

## Cólica do Bebê

FERNANDA TOR GAL GARCIA

Hospital de Santa Maria  
Faculdade de Medicina de Lisboa

### Resumo

A cólica do bebê é uma entidade benigna mas que perturba muitos bebês nos seus primeiros meses de vida. O A. faz uma revisão desta síndrome de choro persistente, referindo as várias possíveis causas, nomeadamente modelos interactivos, neurológicos e de dismotilidade intestinal.

Após o estabelecimento do diagnóstico clínico, são analisadas várias possíveis abordagens terapêuticas.

**Palavras-Chave:** Cólica, bebê, choro persistente.

### Summary

Infant colic is a common benign disorder, disturbing many babies in their first months of life. The A. analysis the aetiology, the clinical features and the possible management according with the aetiologival model.

**Key-Words:** Infant, colic, cry.

### Definição

A primeira descrição aparece-nos feita por Billard, em 1828 no seu Tratado das doenças das crianças, da seguinte maneira: «Existem crianças que choram sem que se possa realmente conhecer a causa, e apesar da sua contínua agitação e das suas longas insónias, não se vêem definhar. Essas crianças distinguem-se pelos seus gritos pertinazes e as amas que receiam aleitá-las designam-nas geralmente pelo epíteto bem merecido, de crianças más. Esta excitação contínua provém sem dúvida de uma exaltação da sensibilidade mais pronunciada do que nas outras crianças: o grito não deixa de ser a expressão dum malestar, o qual se deve aliviar pelos meios convenientes».

Já no nosso século, Wessel <sup>(1)</sup> em 1954 define esta entidade como «uma perturbação auto-limitada caracterizada por choro excessivo inexplicado e intermitente três ou mais horas por dia, três ou mais dias por semana, num bebê que progride bem «...Este choro recorrente e inconsolável, num bebê bem alimentado e saudável, tem ainda como característico um ritmo circadiano vespertino.

A cólica do bebê é um assunto confuso na prática pediátrica, como aliás se pode comprovar na literatura, em que se confrontam pontos de vista contraditórios, uns considerando-o como um síndrome orgânico, outros comportamental ou psicossomático, discutindo mesmo se aquele choro excessivo tem como origem dor no intestino, e se a cólica é um problema do bebê ou da sua mãe. Carey <sup>(2)</sup> insurge-se contra a própria etimologia do termo cólica, derivada do grego *Kolikos*, e considera mesmo que não existe a certeza de que seja qualquer problema nessa área do corpo o responsável pelo choro; também não está seguro que o bebê esteja com dor, podendo apenas estar incomodado, como quando tem fome. Considera que é preferível o termo de choro excessivo primário para estes lactentes que choram substancialmente mais do que a média para a sua idade, pelo menos três horas por dia e quatro ou mais dias por semana, embora saudáveis e bem alimentados.

### Epidemiologia

A incidência deste síndrome é variável consoante os critérios de diagnóstico, sendo referida entre 7 e 25% <sup>(3)</sup>. Não se conhecem diferenças em relação ao sexo do bebê, número de ordem, alimentação materna ou artificial, termo ou pré-termo. Não está confirmada uma maior inci-

Entregue para publicação em 17/07/97.

Aceite para publicação em 20/11/97.

dência na raça branca, nem uma maior incidência nos países industrializados, nem igualmente uma maior frequência quanto mais longe do equador. Parker <sup>(3)</sup> refere uma maior incidência de maus tratos em bebês com cólicas.

### Etiologia

Na etiologia das cólicas do bebê há fundamentalmente a considerar três teorias ou modelos. Segundo o modelo interactivo, a cólica representa uma tentativa falhada do bebê para comunicar com os pais, uma perturbação da relação mãe-filho. Segundo Carey <sup>(2)</sup>, o choro excessivo do bebê é o resultado de acontecimentos fisiológicos normais que desencadeiam o choro em lactentes que são temperamentalmente sensíveis a esses estímulos, e que irão receber uma resposta parental inapropriada, não o acalmando. A mãe é, segundo este modelo, incriminada como fornecendo uma resposta desadequada ao comportamento de choro do seu filho. Concorda assim com Spitz <sup>(4)</sup>, para quem existe da parte da mãe uma solicitude ansiosa primária, resultado de uma culpabilidade devido a uma hostilidade inconsciente; o bebê, com uma personalidade indiferenciada, reagiria com uma reacção fisiológica: a cólica.

Segundo Spitz, as cólicas representam uma desordem arcaica das relações mãe-filho, um precursor das relações objectais que se desenvolverão mais tarde; nesta fase precoce da vida haveria uma prevalência do somático, e após a formação do Eu, iriam então ser dominantes as perturbações do comportamento. Kreisler <sup>(5)</sup> também incrimina a mãe, com um padrão ansiosa-tensa que poderia ser ou do tipo superprotector com uma solicitude incômoda ou do tipo impaciente. Assim, quer Spitz quer Kreisler partilham a teoria de que pelo lado do bebê existiria um estado de tensão pulsional, e por parte da mãe uma atitude psicológica resultado dum sentimento de culpabilidade. Um outro psicanalista, Michel Soulé, considera esta entidade como devida à falência da mãe como reguladora da homeostase do bebê, ou por não exercer o papel de barreira protectora face a estímulos ambientais adversos, ou por ser ela própria, mãe, a emissora de sinais contraditórios. Nessa perspectiva pensa que se pode comparar a cólica idiopática do primeiro trimestre ao protótipo mais precoce da neurose traumática. Nestas teses, fica contudo por estabelecer qual a cadeia de efeitos desde esta má regulação até ao espasmo intestinal. Não partilhando delas, vem Illingworth <sup>(6)</sup>, com a sua vasta experiência como pediatra, considerar a ansiedade da mãe não como causa mas como consequência das cólicas. Na sua clínica nunca encontrou características específicas nas mães, tal como Paradise <sup>(7)</sup> também não encontrara conexão com problemas emocionais maternos.

Segundo um outro modelo, neurológico, a cólica seria atribuída a um sistema nervoso central imaturo; este pode receber e utilizar estímulos ao longo de todo o dia, mas há sempre uma certa sobrecarga. Brazelton <sup>(8)</sup> considera que o sistema nervoso imaturo do bebê representa para este uma hipersensibilidade; à medida que o dia avança o sistema nervoso está cada vez mais sobrecarregado de estímulos e começa a originar períodos cada vez mais curtos de sonos e mamadas. Finalmente transforma-se num período de grande agitação e o choro intenso seria como que uma descarga, após a qual o sistema nervoso se reorganizaria para as vinte e quatro horas seguintes. Segundo este autor a previsibilidade deste mecanismo é semelhante à de um relógio. Com a maturação do sistema nervoso este síndrome vai desaparecer no fim do primeiro trimestre. Este modelo faria supor que os bebês pré-termo teriam mais cólicas, no entanto tal não se verifica e a idade do seu aparecimento é a mesma, ou seja, às 42 semanas de vida de idade corrigida. Barr <sup>(9)</sup> levanta a hipótese de o choro da cólica poder ser devido a diferenças individuais no controle e regulação dos estádios do bebê.

Finalmente, uma outra hipótese etiológica é defendida pelo modelo da dismotilidade intestinal, a qual pode ter vários intervenientes, nomeadamente as proteínas do leite de vaca, a lactose, a motilina e mais recentemente a melatonina. A intolerância às proteínas do leite de vaca tem tido múltiplos adeptos, existindo quase tantos estudos encontrando uma associação entre esta e as cólicas do lactente, como estudos negando-a. Foi o grupo de Malmo, Jakobson e Linberg <sup>(10)</sup>, que primeiro incriminou o leite de vaca, ingerido pela mãe que amamenta o bebê, como causador de cólicas. Houve críticas à metodologia, nomeadamente por ser um ensaio não cego, em que os pais responsáveis pelo registo diário do choro conheceram a intervenção. Um estudo posterior dos mesmos autores <sup>(11)</sup>, encontrou não só uma elevada correlação entre cólicas de bebês amamentados e o consumo de leite de vaca pelas suas mães, desta vez num ensaio duplamente cego, como também incriminou o leite de soja como causador de cólicas, funcionando como um outro alergeno. Seria aliás esta a razão porque Evans <sup>(12)</sup> não teria encontrado efeitos na eliminação do leite de vaca como alergeno, uma vez que utilizou leite de soja como placebo e este também pode ser alergizante. Mas outros estudos, como o de Forsyth <sup>(13)</sup> não encontraram um efeito claro entre a suspensão do leite de vaca da alimentação materno e o desaparecimento das cólicas. Para além disso, como aliás analisa Treem <sup>(14)</sup>, existe uma incidência semelhante entre as cólicas em bebês amamentados e bebês alimentados artificialmente com leites adaptados do leite de vaca; e quer o RAST para as proteínas do leite de vaca, quer os níveis de IgE não foram encontrados significativamente aumentados nos bebês com cólicas.

Uma outra hipótese, dentro deste modelo de dismotilidade intestinal, é a de haver uma intolerância à lactose; esta levaria a um aumento do hidrogénio quando a lactose não hidrolizada atingisse o colon e ocorresse a fermentação bacteriana, encontrando-se um aumento do hidrogénio no ar expirado nestes bebés. A acção osmótica da lactose não absorvida levaria a um aumento da peristalse e à cólica <sup>(15)</sup>. Miller <sup>(16)</sup> considera de importância clínica esta associação entre aumento do hidrogénio expirado e cólica, por ele também encontrada, mas pensa ser necessário mais estudos que comprovem que uma redução do aporte de lactose melhore as cólicas do pequeno lactente. Num estudo prévio efectuado por Liebman <sup>(17)</sup>, não foi encontrada associação significativa entre cólica e intolerância à lactose ou às proteínas do leite de vaca.

Um aumento da motilina também é citado <sup>(3)</sup> como desencadeante de cólica, através de um aumento da peristalse intestinal, embora não se acompanhando de aumento de péptidos vasoactivos ou de gastridina. Recentemente foi ainda posta a hipótese de associação com a melatonina, por aumentar a guanosino-monofosfato-cíclico <sup>(18)</sup>.

Da análise destas várias hipóteses etiológicas, poderá concluir-se que no momento presente pouco mais adiantados estamos quando comparados com a crença indiana de que a cólica do bebé, chamada de «sanjhana», é devida aos deuses do entardecer <sup>(6)</sup>. Provavelmente a sua etiologia será multifactorial, não existindo uma causa única e sendo a cólica o padrão final comum a vários factores etiológicos.

### Clínica

O quadro clínico de choro tem início às 41-42 semanas de gestação, com um pico às 6 semanas de vida e com um característico ritmo circadiano: surge ao fim da tarde ou princípio da noite, com um máximo de duração de três horas (média de duas horas e quarenta e cinco minutos), em três ou mais dias por semana. Os episódios caracterizam-se por choro intenso, muitas vezes com os joelhos tocando o abdómen e acompanhados de emissão de gases; muitas vezes surgem após uma refeição. São auto-limitados, parando tão misteriosamente como começaram entre os três meses (60%) e os quatro (90%) meses de idade. Não se conhecem sequelas a longo termo, quer do foro comportamental, temperamental ou psicológico. Pela própria definição, o bebé está saudável, e progride bem do ponto de vista estaturponderal.

### Diagnóstico

Assenta numa anamnese cuidadosa e num exame físico que afaste qualquer causa óbvia de dor. Na colhei-

ta da história é um ponto chave o horário do choro: a ocorrência deste, diariamente, em horário vespertino, torna difícil aceitar uma doença orgânica que no resto do dia não cause dor.

As manobras que os pais efectuaram para tentar acalmar o bebé, mais frequentemente a chucha ou o balanço com resultados de acalmia breves, também devem ser apurados. Poderá sugerir-se aos pais a elaboração de um diário em que são registados o horário e as estratégias por eles tentadas para acalmar o bebé, com um registo das que resultaram em melhoria ou num agravamento do choro. Interessa também apurar o tipo de choro percebido pelos pais, bem como o tipo de alimentação do bebé: materna ou artificial (tipo de leite), técnica alimentar, horário das mamadas ou alimentação a pedido. É uma oportunidade para o clínico apurar como encara a família aqueles episódios de choro, iniciando o processo de suporte dos pais que muitas vezes se sentem ansiosos, culpabilizados ou desesperados. O médico deverá também verificar se há uma atribuição mútua de culpas entre cada um dos progenitores, ou porventura de uma avó que diz: «é bem feito porque também me fizeste o mesmo, não me deixaste descansar durante os teus primeiros três meses». Neste diálogo com os pais deve-se apurar qual a explicação que eles arquitectaram para as cólicas do seu bebé, a qual poderá ser útil para a compreensão e suporte parental.

Se anteriormente ao aparecimento das cólicas, estas tiverem sido abordadas como prováveis, numa consulta que integre cuidados antecipatórios como preconiza Brazelton <sup>(8)</sup> nos seus pontos de viragem em desenvolvimento infantil, já os pais estarão preparados para não sobrecarregar um sistema nervoso imaturo, hipersensível, que se manifesta por um choro apelativo. Carey <sup>(2)</sup> também refere como prevenção uma informação prévia aos pais acerca do choro do bebé, mesmo iniciada em consulta pré-natal, sobre como acalmar o choro, e que a fadiga do bebé pode ser uma causa a considerar.

Um cuidadoso exame físico do bebé serve para afastar problemas que possam ser a origem de dor (por exemplo uma otite, uma fissura anal, uma erosão da córnea) e para assegurar aos pais que o lactente se encontra fisicamente bem, sem nenhuma óbvia origem dolorosa e que o bebé está saudável e a progredir bem. Só após estes passos diagnósticos pode ser dito aos pais que o bebé tem cólicas.

### Abordagem terapêutica

Assenta fundamentalmente num bom suporte dos pais. O carácter desta entidade é benigno, e mesmo que falhem todas as estratégias, irá desaparecer entre o terceiro e o quarto mês de vida. Mas também não deverá ser dito

aos pais que não há nada a fazer, e que esperem simplesmente que passe aquele tempo; seria como avisá-los de uma condenação com determinada duração, o que além de poder ser contraproducente, é pouco reconfortante e não seria eficaz como medida para reduzir a ansiedade parental. Kreisler <sup>(5)</sup> defende que se deve tranquilizar a mãe de que não se trata de nenhuma doença orgânica perigosa, reforçando o carácter benigno, mas considera que é muitas vezes necessária uma abordagem psicoterapêutica sobretudo tendo em vista uma profilaxia das perturbações da criança, o que está aliás de acordo com a etiologia que defende. Carey <sup>(2)</sup>, defende, como aliás a maioria dos autores, que num primeiro passo se tranquilizem os pais, dado que o factor ansiedade pode ser não só uma consequência como ele próprio gerador do choro. Sugere ainda como importante o factor como lidar com o bebé, considerando que os pais podem estar já a fazer demasiado, estimulando o bebé com constantes ofertas de refeições e pegando-lhe muito ao colo, em lugar de o acalmar com uma chucha ou um saco de água quente, num ambiente mais calmo. Taubman <sup>(19)</sup> mostra no seu estudo que o aconselhamento de suporte dado pelo clínico, com tentativas de vária ordem (como alimentar o bebé, pegar nele ao colo, embalá-lo, brincar com ele, ou pô-lo a dormir), constituem estratégias válidas a experimentar; o que ele defende é que não se deve deixar o bebé chorar, devendo ser pegado ao colo o máximo possível, sem temor em o alimentar demasiado, e sendo os pais os melhores juizes das necessidades da criança. Considera ainda essencial a educação dos pais acerca do comportamento normal dos bebés. Barr <sup>(14)</sup> não conseguiu no seu estudo provar a hipótese de que o pegar mais ao colo fosse eficaz como terapêutica da cólica; este autor, encontrou todavia uma relação entre pegar mais ao colo como medida preventiva deste tipo de comportamento de choro. Será esta uma explicação para não ser referida entre populações como as da América do Sul, em que o bebé é sempre carregado pela mãe?

Parker <sup>(3)</sup> defende que se devem ir dando aos pais sucessivas sugestões. Considera que muitas resultam em 30% dos bebés, mas que nenhuma resulta para todos, e como nada pode resultar é sempre aconselhável deixar algumas de reserva, até que se esgote o prazo do primeiro trimestre. Fundamentalmente considera que há que informar a família, apoiá-la com empatia, desculpabilizá-la, medidas estas visando evitar que se estabeleça posteriormente ao desaparecimento das cólicas uma perturbação da relação pais/bebé. Esta é na sua óptica, através do suporte da família, a primordial preocupação do clínico. Sugere mesmo que, se os pais estão exaustos, devem por alguns períodos entregar o bebé aos cuidados de algum familiar, amigo ou «babysitter» e voltar a tomar conta do bebé após essa pausa.

Em relação a medicações há referência de poder haver em cerca de metade dos bebés melhoria com administração de um chá à base de camomila, verbena e menta. Quanto ao simeticone, inofensivo provavelmente, não é considerado eficaz <sup>(3, 6, 20)</sup>. Já outros medicamentos, como o anticolinérgico cloridrato de dicitomina têm os seus apologistas <sup>(2, 6)</sup>, sendo por outros desencorajado o seu uso <sup>(14)</sup> por ter sido encontrada associação com apneia e convulsões <sup>(14)</sup>. O fenobarbital, também foi largamente utilizado pelos pediatras, e devia a sua acção ao seu efeito sedante. Carey <sup>(2)</sup>, embora reconheça que pode ser útil o uso destes medicamentos, levanta a hipótese de a sua acção poder ser contudo atribuída a um forte efeito placebo do clínico.

Em conclusão: de acordo com outros autores <sup>(6, 21)</sup>, a dificuldade do sucesso da terapêutica é certamente o resultado de não se saber concretamente a etiologia, e não se saber assim concretamente o que se está a tratar. Mais estudos são assim necessários para esclarecer melhor esta entidade clínica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Wessel MA, Cocc CJ, Jackson EB. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called «colic». *Pediatrics* 1954; 14: 421-34.
2. Carey WB. Colic-primary excessive crying an infant-environment interaction. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31: 993-1005.
3. Parker S. Colic. In: Parker S, Zuckerman B, eds Behavioral and Developmental pediatrics. Boston, Little Brown and Company 1995: 101-5.
4. Spitz RA. The psychogenic diseases in infancy. An attempt at their etiologic classification. *Psychoanal Study Child* 1951; 6: 255-75.
5. Kreisler L, Fair M, Soulé M. L'enfant et son corps. Paris. PUF, 1974.
6. Illingworth RS. Infantile colic revisited. *Arch Dis Child* 1985; 60: 981-5.
7. Paradise JL. Maternal and other factors in the aetiology of infant colic. *JAMA* 1966; 197: 191-9.
8. Brazelton TB. O grande livro da criança. Lisboa: Presença, 1995.
9. Barr RG, McMullen SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R et al. Carrying as colic «therapy»: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991; 87: 623-30.
10. Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants. *Lancet* 1978; 8087: 437-9.
11. Jakobson I, Lindberg T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants. A double-blind crossover study. *Pediatrics* 1983; 71: 268-71.
12. Evans RW, Fergusson DM, Allardyce RA, Taylor B. Maternal diet and infantile colic in breast-fed infants. *Lancet* 1981; 1340-2.
13. Forsyth BWC. Colic and the effect of changing formulas: a double-blind, multiple crossover study. *J Pediatr* 1989; 115: 521-31.
14. Trem WR. Infant colic-A Pediatric Gastroenterologist's perspective. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41: 1121-38.
15. Barr RG, Levine MD, Wathin JB. Recurrent abdominal pain of childhood due to lactose intolerance. A prospective study. *N Engl J Med* 1979; 300: 1449-52.
16. Miller JJ, McVeagh P, Fleet GH, Petocz P, Brand J. Breath Hydrogen excretion in infants with colic. *Arch Dis Child* 1989; 64: 725-9.
17. Liebman WM. Infantile colic. Association with lactose and milk intolerance. *JAMA* 1981; 245: 732-3.
18. Weissbluth M. Melatonin increases cyclic guanosine monophosphate: biochemical effects mediated by porphyrins, calcium and nitric

- oxide. Relationship to infant colic and SIDS. *Med Hypotheses* 1994; 42: 390-2.
19. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 998-1003.
  20. Metcalf TJ, Irons TG, Sher LD, Young PC. Simethicone in the treatment of infant colica randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Pediatrics* 1994; 94: 29-34.
  21. O'Donovan JC, Bradstock As. The failure of conventional drug therapy in the management of infantile colic. *Am J Dis Child* 1979; 133: 999-1001.

*Correspondência:* Fernanda Torgal  
Centro de Desenvolvimento  
Serviço de Pediatria  
Hospital de Santa Maria  
1600 Lisboa