra-se no domicílio. Assim, não se deparam com as queixas dos pais e não presenciam em seu cotidiano profissional esta manifestação do re-

cém-nascido/lactente, tendo dificuldades para identificar e compreender a dimensão desta ocorrência vivenciada pela família. Mesmo entre as profissionais que lidam com recém-nascidos, é pouco valorizada a manifestação da cólica. Quando estas profissionais atendem estas crianças em ambulatórios, consultórios, unidades básicas de saúde ou domicílio, a conduta é de orientar os pais que esta é uma ocorrência comum, de evolução natural, com regressão do quadro por volta do 3º ou 4º mês e que não necessita de intervenção medicamentosa. Quando presenciaram a manifestação da cólica, recorrem a identificar as causas do choro excessivo e inconsolável. Enquanto profissionais, observamos que a cólica do lactente é um verdadeiro desafio para a família, alterando o cotidiano e que precisa ser enfrentada. Acreditamos que, nesses momentos, as mães necessitam ter tranquilidade e confiança para transmitir calma ao seu bebê. Cabe ao profissional de enfermagem diante disto prestar uma assistência humanizada e qualificada, baseada em evidências científicas, com acolhimento a esta família, compreendendo a fragilidade deste período vivido, e que leva em consideração as crenças e valores culturais, para fortalecer o vínculo afetivo.

Tais manifestações da criança geram, no casal, sentimentos de incompreensão, incompetência, impotência, frustração e a sensação de não estarem sendo capazes de cuidar corretamente de seu filho por não conseguirem alcançar o controle da situação ou pelo menos o alívio do desconforto.

Quando os pais procuram os profissionais, muitos ainda estão inseguros e percebem-se inábeis para cuidar do filho recém-nascido, acrescido da insuficiente informação e literatura sobre o tema cólica do lactente nos veículos de informação ao público leigo.

É notório que a abordagem do profissional enfermeiro frente ao diagnóstico da cólica do lactente é limitada e insatisfatória, decorrente da indeterminação da etiologia da mesma. Verifica-se uma tendência de realizarem-se pes-

quisas em áreas patológicas, e torna-se necessário ampliar os conhecimentos em relação a este tema, desenvolvendo estudos sobre fatores associados à cólica e resultados de intervenções clínicas para compreender e conhecer o **fenômeno** cólica do lactente, que contribui para estabelecer evidências científicas que possam orientar a prática assistencial para que possamos manejar melhor e com mais segurança esta manifestação, aliviando o sofrimento da família.

A finalidade desta revisão de literatura é contribuir para o estabelecimento de condutas profissionais que levem à prevenção e manejo da manifestação da cólica do lactente e motive os profissionais que lidam com mães, bebês e suas famílias a implementar práticas baseadas em evidências científicas, bem como apontar as lacunas no conhecimento relacionado às intervenções de enfermagem frente a esta ocorrência.

REFERÊNCIAS

- 1 Edwards LD. Adaptation to parenthood. *In*: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity nursing. 5th ed. St. Louis (MO): Mosby; 1999. 932 p. p. 449-88.
- 2 Murahovschi J. Colic in infants. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro 2003 mar/abr;79(2):101-2.
- 3 Horário livre: auto solicitação. *In*: Ornellas A, Ornellas LH. Alimentação da criança: nutrição aplicada. São Paulo: Atheneu; 1970. 505 p. p. 261-4.
- 4 Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1962 Apr;29:579-88.
- 5 Lothe L, Lindberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky Formula-fed infants: a double-blind crossover study. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1989 Feb;83(2):262-6.
- 6 Parkin PC, Schwartz CJ, Manuel BA. Randomized controlled trial of three interventions in management of persistent crying of infancy. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1993 Aug;92(2):197-201.

- 7 Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ*, London 1993 Sept;307(6904):600-4.
- 8 Field P. A. A comparison of symptoms used by mothers and nurses to identify an infant with colic. *International Journal of Nursing Studies*, Elmsford (NY) 1994 Apr;31(2):201-15.
- 9 Lehtonen L, Korvenranta H. Infantile colic: seasonal incidence and crying profiles. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, Chicago (IL) 1995 May;149(5):533-6.
- 10 Medoff-Cooper B. Infant temperament: implications for parenting from birth through 1 year. *Journal of Pediatric Nursing*, Philadelphia (PA) 1995 Jun;10(3):141-5.
- 11 Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, Lanke J. Infantile colic-less common than previously estimated? *Acta Paediatrica*, Oslo 1996 Apr;85(4):454-8.
- 12 Lucas A. St. James-Roberts I. Crying, fussing, and colic behaviour in breast-and bottle-fed infants. *Early Human Development*, Amsterdam 1998 Nov;53(1):9-18.
- 13 Lucassen PB, Assendelft WJJ, Gubles JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*, London 1998 May;316(7144):1563-9.
- 14 Pauli-Pott U, Becker K, Mertesacker T, Beckman D. Infants with "colic": mothers' perspectives on the crying problem. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford 2000 Feb;48(2):125-32.
- 15 Helseth S. Help in times of crying: nurses' approach to parents with colicky infants. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford 2002 Nov;40(3):267-74.
- 16 Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Chicago (IL) 2002 Nov;156(11):1123-8.
- 17 Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Sequelae of infant colic: evidence of transient infant distress and absence of lasting effects on maternal mental health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Chicago (IL) 2002 Dec;156(12):1183-8.
- 18 Saavedra MAL, Costa JSD, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre (RS) 2003 mar/abr;79(2):115-22.
- 19 Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics*, Evanston (IL) 1954 Nov;14(5):421-34.
- 20 Problemas do lactente. *In: Spock B. Meu filho, meu tesouro*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1960. 460 p. p. 138-45.
- 21 Lee K. Crying and behavior pattern in breast-and formula-fed infants. *Early Human Development*, Elsevier 2000 May;58(2):133-40.
- 22 Stahlberg MR, Savilahti E. Infantile colic and feeding. *Archives of Disease in Childhood*, London 1986 Dec;61(12):1232-3.
- 23 Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk as a cause of infantile colic in breast-fed infants. *Lancet*, London 1978 August;2(8087):437-9.
- 24 Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: a double-blind study. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1982 Jul;70(1):7-10.
- 25 Campbell JPM. Dietary treatment of infant colic: a double-blind study. *Journal of the Royal College General Practitioners*, Edinburgh 1989 Jan;39(318):11-4.
- 26 Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants: a double-blind crossover study. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1983 Feb;71(2):268-71.
- 27 Clyne PS, Kulczycki A. Human breast milk contains bovine IgG: relationship to infant colic? *Pediatrics*, Evanston (IL) 1991 Apr;87(4):439-44.
- 28 Lust KD, Brown JE, Thomas W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods and colic symptoms in exclusively breast-fed infants.

- Journal of the American Dietetic Association, Chicago (IL) 1996 Jan;96(1):46-8.
- 29 Sondergaard C, Henriksen TB, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics*, Evanston (IL) 2001 Aug;108(2):342-6.
- 30 Levittzky S, Cooper R. Infant colic syndrome: maternal fantasie of aggression and infanticide. *Clinical Pediatrics*, Philadelphia (PA) 2000 Jul;39(7):395-400.
- 31 Sarinho ESC, Monte L, Couto CS, Azevedo EC, Cruz MRLR. Tipo de aleitamento X cólica. *Revista do IMIP, Recife (PE)* 1991 dez;5(2):91-4.
- 32 Huhtala V, Lehtonen I, Heinonem R, Kovenrata H. Infant massage compared with crib vibrator in treatment of colicky infants. *Pediatrics*, Evanston (IL) 2000 Jun;105(6):84. Available from: URL: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e84>>. Accessed at: 28 Aug 2003.
- 33 Garrison MM, Christakis DA. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics*, Evanston (IL) 2000 Jul;106(Suppl 1):184-90.
- 34 Ludington-Hoe SM, Cong X, Hashemi F. Infant crying: nature, physiologic consequences and select interventions. *Neonatal Network*, San Francisco (CA) 2002 Mar;21(2):29-36.
- 35 Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, *et al.* Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1991 May;87(5):623-30.
- 36 Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics*, Evanston (IL) 1984 Dec;74(6):998-1003.
- 37 Dihigo SK. New strategies for the treatment of colic: modifying the parent/infant interaction. *Journal of Pediatric Health Care*, St Louis (MO) 1998 Sept/Oct;12(5):256-62.
- 38 Larson K, Ayllon T. The effects of contingent music and differential reinforcement on infantile colic. *Behaviour Research and Therapy*, Oxford 1990; 28(2):119-25.
- 39 Bricks LF. Choro excessivo e cólica em lactentes. *Pediatria, São Paulo* 2001; 23(4):305-19.
- 40 Barr RG, Pantel MS, Young SN, Wright JH, Hendricks LA, Gravel R. The response of crying newborns to sucrose: is it a "sweetness" effect? *Physiology and Behavior*, Elmsford (NY) 1999 May;66(3):409-17.
- 41 Markestad T. Use of sucrose as a treatment for infant colic. *Archives of Disease in Childhood*, London 1997 Apr;76(4):356-8.

Endereço da autora/Author's address:
Fanny Sarfati Kosminsky
Rua Caraibas, 1336, Ap. 81, Perdizes
05020-000, São Paulo, SP
E-mail: fannysarfati@yahoo.com.br

Recebido em: 02/10/2003
Aprovado em: 09/01/2004