

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA**

Alexya Alves de Lima

Manejo da cólica do lactente: uma revisão sistemática

ARARANGUÁ
2022

Alexya Alves de Lima

Manejo da cólica do lactente: uma revisão sistemática

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina/Médico.

Orientadora: Prof^ª. Ana Carolina Lobor Cancelier, Dr^ª

ARARANGUÁ

2022

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Ana Carolina Lobor Cancelier, Dr^a

Membro 1: Prof^a. Melissa Negro Dellacqua, PhD

Membro 2: Prof^a. Iane Franceschet de Souza, Dr^a

Membro Suplente: Prof. Gabriel Hahn Monteiro Lufchitz

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alves de Lima, Alexya

Manejo da cólica do lactente: uma revisão sistemática /
Alexya Alves de Lima ; orientadora, Ana Carolina Lobor
Cancelier, 2022.

34 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Medicina, Araranguá, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Medicina. 3. Pediatria. 4. Cólica
Infantil. 5. Saúde do Lactente. I. Lobor Cancelier, Ana
Carolina. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Medicina. III. Título.

Alexya Alves de Lima

Manejo da cólica do lactente: uma revisão sistemática

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Medicina” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina.

Araranguá, 25 de julho de 2022.

Prof^a. Ana Carolina Lobor Cancelier, Dr.(a)
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof^a. Ana Carolina Lobor Cancelier, Dr.(a)
Orientador(a)
Instituição UFSC

Prof^a. Melissa Negro Dellacqua, PhD
Avaliadora
Instituição UFSC

Prof^a. Iane Franceschet de Souza, Dr.(a)
Avaliador(a)
Instituição UFSC

Dedico esse trabalho aos meus queridos familiares, aos meus colegas de classe, aos meus professores, e a todos que assim como eu, são apaixonados por pediatria.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de fazer meus agradecimentos iniciais às três pessoas mais importantes da minha vida: minha avó Eunice Lima, minha mãe Alexandra Lima e meu avô Francisco Monteiro. Agradeço por serem meu alicerce e minha maior fonte diária de forças, felicidade e amor.

Em segundo lugar, sou grata aos meus tios Alex Lima e Andreia Cortez, os maiores responsáveis pelos meus ensinamentos, pois sem eles eu jamais teria chegado onde cheguei. Agradeço também ao meu tio Alessandro Lima por tanto carinho e afeto.

Gostaria de agradecer a todos os meus amados amigos, em especial Maria Cecília, Adrielly Silva, Lucas Tell, Sabrina Pscheidt, José Erick e Victor Seabra por terem estado presente em momentos tão difíceis e terem me dado tanto suporte nessa etapa da minha vida.

Por fim, gostaria de agradecer à minha querida professora Ana Carolina, por ter sido minha orientadora e por ter me ajudado tanto na realização desse trabalho. Agradeço pela paciência e por todos os ensinamentos.

RESUMO

Introdução: A cólica infantil é uma condição definida como choro excessivo na infância, de natureza complexa e angustiante, principalmente por causar ansiedade aos pais e familiares da criança. Apesar de ter ocorrência frequente, poucos resultados foram alcançados sobre a definição, etiologia ou estratégia de tratamento ideal para cólica infantil. Embora seja uma condição autolimitada, e que se resolva espontaneamente após 3 meses de idade, o manejo adequado ainda continua sendo uma grande dúvida para os médicos, já que apesar das teorias propostas sobre o que poderia causar o choro excessivo do lactente, nenhuma delas é forte o suficiente para descrever completamente a condição. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é revisar as técnicas de manejo para o tratamento da cólica e analisar a eficácia dos métodos atualmente adotados, para que tanto os médicos, quanto a população possam ter informações recentes sobre o tema. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura referente aos estudos de delineamento de ensaio clínico, publicados nos últimos dez anos, nas bases PubMed(<http://www.pubmed.gov>), LILACS (<http://bases.bireme.br>) e SciELO (<http://www.scielo.org>). A busca foi realizada da seguinte forma: materiais referentes ao período de 2011 a 2021, em língua inglesa e/ou portuguesa. Os descritores usados para a obtenção dos estudos foram: “colic” AND “infant”, “Drug Therapy”, “Probiotics” e “Phytotherapy”. **Resultados:** Embora alguns estudos sejam favoráveis à utilização de probióticos para o manejo da CI, tal efeito foi observado somente em bebês amamentados e as evidências não são suficientes para indicar o uso indiscriminado desses suplementos para o manejo da cólica infantil. Medidas físicas tiveram efeito de redução do tempo de choro nos estudos no entanto também não apresentam evidências fortes de que seu uso deva ser indicado a todos os lactentes com cólicas.

Palavras-chave: Cólica. Lactente. Manejo.

ABSTRACT

Introduction: Infantile colic is a condition defined as excessive crying in childhood, of a complex and distressing nature, mainly because it causes anxiety to the child's parents and relatives. Despite its frequent occurrence, few results were achieved regarding the definition, etiology, or optimal treatment strategy for infantile colic. Although it is a self-limited condition which resolves spontaneously after 3 months of age, the proper management is still a big question for physicians, by the fact the proposed theories about what could cause the infant excessively crying, none of them are strong enough to fully describe the condition. **Objective:** The objective of this work is to review the management techniques for the treatment of colic and analyze the effectiveness of the methods currently adopted so that both physicians and the population can have recent information on the subject. **Methods:** A systematic review of the literature regarding clinical trial design studies, published in the last ten years, in PubMed (<http://www.pubmed.gov>), LILACS (<http://bases.bireme.br>) and SciELO (<http://www.scielo.org>). The search was carried out as follows: materials referring to the period from 2011 to 2021, in English and/or Portuguese. The descriptors used for the duration of the studies were: “colic and “infant”, “Drug Therapy”, “Probiotics” and Phytotherapy”. **Results:** Although some studies are favorable to the use of probiotics for the management of IC, this effect was observed only in breastfed babies and the evidence is not sufficient to indicate the indiscriminate use of these supplements for the management of infantile colic. Physical measures had an effect on reducing crying time in the studies, however, there is also no strong evidence that their use should be indicated for all infants with colic.

Keywords: Colic. Infant. Management.

LISTA DE FIGURAS

Fluxograma 1 – Seleção dos artigos incluídos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estudos selecionados que utilizaram probióticos no manejo da cólica

Tabela 2 – Estudos selecionados utilizando terapias físicas para manejo da cólica

Tabela 1 – Estudos selecionados utilizando outras intervenções.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CI	Cólica infantil
FODMAPs	Oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis
SBS	Síndrome do bebê sacudido

SUMÁRIO

1	ARTIGO	14
1.1	RESUMO.....	14
1.2	INTRODUÇÃO.....	15
1.3	MÉTODOS.....	16
1.4	RESULTADOS.....	17
1.5	DISCUSSÃO.....	22
1.6	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS.....	26
2	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	ANEXOS.....	32

1 ARTIGO

Manejo da cólica do lactente: uma revisão sistemática

Alexya Alves de Lima¹
Ana Carolina Lobor Cancelier²

¹ Medicina. Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde. Campus Araranguá. Universidade Federal de Santa Catarina.

² Departamento de Ciência da Saúde. Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde. Campus Araranguá. Universidade Federal de Santa Catarina.

Autor correspondente

Alexya Alves de Lima
Celular: (47)997374446
Avenida Presidente João Goulart, 273, Cidade Alta. Araranguá. SC
aalexvalves@gmail.com

Destaques:

Financiamento: esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento específica nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Declaração de interesse: esta pesquisa não possui conflitos de interesse.

1.1 Resumo

Introdução: A cólica infantil é definida como choro excessivo na infância. Apesar da ocorrência frequente e de natureza autolimitada que se resolve espontaneamente após 3 meses de idade, o manejo adequado ainda continua sendo uma grande dúvida para os médicos, já que apesar das teorias propostas sobre o que poderia causar o choro excessivo do lactente, nenhuma delas é forte o suficiente para descrever completamente a condição. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é revisar as técnicas de manejo para o tratamento da cólica e analisar a eficácia dos métodos atualmente adotados, para que tanto os médicos, quanto a população possam ter informações recentes sobre o tema. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura referente aos estudos de delineamento de ensaio

clínico, publicados nos últimos dez anos, nas bases PubMed(<http://www.pubmed.gov>), LILACS (<http://bases.bireme.br>) e SciELO (<http://www.scielo.org>). Resultados: Embora alguns estudos sejam favoráveis à utilização de probióticos para o manejo da CI, tal efeito foi observado somente em bebês amamentados e as evidências não são suficientes para indicar o uso indiscriminado desses suplementos para o manejo da cólica infantil. Medidas físicas tiveram efeito de redução do tempo de choro nos estudos no entanto também não apresentam evidências fortes de que seu uso deva ser indicado a todos os lactentes com cólicas.

Palavras-chave: Cólica. Lactente. Manejo.

1.2 Introdução

A cólica foi primariamente definida pelos critérios de Wessel como choro ou agitação de causas desconhecidas em bebês saudáveis, por mais de três horas do dia e por mais de três dias da semana (1). Recentemente também foi descrita nos critérios de Roma IV como "períodos recorrentes e prolongados de choro infantil, agitação ou irritabilidade que não podem ser evitados ou resolvidos"(2). Antes de ser diagnosticada, é preciso investigar outras doenças de base e descartá-las como causa de desconforto no lactente(3).

A cólica do lactente afeta cerca de 20% das crianças e se resolve espontaneamente após aproximadamente 3 meses de vida (3). Apesar de ser considerada benigna, ainda significa um problema para o sistema de saúde e para a saúde do bebê (4). O choro em excesso dos neonatos é considerado um fator de risco tanto para a integridade física da criança, pois está diretamente relacionado com a síndrome do bebê sacudido (5) quanto ao desmame precoce, além de também estar associado à depressão materna (6).

O choro excessivo do lactente é um agravante para conflitos familiares. Um estudo com 3.259 bebês de 6 meses mostrou que quase 6% de todos os pais relataram ter tomado pelo menos uma ação para parar o choro de seu filho que poderia ser considerada perigosa ou que levasse à violência infantil, como sufocar, bater ou sacudir (4). Sendo assim, a cólica se apresenta como um desafio para os médicos por ser complexo identificar o manejo adequado que auxilie tanto a criança, como os pais (7).

Várias tentativas já foram feitas para explicar a etiologia da cólica, e muitas teorias sobre diferentes mecanismos associados foram propostas, porém nada ainda foi comprovado (8). Portanto, apesar de cólica ter ocorrência frequente e ser entendida por

muitos como uma patologia associada a distúrbios gastrointestinais, poucos resultados foram alcançados sobre sua definição, patogênese ou a estratégia de tratamento ideal (9).

Pelo fato de a cólica do lactente não ter uma causa etiológica bem conhecida e documentada, tanto os pais quanto os profissionais da saúde utilizam de variadas formas terapêuticas para obterem alívio dos sintomas nas crianças (7). As medidas terapêuticas incluem diferentes técnicas como massagens, acupuntura, extrato de erva-doce, chás, quiropraxia e suplemento com probióticos, porém pouco se sabe a respeito da eficácia de tais medidas (8).

Esse estudo justifica-se pela importância de se avaliar se há medicamentos ou medidas eficazes para o manejo da cólica do lactente, principalmente porque a base do tratamento da cólica deve ser ajudar as famílias a lidar com os sintomas de seus bebês, reduzindo os riscos de abuso infantil e efeitos adversos a longo prazo tanto para a criança, quanto para a família. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia dos métodos utilizados atualmente para o manejo da cólica do lactente.

1.3 Métodos

Esta revisão está registrada na Plataforma PROSPERO (International prospective register of systematic reviews) sob o número CRD42021273486. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura referente aos estudos de delineamento de ensaio clínico, publicados nos últimos dez anos, nas bases PubMed (<http://www.pubmed.gov>), LILACS (<http://bases.bireme.br>) e SciELO (<http://www.scielo.org>).

A busca foi realizada da seguinte forma: materiais referentes ao período de 2011 a 2021, em língua inglesa e/ou portuguesa. Os descritores usados para a obtenção dos estudos foram: “colic” AND “infant”, “Drug Therapy”, “Probiotics” e “Phytotherapy”. Os mesmos descritores foram utilizados para busca em português.

Para a apresentação da seleção dos artigos foi utilizado o checklist e fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em <http://www.prisma-statement.org>.

Foi realizada uma análise da qualidade dos estudos selecionados utilizando a Escala Jadad. Para fins de cálculo do escore final, um ponto é adicionado para uma resposta “Sim” a cada um dos primeiros cinco itens, em uma pontuação geral de 0-5. Sendo os resultados de 0-2 considerados “baixa qualidade metodológica” e de 3-5 “alta qualidade metodológica”. Tal procedimento avaliou a homogeneidade da amostra.

Estudos foram incluídos na presença dos seguintes critérios: (1) Artigos originais que envolvessem menores de 6 meses e a utilização de alguma forma de manejo de cólica com posterior avaliação de resultado da intervenção (2) Que fossem ensaios clínicos; (3) Que o idioma da publicação fosse somente português ou inglês.

Todos os estudos que preencheram os critérios de inclusão foram submetidos à extração de dados e ao processo de avaliação crítica. As principais características foram sintetizadas de acordo com um modelo de extração de dados constituído por: autor/local, amostra, intervenções, métodos, resultados.

A estratégia de pesquisa resultou em 66 títulos listados e 60 selecionados para a revisão. Pela leitura do título e do resumo, 13 artigos foram excluídos, com base nos critérios de inclusão. Dos 33 artigos restantes, 27 foram incluídos na revisão e os resultados analisados de forma descritiva após leitura completa do artigo, conforme pode ser observado na Figura 1.

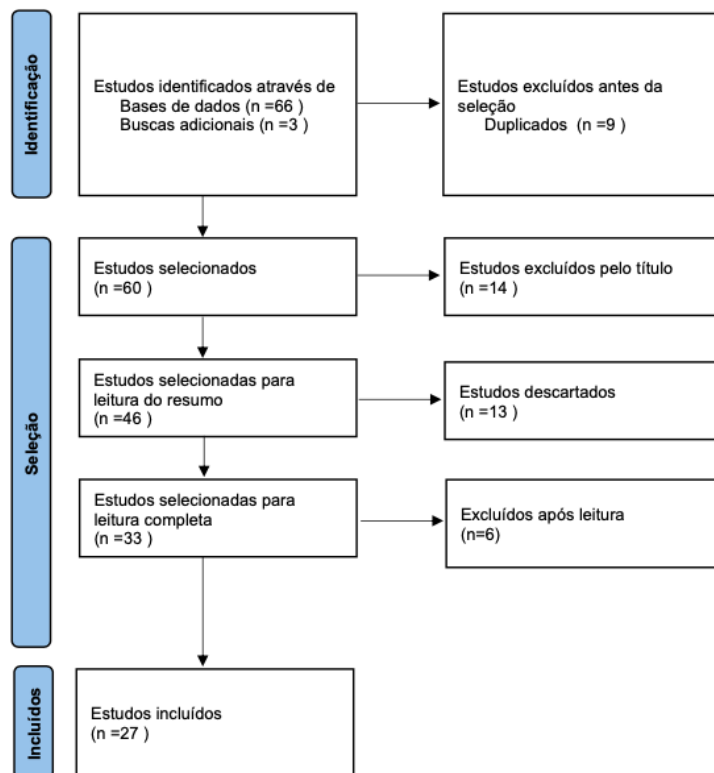


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos incluídos

1.4 Resultados

Foram incluídos na revisão 27 artigos. As tabelas 1, 2 e 3 mostram as características dos estudos que usaram respectivamente probióticos, terapias físicas e outras terapias no manejo da cólica.

Tabela 1. Estudos selecionados que utilizaram probióticos no manejo da cólica

AUTOR/LOCAL	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	MÉTODOS	DESFECHOS E RESULTADOS	JADAD
Baldassarre ME, Di Mauro A et al./Itália/2018.(10)	53 bebês entre 30 e 90 dias	10 gotas dos probióticos, uma vez ao dia, durante 21 dias	Ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado por placebo. Todos os bebês inscritos foram randomizados para receber probióticos orais ou placebo.	Nesse estudo, os bebês que receberam a mistura probiótica tiveram menos minutos de choro por dia do que os bebês do grupo placebo.	5
Sung V, Hiscock H et al./Austrália/2014.(11)	127 lactentes com menos de 3 meses de idade	5 gotas do líquido do estudo em uma colher no mesmo horário todos os dias.	Estudo foi duplo-cego e randomizado. Dois grupos: probiótico e placebo.	Neste estudo, o tratamento com <i>Lactobacillus reuteri</i> não reduziu o choro ou agitação, nem foi eficaz para melhorar o sono infantil.	5
Vandenplas Y, Bacarea A et al./Romênia/2017.(12)	46 lactentes com idades entre 3 e 16 semanas	10 gotas duas vezes ao dia.	Este foi um estudo multicêntrico, randomizado, aberto, de grupo paralelo, com controle ativo.	A APT198K diminuiu a duração média por episódio de choro significativamente mais do que um suplemento dietético de lactase em bebês com cólica.	3
Savino F, Montanari P et al./Itália/2020.(13)	47 bebês com idades entre 10 e 60 dias	Ambas as formulações foram administradas pela manhã em 5 gotas, uma vez ao dia.	Ensaio clínico randomizado. Um total de 47 bebês foram inscritos: 26 bebês no grupo <i>L. rhamnosus</i> e 21 bebês no grupo placebo.	O estudo sugere que o tratamento com <i>L. rhamnosus</i> está associado a uma redução nos níveis de calprotectina fecal em quantidade discreta e redução do tempo de choro.	3
Maldonado-Lobón JA, et al./Espanha/2020.(14)	123 bebês com idade média de 5,6±2,7 semanas	Simeticona, administrada na dose de 20 mg (Grupo Simeticona), <i>B. breve</i> CECT7263 (Grupo Bb), ou uma combinação de <i>L.fermentum</i> CECT5716 (Grupo Bb+Lf).	Estudo prospectivo, multicêntrico, aberto, randomizado e controlado com três grupos de estudo.	Esse estudo concluiu que <i>L reuteri</i> DSM 17938 não beneficiou lactentes amamentados e lactentes alimentados com fórmula com cólica.	3
Gerasimov S et al./Ucrânia/2018.(15)	168 bebês em idade entre 30 a 60 dias	O grupo probiótico recebeu uma dose diária de lactobacilos com 5 mcg de vitamina D3 e 3,33 mg de FOS, o grupo controle recebeu apenas 5 mcg de vitamina D3.	Estudo multicêntrico controlado prospectivo de fase II randomizado de grupo paralelo. Dois grupos: de suplementação de probióticos ou controle.	Neste estudo, mostrou-se que a combinação de <i>L. rhamnosus</i> 19070-2 e <i>L. reuteri</i> 12246 foi eficaz no alívio da cólica em lactentes amamentados.	3
Fatheree NY et al./Estados Unidos/2017.(16)	16 bebês com idade entre 21 a 90 dias	5 gotas uma vez ao dia por 42 dias.	Estudo de centro único, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. Dois grupos: probiótico (LR) ou placebo (óleo de girassol).	Não foram encontradas alterações significativas e de segurança em lactentes com cólica tratados com probióticos.	5
Savino F et al./Itália/2018.(17)	81 lactentes com menos de 2 meses de idade	5 gotas de <i>L reuteri</i> DSM 17938 em uma suspensão de óleo por 1 mês. O placebo foi baseado em maltodextrina.	Estudo duplo-cego randomizado. Os bebês com cólica foram aleatoriamente designados para receber <i>L reuteri</i> DSM 17938 ou placebo.	Os dados obtidos após o tratamento com <i>L reuteri</i> foram destacados pela diminuição das horas de choro, também foi observada diminuição da inflamação intestinal.	5
Martinelli M et al./Itália/2017.(18)	176 bebês de 2 semanas a 4 meses de idade.	Grupo A: dose de 1 mL duas vezes ao dia de uma solução; Grupo B: 5 gotas de uma solução; Grupo C: simeticona administrada na dose de 60mg em 15 gotas 2 vezes ao dia.	Estudo prospectivo, multicêntrico, aberto e randomizado. Três grupos: grupo A - <i>M. chamomilla</i> L., <i>M. officinalis</i> L. e <i>tyndallized L. acidophilus</i> (HA122) (Grupo A); Grupo B - <i>L. reuteri</i> DSM 17938; Grupo C: simeticone.	A administração de <i>M. chamomilla</i> L., <i>M. officinalis</i> L. e <i>L. acidophilus tyndallus</i> (HA122) e <i>L. reuteri</i> DSM 17938 foram significativamente mais eficazes do que a simeticona na melhoria sintomas de cólica.	2

Pärtty A et al./Finlândia/2015.(19)	et	30 bebês com cólica com até 6 semanas de vida	A intervenção foi empregada de LGG 4,5x10 ⁹ UFC/dia ou placebo por 4 semanas de estudo.	Estudo duplo-cego randomizado. Os pacientes com cólica foram aleatoriamente designados a receber <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG ou placebo.	Os resultados mostram uma diminuição no tempo de choro dos pacientes que receberam <i>Lactobacillus rhamnosus</i> .	3
Szajewska H et al./Polônia/2013.(20)	et	80 lactentes com idade inferior a 5 meses e com cólica infantil	Tanto o tratamento ativo quanto o placebo foram tomado por via oral, em 5 gotas, 1 vez ao dia.	Estudo duplo-cego randomizado. Os lactentes foram aleatoriamente designados a receber <i>L. reuteri</i> DSM 17938 ou placebo.	Esse estudo mostrou que o tempo de choro foi significativamente menor no grupo probiótico do que no grupo placebo.	5
Mi GL et al./China/2015.(21)	et	39 bebês com menos de 4 meses de idade	Grupo A: uma dose de óleo contendo <i>L.reuteri</i> . Grupo B: foi administrada dose placebo.	Estudo randomizado cego simples. Os participantes foram randomizados em dois grupos. Um óleo à base suspensão contendo <i>L. reuteri</i> DSM 17938 e o outro à base de placebo.	Nesse estudo conclui-se que o grupo tratado com <i>L.reuteri</i> apresentou melhora no tempo de choro em relação ao grupo placebo.	3
Kianifar H et al./Irã/2014.(22)	et	45 bebês com idades entre 15 a 120 dias	Os bebês receberam um simbiótico contendo: <i>L. casei</i> , <i>L. rhamnosus</i> , <i>Streptococcus thermophilus</i> , <i>Bifidobacterium breve</i> , <i>L. acidophilus</i> , <i>B. infantis</i> , <i>L. bulgaricus</i> e FOS. O grupo controle recebeu placebo.	Ensaio clínico randomizado. Dos 45 bebês que completaram o estudo, 25 foram designados aleatoriamente para tratados com simbiótico e 20 com placebo.	Os resultados mostraram que este simbiótico (uma mistura de sete cepas probióticas mais FOS) melhorou significativamente os sintomas de cólica em comparação com placebo.	5
Chau K et al./Canadá/2014.(23)	et	52 bebês com idades entre 2 semanas a 4 meses	5 gotas por via oral de <i>L reuteri</i> DSM no grupo tratado uma vez por dia. No outro grupo foram administradas doses de placebo.	Estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. Dois grupos: <i>L reuteri</i> DSM 17938 (n = 24) ou placebo (n = 28).	Nesse estudo observou-se que a administração de <i>L reuteri</i> DSM 17938 melhorou significativamente os sintomas de cólica, reduzindo os tempos de choro e agitação em bebês amamentados com cólica.	5
Nocerino R et al./Itália/2020.(24)	et	80 bebês com idades de até 7 semanas	Grupo 1: BB-12 (<i>Bifidobacterium animalis</i> subsp. <i>lactis</i>) em suspensão de óleo de maltodextrina; <i>Bifidolactis Infant</i> , <i>Sofar SpA</i>). No grupo 2, os bebês receberam placebo.	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego realizado em bebês amamentados exclusivamente. Dois grupos: BB-12 (1 × 10 ⁹ UFC/dia) ou placebo.	O número médio de episódios de choro diminuiu em ambos os grupos, mas com maior efeito no grupo BB-12.	5

Tabela 2. Estudos selecionados utilizando terapias físicas para manejo da cólica

AUTOR/LOCAL	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	MÉTODOS	DESFECHOS E RESULTADOS	JADAD
Miller J.E. et al./Reino Unido/2012.(25)	69 bebês com menos de 8 semanas	O grupo que recebeu quiropraxia teve envolvimento de pressão tátil de baixa força nas articulações da coluna e músculos paravertebrais.	Estudo único-cego randomizado. Os pacientes foram separados em 3 grupos. Em 2 dos 3 grupos, os bebês receberam tratamento e no terceiro, nenhum tratamento foi administrado.	Os achados deste estudo demonstram um maior declínio no tempo de choro nos bebês em terapia manual quiroprática em comparação com bebês que não foram atendidos.	4
Holm LV et al./Dinamarca/2021.(26)	185 lactentes com idades entre 2 a 14 semanas	As crianças do grupo intervenção receberam terapia manual individualizada de acordo com qualquer disfunção biomecânica encontrada.	Estudo controlado randomizado, multicêntrico e simples-cego. Dois grupos: tratamento quiroprático e grupo controle.	Não houve melhora significativa do choro excessivo no grupo que recebeu quiropraxia após os ajustes.	3

Landgren K et al./Suécia/2017.(27)	et	144 lactentes com idades entre 2 a 8 semanas	Grupo A: AM padronizada em LI4. Os Grupo B: acupuntura individualizada semipadronizada. Grupo C: nenhuma acupuntura.	Estudo multicêntrico, randomizado, controlado, simples-cego e de três braços comparando dois estilos de acupuntura e sem acupuntura.	Redução relativa maior no tempo gasto em choro em bebês que receberam qualquer tipo de acupuntura.	3
Skjeie H et al./Noruega/2013.(28)	et	84 lactentes com idades de até 13 semanas	Grupo de intervenção, uma agulha de acupuntura Seirin estéril oxidada com etileno (0,20 × 15 mm) foi inserida no ponto de acupuntura E36. Grupo controle: procedimento sem agulhas.	O estudo foi um estudo prospectivo, com validação cega, multicêntrico, randomizado e controlado. Os pacientes foram divididos em dois grupos, o grupo controle e o grupo tratamento.	Sem efeito estatisticamente significativo ou clinicamente relevante.	4
Icke S, R./Turquia/2018.(29)	Genc	64 bebês com idade menor que 9 semanas	As solas dos pés foram utilizadas para aplicação de reflexologia. A reflexologia foi aplicada nas regiões gastrointestinal e plexo solar.	Estudo de intervenção controlado para determinar o efeito da reflexologia aplicada aos pontos reflexos dos pés dos bebês que sofrem de cólica infantil.	A gravidade da cólica foi significativamente reduzida após a aplicação de uma intervenção de reflexologia no grupo de estudo.	1
Castejón-Castejón M, Murcia-González MA et al./Espanha/2019.(30)	M,	54 bebês com idade de 0 a 90 dias	Os bebês do grupo experimental recebeu terapia craniosacral durante as visitas.	Ensaio clínico randomizado e controlado. Dois grupos: um grupo experimental (GE) com tratamento e um grupo controle (GC) sem tratamento.	Os resultados mostraram melhora no grupo que recebeu TCS em oposição ao grupo que não recebeu nenhuma terapia manual.	3
Karatas N et al./Turquia/2021.(31)	et	40 crianças com idade de até 3 meses de idade	A reflexologia podal foi realizada em pontos reflexos com uma leve pressão, e a reflexologia placebo foi realizada sem pressão.	Estudo simples-cego randomizado controlado por placebo. Dois grupos: grupo de reflexologia grupo placebo.	As médias dos escores da Escala de Cólica Infantil e a duração do choro diário foram significativamente menores no grupo de reflexologia podal.	4
Çetinkaya B et al./Turquia/2012.(32)	et	40 bebês com idade entre 2 a 6 semanas	Solução de 1 gota de óleo de lavanda misturado em 20 mL de óleo de amêndoa, para iniciar a massagem dentro de 1 a 2 minutos do início da crise de cólica.	Estudo quase experimental randomizado. Dois grupos: controle e tratamento. Os bebês do grupo controle não fizeram massagem com aromaterapia.	Dados do estudo indicam que a massagem de aromaterapia com óleo de lavanda pode ser eficaz para a redução da cólica infantil.	2

Tabela 3. Estudos selecionados utilizando outras intervenções.

AUTOR/LOCAL	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	MÉTODOS	DESECHOS E RESULTADOS	JADAD	
Iacovou M et al./Austrália/2018.(33)	et	13 bebês de até 9 semanas de idade	Mães recrutadas deveriam fazer uma dieta com baixo teor de FODMAP durante o período do estudo.	Ensaio clínico randomizado. Foram recrutados lactentes amamentados exclusivamente com idade ≤9 semanas.	Nesse estudo, conclui-se que a dieta materna com baixo teor de FODMAP foi associada a uma maior redução na duração do choro e agitação de bebês com cólica.	5
Sezici E, D./Turquia/2018.(34)	Yigit	40 bebês com 1 mês de idade	O ruído branco foi reproduzido 30 -50 cm de distância dos bebês. As intervenções de balançar e brincar de ruído branco duraram até que os bebês parassem de chorar.	Estudo prospectivo, multicêntrico, controlado randomizado pareado.	O uso de ruído branco diminuiu a duração do choro diário e aumentou a duração do sono em comparação com o balanço em ambos os grupos.	3

Vandeplass Y et al./França/2017.(35)	et	276 bebês com idade de 28 dias ou menos no momento da inclusão	Adição de uma fórmula infantil na dieta do lactente, foram utilizadas fórmulas diferentes nos 4 grupos.	Este estudo foi um estudo prospectivo, duplo-cego, randomizado, de grupos paralelos de quatro braços.	O estudo mostrou que além da fórmula ser segura, os bebês alimentados com scGOS/lcFOS + 50% FERM apresentaram uma duração diária persistentemente menor do choro durante todo o período do estudo.	5
Ahmed M et al./Paquistão/2018.(36)	et	104 bebês com idade entre 0 a 6 meses	Para bebês amamentados, 5 gotas da preparação de intervenção foram dadas antes de cada mamada, enquanto que para bebês alimentados com fórmula, uma gota da preparação de intervenção foi dada antes de cada mamada.	Estudo prospectivo, duplo-cego, controlado por placebo, randomizado, de grupos paralelos de dois braços, unicêntrico. Todos os indivíduos foram randomizados consecutivamente em grupo de intervenção A e grupo placebo B.	Neste estudo, mostrou-se melhora significativa dos sintomas de cólica infantil, como redução do tempo de choro, principalmente no grupo A, que recebeu preparação da enzima lactase (Colibid) como intervenção.	5

O uso de probióticos no manejo da cólica foi avaliado em 15 dos estudos selecionados, englobando 1163 crianças menores de 3 meses. Os demais estudos envolveram quiropraxia, acupuntura, reflexologia e massagem, dieta materna, utilização de ruído branco, uso de lactase para o bebê e uso de fórmula infantil.

Os estudos com quiropraxia envolveram 304 bebês e mostraram menor tempo de choro em relação ao grupo que não sofreu nenhuma intervenção. Os dois estudos com acupuntura envolveram 247 bebês e mostrou redução de tempo de choro com a acupuntura.

A reflexologia e terapias manuais foi avaliada em 4 estudos, envolvendo 207 bebês menores de 3 meses. Os estudos concluíram que houve redução do tempo de choro dos bebês tratados com as referidas terapias. Outros três estudos selecionados usaram diferentes terapias, sendo um deles a utilização de lactase e outro o uso do ruído branco, ambos mostraram redução do tempo de choro. Um estudo que envolveu 432 crianças utilizou fórmulas com baixo teor de FOS. Tal estudo não avaliou bebês em aleitamento materno.

Dentre os estudos chamou a atenção o uso de diferentes probióticos e a melhora dos sintomas em bebês em aleitamento materno, não ocorrendo o mesmo nos bebês em uso de fórmula infantil. Do total, três estudos não mostraram redução da cólica com o uso de probióticos. Com relação à qualidade dos estudos, 3 estudos foram considerados de baixa qualidade utilizando a Escala de Jadad. Aqueles que tiveram pontuação menor não foram excluídos.

1.5 Discussão

Na presente revisão foram analisados ensaios clínicos randomizados publicados no período de 2011-2021 que abordam o tratamento e manejo para a cólica infantil do lactente. Os parâmetros utilizados pelos ensaios para avaliar a melhora da cólica foram relatórios preenchidos regularmente pelos pais durante o período de estudo contendo o tempo de duração de choro. Dentre os estudos publicados, observaram-se diversas estratégias para alívio da CI: probióticos, acupuntura, reflexologia, quiropraxia e fitoterápicos. Alguns estudos tiveram uma abordagem não centrada na criança e sim na modificação dietética da mãe durante o período de aleitamento materno.

A suposição de que lactentes com cólica apresentam alterações na microbiota intestinal, estimularam a realização de pesquisas sobre o uso de suplementação de

probióticos para o tratamento da CI. O principal objetivo desse tratamento seria promover uma melhora na microbiota intestinal do bebê, reduzindo a inflamação e assim, o choro excessivo (37). Essa hipótese foi testada em ensaios clínicos randomizados com diferentes tipos de bactérias, sendo o *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 (*L.reuteri*) o mais utilizado para estudo.

Dois estudos duplo-cegos randomizados realizados na Itália utilizaram o *L.reuteri* como tratamento para cólica infantil (10)(17). Esses estudos mostraram que após o tratamento, houve diminuição das horas de choro, bem como diminuição da inflamação intestinal avaliada pela calprotectina fecal, nos grupos que receberam a intervenção. Outros dois estudos duplo-cegos randomizados realizados na Polônia e no Canadá também avaliaram melhora significativa dos sintomas de cólica nos grupos de intervenção com *L. reuteri* (20)(23).

Estudo realizado no Irã, tendo como intervenção um preparado simbiótico contendo: *L. casei*, *L. rhamnosus*, *Streptococcus thermophilus*, demonstrou que as cepas probióticas melhoraram significativamente os sintomas de cólica em comparação com placebo após a análise dos relatórios entregues pelos pais contendo a duração do tempo de choro durante o tratamento. (22). Outro estudo realizado na Itália, porém utilizando B- 12 (*Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis*) demonstrou que a suplementação com B-12 foi eficaz no controle da cólica infantil (24).

Apesar de existir uma variedade de estudos indicando a eficácia do uso de probióticos para o manejo da cólica infantil, deve-se notar, no entanto, que o estudo com maior população não encontrou nenhum efeito do probiótico. Neste ensaio duplo-cego randomizado, realizado na Austrália, 127 pacientes em aleitamento misto completaram o estudo e verificou-se que o tratamento com *L.reuteri* não reduziu o choro ou agitação, nem foi eficaz para melhorar o sono infantil (11).

Foi sugerido que o efeito da suplementação com *L.reuteri* é diretamente dependente da microbiota intestinal infantil e que as diferenças entre o efeito na duração do choro em bebês amamentados e alimentados com fórmula são explicadas por diferenças na microbiota de cada indivíduo (38)(39). Portanto, é possível inferir que a microbiota intestinal infantil é diferente entre as populações de lactentes, o que poderia explicar os diferentes efeitos da suplementação do *L.reuteri* de uma população para outra. Isso poderia explicar a eficácia da suplementação com *L. reuteri* em alguns estudos e a falta de efeito do *L.reuteri* em bebês com cólica na Austrália.

Além do exposto acima, um estudo realizado na Austrália retirado do Mothers and Their Children's Health Study avaliando 4767 mães revelou que apenas 34,4% delas amamentou exclusivamente seus filhos até o sexto mês (40). Como um dos achados dessa revisão é a melhora significativa dos sintomas da cólica em bebês amamentados, o fato de haver uma larga descontinuidade na amamentação nas mães australianas poderia explicar um pouco a diferença do estudo realizado na Austrália para os outros ECRs.

Destaca-se também que na análise dos estudos selecionados pode-se notar que a redução do tempo de choro após suplementação com probióticos ocorreu nos bebês em aleitamento materno exclusivo. Os dados para bebês amamentados aleitamento misto ou apenas com fórmula infantil não mostraram melhora da CI. Diante disso, é necessário que haja mais estudos de grandes populações para avaliar a real eficácia dos probióticos para que possa ser utilizado como terapia na CI.

Lactentes não produzem grandes quantidades de enzima lactase no início da vida, em consequência da imaturidade do sistema digestório. Pelo fato de a intolerância à lactose cursar com distensão abdominal e flatulência, sintomas frequentes na cólica do lactente, esta foi proposta como uma das prováveis etiologias da CI (41).

Foi selecionado apenas um estudo duplo-cego randomizado, realizado no Irã, com população de 104 bebês, que mostrou melhora significativa dos sintomas de cólica infantil, como redução do tempo de choro no grupo que recebeu preparação da enzima lactase como intervenção (36). Entretanto, ainda há escassez de estudos com densidade populacional significativa que avaliem os benefícios do uso de lactase exógena nos lactentes com cólica.

A associação entre excesso de gases intestinais e a CI é fato reconhecido e para tratar esse sintoma, em muitos países o uso de dimetil polissiloxano (simeticona), que age auxiliando a dispersão e expulsão do gás intestinal, foi aprovado. Porém estudos posteriores mostraram não haver diferenças entre a eficácia do tratamento com simeticona e do tratamento com placebo (10).

Devido à escassez de estudos com uma maior população de pacientes observados e a limitações metodológicas, há falta de evidências acerca dos benefícios do uso de medidas farmacológicas para o manejo da CI. Portanto, o uso dessas medidas não deve ser encorajado pelos pediatras e profissionais. Por fim, além da simeticona, evidências indicam que outras técnicas como suplemento com fitoterápicos, açúcares, e o brometo de cimetrópio também não devem ser recomendados para bebês com cólicas (42).

Estudo com 69 bebês, realizado no Reino Unido, tendo como intervenção a quiropraxia, demonstrou maior declínio no tempo de choro nos bebês em terapia manual quiroprática em comparação com bebês que não receberam a terapia (25). Outro estudo, com população de 185 bebês, realizado na Dinamarca, também se mostrou favorável à terapia quiroprática (26). Entretanto, nenhum dos estudos possuíam duplo-cegamento e devem ser interpretados cautelosamente.

Dois estudos realizados na Escandinávia, um com população de 144 lactentes suecos e outro com 84 lactentes residentes da Noruega, avaliaram a eficácia da acupuntura para melhora dos sintomas da cólica (27)(28). No estudo sueco, os resultados mostraram-se favoráveis em relação à redução do tempo de choro nos lactentes. No estudo norueguês não foram demonstrados efeitos estatisticamente significativos ou clinicamente relevantes no uso de acupuntura para alívio da cólica. Ambos os estudos possuíam cegamento simples.

Três estudos sobre reflexologia podal para o alívio dos sintomas da CI foram incluídos nessa revisão. Todos os estudos mostraram resultados favoráveis à redução do tempo de choro nos grupos que receberam intervenção de reflexologia. Porém, dois desses estudos mostraram limitações metodológicas como falta de cegamento e de detalhamento dos pacientes analisados (29)(30). Apenas o ensaio realizado na Turquia apresentou credibilidade metodológica pela escala de avaliação da qualidade dos estudos, apesar de ter uma população reduzida (31).

Um estudo realizado na Turquia sobre massagem de aromaterapia mostrou-se favorável à redução dos sintomas da cólica infantil (32). Porém o estudo apresenta limitações metodológicas como falta de cegamento e a falta de relato das exclusões e inclusões de pacientes. Apesar do estudo analisado nessa revisão mostrar limitações, estudos anteriores apontam que a massagem é capaz de melhorar a relação mãe-filho e fornecer estimulação sensorial ao bebê, podendo reduzir assim o tempo de choro em excesso (43). Além disso, por não ser uma técnica invasiva, a massagem se apresenta como uma intervenção segura para dar alívio à cólica infantil.

Foi sugerido que mudanças na dieta materna, como retirada do leite de vaca e uma dieta com baixo teor de alimentos alérgenos, poderiam ser benéficas durante os primeiros seis meses pós-nascimento para que o bebê não tivesse cólica (44). Um estudo realizado na Austrália mostrou-se favorável à dieta materna com baixo teor de oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis (FODMAPs), cujos resultados apresentaram uma maior redução na duração do choro e agitação de bebês com cólica

(33). Entretanto, a limitação metodológica desse estudo está na população, apenas 13 crianças participaram do estudo.

Um estudo duplo-cego randomizado, realizado na França com 276 bebês, investigou a eficácia da adição de uma fórmula infantil fermentada com galactooligosacarídeos de cadeia curta e fruto-oligosacarídeos de cadeia longa na dieta dos lactentes (35). O estudo mostrou que os bebês alimentados com scGOS/lcFOS + 50% FERM apresentaram uma duração diária significativamente menor do choro durante todo o período do estudo. Tal estudo foi realizado somente com bebês em uso de fórmula infantil, não havendo nenhuma indicação de suspensão de aleitamento materno somente pela ocorrência das cólicas infantis.

É importante lembrar que o choro excessivo e inconsolável pode levar à frustração do cuidador. Estima-se que 1% dos pais de bebês de 1 mês de idade admitem ter sacudido o filho pelo menos uma vez para tentar parar de chorar, e 2,2% admitem ter sacudido, esbofetado ou sufocado o bebê pelo menos uma vez na tentativa de parar chorando. Aos 6 meses de idade, a porcentagem de pais que realizaram uma dessas manobras físicas perigosas chega a 5,6%.⁽⁴⁾

1.6 Conclusão

A presente revisão conclui que, embora alguns estudos sejam favoráveis à utilização de probióticos para o manejo da CI, tal efeito foi observado somente em bebês amamentados e as evidências não são suficientes para indicar o uso indiscriminado desses suplementos para o manejo da cólica infantil. Medidas físicas tiveram efeito de redução do tempo de choro nos estudos no entanto também não apresentam evidências fortes de que seu uso deva ser indicado a todos os lactentes com cólicas.

Referências Bibliográficas

1. Savino F, Tarasco V, Sorrenti M, Lingua C, Moja L, Gordon M, et al. Dietary modifications for infantile colic. In: The Cochrane Library. 2014.
2. Zeevenhooven J, Koppen IJN, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017 Mar;20(1):1–13.
3. Jr. WWH, Levin MJ, Deterding RR, Abzug MJ. Preocupações comuns do

- desenvolvimento. In: *Current Pediatria, Diagnóstico e Tratamento*. 22nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 228–9.
4. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* [Internet]. 2004;364(9442):1340–2. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673604171912>
 5. Barr RG. Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 Oct;109 Suppl(Suppl 2):17294–301.
 6. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. 2006;1(3):146–55.
 7. Zeevenhooven J, Browne PD, L’Hoir MP, de Weerth C, Benninga MA. Infant colic: mechanisms and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug;15(8):479–96.
 8. Akhnikh S, Engelberts AC, van Sleuwen BE, L’Hoir MP, Benninga MA. The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatr Ann*. 2014 Apr;43(4):e69-75.
 9. Gupta SK. Is colic a gastrointestinal disorder? *Curr Opin Pediatr*. 2002 Oct;14(5):588–92.
 10. Baldassarre ME, Di Mauro A, Tafuri S, Rizzo V, Gallone MS, Mastromarino P, et al. Effectiveness and Safety of a Probiotic-Mixture for the Treatment of Infantile Colic: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial with Fecal Real-Time PCR and NMR-Based Metabolomics Analysis. *Nutrients*. 2018 Feb;10(2).
 11. Sung V, Hiscock H, Tang MLK, Mensah FK, Nation ML, Satzke C, et al. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ*. 2014 Apr;348:g2107.
 12. Vandenplas Y, Bacarea A, Marusteri M, Bacarea V, Constantin M, Manolache M. Efficacy and safety of APT198K for the treatment of infantile colic: a pilot study. *J Comp Eff Res*. 2017 Mar;6(2):137–44.
 13. Savino F, Montanari P, Galliano I, Daprà V, Bergallo M. *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103) for the Management of Infantile Colic: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2020 Jun;12(6).

14. Maldonado-Lobón JA, Blanco-Rojo R, Maldonado J, Ali MA, Almazán M V, Suanes-Cabello A, et al. Efficacy of *Bifidobacterium breve* CECT7263 for infantile colic treatment: an open-label, parallel, randomised, controlled trial. *Benef Microbes*. 2021 Feb;12(1):55–67.
15. Gerasimov S, Gantzel J, Dementieva N, Schevchenko O, Tsitsura O, Guta N, et al. Role of *Lactobacillus rhamnosus* (FloraActive™) 19070-2 and *Lactobacillus reuteri* (FloraActive™) 12246 in Infant Colic: A Randomized Dietary Study. *Nutrients*. 2018 Dec;10(12).
16. Fatheree NY, Liu Y, Taylor CM, Hoang TK, Cai C, Rahbar MH, et al. *Lactobacillus reuteri* for Infants with Colic: A Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial. *J Pediatr*. 2017 Dec;191:170-178.e2.
17. Savino F, Garro M, Montanari P, Galliano I, Bergallo M. Crying Time and ROR γ /FOXP3 Expression in *Lactobacillus reuteri* DSM17938-Treated Infants with Colic: A Randomized Trial. *J Pediatr*. 2018 Jan;192:171-177.e1.
18. Martinelli M, Ummarino D, Giugliano FP, Sciorio E, Tortora C, Bruzzese D, et al. Efficacy of a standardized extract of *Matricariae chamomilla* L., *Melissa officinalis* L. and tyndallized *Lactobacillus acidophilus* (HA122) in infantile colic: An open randomized controlled trial. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc*. 2017 Dec;29(12).
19. Pärty A, Lehtonen L, Kalliomäki M, Salminen S, Isolauri E. Probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GG therapy and microbiological programming in infantile colic: a randomized, controlled trial. *Pediatr Res*. 2015 Oct;78(4):470–5.
20. Szajewska H, Gyrzczuk E, Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the management of infantile colic in breastfed infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pediatr*. 2013 Feb;162(2):257–62.
21. Mi G-L, Zhao L, Qiao D-D, Kang W-Q, Tang M-Q, Xu J-K. Effectiveness of *Lactobacillus reuteri* in infantile colic and colicky induced maternal depression: a prospective single blind randomized trial. *Antonie Van Leeuwenhoek*. 2015 Jun;107(6):1547–53.
22. Kianifar H, Ahanchian H, Grover Z, Jafari S, Noorbakhsh Z, Khakshour A, et al. Synbiotic in the management of infantile colic: a randomised controlled trial. *J Paediatr Child Health*. 2014 Oct;50(10):801–5.
23. Chau K, Lau E, Greenberg S, Jacobson S, Yazdani-Brojeni P, Verma N, et al. Probiotics for infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled

- trial investigating *Lactobacillus reuteri* DSM 17938. *J Pediatr.* 2015 Jan;166(1):74–8.
24. Nocerino R, De Filippis F, Cecere G, Marino A, Micillo M, Di Scala C, et al. The therapeutic efficacy of *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* BB-12(®) in infant colic: A randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020 Jan;51(1):110–20.
 25. Miller JE, Newell D, Bolton JE. Efficacy of chiropractic manual therapy on infant colic: a pragmatic single-blind, randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012 Oct;35(8):600–7.
 26. Holm LV, Jarbøl DE, Christensen HW, Søndergaard J, Hestbæk L. The effect of chiropractic care on infantile colic: results from a single-blind randomised controlled trial. *Chiropr Man Therap.* 2021 Apr;29(1):15.
 27. Landgren K, Hallström I. Effect of minimal acupuncture for infantile colic: a multicentre, three-armed, single-blind, randomised controlled trial (ACU-COL). *Acupunct Med.* 2017 Jun;35(3):171–9.
 28. Skjeie H, Skonnord T, Fetveit A, Brekke M. Acupuncture for infantile colic: a blinding-validated, randomized controlled multicentre trial in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2013 Dec;31(4):190–6.
 29. Icke S, Genc R. Effect of Reflexology on Infantile Colic. *J Altern Complement Med.* 2018 Jun;24(6):584–8.
 30. Castejón-Castejón M, Murcia-González MA, Martínez Gil JL, Todri J, Suárez Rancel M, Lena O, et al. Effectiveness of craniosacral therapy in the treatment of infantile colic. A randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 2019 Dec;47:102164.
 31. Karatas N, Isler Dalgic A. Is foot reflexology effective in reducing colic symptoms in infants: A randomized placebo-controlled trial. *Complement Ther Med.* 2021 Jun;59:102732.
 32. Çetinkaya B, Başbakkal Z. The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic. *Int J Nurs Pract.* 2012 Apr;18(2):164–9.
 33. Iacovou M, Craig SS, Yelland GW, Barrett JS, Gibson PR, Muir JG. Randomised clinical trial: reducing the intake of dietary FODMAPs of breastfeeding mothers is associated with a greater improvement of the symptoms of infantile colic than for a typical diet. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018 Nov;48(10):1061–73.

34. Sezici E, Yigit D. Comparison between swinging and playing of white noise among colicky babies: A paired randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018 Feb;27(3–4):593–600.
35. Vandenplas Y, Ludwig T, Bouritius H, Alliet P, Forde D, Peeters S, et al. Randomised controlled trial demonstrates that fermented infant formula with short-chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides reduces the incidence of infantile colic. *Acta Paediatr*. 2017 Jul;106(7):1150–8.
36. Ahmed M, Billoo AG, Iqbal K, Memon A. Clinical Efficacy Of Lactase Enzyme Supplement In Infant Colic: A Randomised Controlled Trial. *J Pak Med Assoc*. 2018 Dec;68(12):1744–7.
37. Nation ML, Dunne EM, Joseph SJ, Mensah FK, Sung V, Satzke C, et al. Impact of *Lactobacillus reuteri* colonization on gut microbiota, inflammation, and crying time in infant colic. *Sci Rep*. 2017 Nov;7(1):15047.
38. Dubois NE, Gregory KE. Characterizing the Intestinal Microbiome in Infantile Colic: Findings Based on an Integrative Review of the Literature. *Biol Res Nurs*. 2016 May;18(3):307–15.
39. Rautava S, Luoto R, Salminen S, Isolauri E. Microbial contact during pregnancy, intestinal colonization and human disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2012 Oct;9(10):565–76.
40. Moss KM, Dobson AJ, Tooth L, Mishra GD. Which Australian Women Do Not Exclusively Breastfeed to 6 Months, and why? *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2021 May;37(2):390–402.
41. Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*. 2001 Oct;14(5):359–63.
42. Biagioli E, Tarasco V, Lingua C, Moja L, Savino F. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane database Syst Rev*. 2016 Sep;9(9):CD009999.
43. White-Traut RC, Nelson MN. Maternally administered tactile, auditory, visual, and vestibular stimulation: relationship to later interactions between mothers and premature infants. *Res Nurs Health*. 1988 Feb;11(1):31–9.
44. Johnson JD, Cocker K, Chang E. Infantile Colic: Recognition and Treatment. *Am Fam Physician*. 2015 Oct;92(7):577–82.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho, foi possível avaliar as diferentes medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas no manejo da cólica do lactente. A CI ainda é um assunto que causa angústia tanto nos pais, quanto nos médicos que são questionados pelos familiares das crianças sobre o que deve ser feito para melhorar os sintomas. Após a revisão sistemática, conclui-se que ainda há muitos questionamentos acerca do assunto e que são necessários mais estudos avaliando tanto a etiologia quanto as medidas terapêuticas empregadas no alívio da CI.

ANEXO A – Normas da Revista AMRIGS

As normas da revista AMRIGS podem ser acessadas pelo link a seguir:

<https://www.amrigs.org.br/media/2021/04/Instrucoes-Redatoriais.pdf>

B) REGRAS PARA REDAÇÃO DOS ARTIGOS

A revista da AMRIGS (ISSN 0102-2105) aceita para publicação artigos da comunidade científica Nacional e Internacional. Publica regularmente artigos originais de pesquisa clínica e experimental, artigos de revisão sistemática de literatura, metanálises, artigos de opinião, relatos de caso e cartas ao editor. A revista da AMRIGS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org>). O número de identificação deverá ser informado no final do resumo.

Regras do artigo:

O artigo pode ser enviado nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês (sempre com resumo na língua em que foi escrito). O tamanho do artigo completo não deverá exceder 24 páginas (laudas do Word) para artigos originais e de revisão, 15 páginas para relatos de caso e artigos de opinião e 2 páginas para as cartas ao editor. As margens não precisam ser definidas, pois o sistema SGP as definirá. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (peer review). Os trabalhos são encaminhados aos Editores Associados que selecionarão os relatores de reconhecida competência na temática abordada. Os trabalhos publicados são propriedades da Revista, sendo vedada

a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais e Declaração de Conflitos de Interesses assinadas pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Conteúdo do artigo:

O **título do artigo**: em português e inglês, curtos e objetivos; nome dos autores com titulação mais importante de cada um; instituição à qual o trabalho está vinculado; nome, endereço, telefone, e-mail e fax do autor responsável pela correspondência; se o trabalho foi apresentado em congresso, especificar nome do evento, data e cidade; fonte de suporte ou financiamento se houver e se há alguma espécie de conflito de interesses.

- **Resumo**: O resumo dos artigos originais deve ser estruturado, isto é, apresentando as seguintes seções: a) Introdução (com objetivo); b) Métodos; c) Resultados; d) Conclusões. O resumo deve ter no máximo de 250 palavras. O resumo dos artigos de revisão não deve ser estruturado, porém deve incluir introdução com objetivos, síntese dos dados e conclusões. Para relatos de caso o resumo também não deve ser estruturado, porém deve incluir introdução, e o relato resumido e conclusões. Abaixo do resumo, fornecer dois a seis descritores em português e inglês, selecionados da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" da BIREME, disponível no site <http://decs.bvs.br>. **O Abstract será redigido pelo Tradutor com base no resumo.**

- **Artigos Originais**: a) Introdução (com objetivo); b) Métodos; c) Resultados; d) Discussão; e) Conclusões; f) Referências Bibliográficas. As informações contidas em tabelas e figuras não devem ser repetidas no texto. Estudos envolvendo seres humanos e animais devem fazer referência ao número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual está vinculada a pesquisa. Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho de pesquisa científica com contribuições significativas e válidas. Os leitores devem extrair de um artigo geral conclusões objetivas que vão ao encontro dos objetivos propostos.

Artigos de Revisão da Literatura: Deverão ser feitos sob convite do Editor e conter na sua estrutura os seguintes itens: a) Introdução; b) Revisão de literatura; c) Comentários Finais; e) Referências Bibliográficas. Artigos de revisão devem abranger a literatura existente e atual sobre um tópico específico. A revisão deve identificar, confrontar e discutir as diferenças de interpretação ou opinião.

Relato de Caso: a) Introdução; b) Apresentação do Caso; c) Discussão com revisão de literatura; e) Comentários finais; f) Referências Bibliográficas. Relatos de caso deverão apresentar características inusitadas ou cientificamente relevantes.

Cartas ao Editor - Deve expressar de forma sucinta a opinião do autor sobre diferentes assuntos de interesse médico/profissional, com um número máximo de 350 palavras (aproximadamente uma página e meia de texto) e com número de referências bibliográficas não superiores a 10.

Artigos de Opinião: deverão ser feitos sob convite do Editor.

Referências bibliográficas - as referências devem ser apresentadas em ordem de aparecimento no texto e identificadas no texto em numerais arábicos entre parênteses. As abreviaturas dos periódicos devem ser baseadas no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", disponível pelo site <http://www.icmje.org>. Todos os autores deverão ser incluídos quando houver até seis; quando houver sete ou mais, os primeiros seis devem ser listados seguidos de 'et al.' para os subsequentes. Serão aceitas no máximo 30 referências para artigos originais, 60 para artigos de revisão e 15 para relatos de casos.

Exemplos:

- **Periódicos:** Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Artigo. Abreviaturas do Periódico, ano, volume: página inicial - página final. Ex: **Prolla JC, Dietz J, da Costa LA.** Geographical differences in esophageal neoplasm mortality in Rio Grande do Sul. Rev Assoc Med Bras. 1993;39(4):217-20.

- **Teses:** Sobrenome do Autor e Iniciais. Título da Tese. Cidade, ano, página (Tese de Mestrado ou Doutorado - Nome da Faculdade). Ex: Barros SGS. Detecção de lesões precursoras em indivíduos sob risco para o carcinoma epidermóide do esôfago. Tese de doutorado (1992). Porto Alegre, UFRGS.

- **Livros:** Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Livro, no da edição. Cidade: Editora; ano. Ex: Corrêa da Silva, LC. Condutas em Pneumologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

- **Capítulos de Livros:** Sobrenome do(s) Autor(es) do capítulo e Iniciais. Nome do capítulo. In: Sobrenome do(s) Autor(es) do Livro e Iniciais. Título do Livro. Número da edição. Cidade: Editora; ano, página inicial - página final.

Ex: Silveira TR, Krebs S, Vieira SMG. Fibrose Cística. In Gayotto LC e Strauss EO. Hepatologia, 1ª ed. São Paulo: Ed. Rocca; 2000, 353-364.

- **Material eletrônico:** Para artigos na íntegra retirados da internet, seguir as regras prévias, acrescentando no final "disponível em: endereço do site" e data do acesso.

Abreviaturas e Unidades: a revista reconhece o Sistema Internacional (SI) de unidades. As abreviaturas devem ser usadas apenas para palavras muito freqüentes no texto.

Tabelas e Gráficos: cada tabela deve ser apresentada com números arábicos, por ordem de aparecimento no texto, em página separada com um título sucinto, porém explicativo, não sublinhando ou desenhando linhas dentro das tabelas. Quando houver tabelas com grande número de dados, preferir os gráficos (em preto e branco). Se houver abreviaturas, providenciar um texto explicativo na borda inferior da tabela ou gráfico.

Ilustrações: Enviar as imagens e legendas conforme instruções de envio do Sistema de Gestão de Publicações (SGP) no site www.revistadaamrjgs.org.br. Até um total de 8 figuras será publicado sem custos para os autores; fotos coloridas serão publicadas dependendo de decisão do editor e seu custo poderá ser por conta do autor. As imagens deverão ser enviadas em 300dpi, em formato JPG sem compactação. As tabelas deverão ser colocadas no final do artigo e coladas juntamente com o conteúdo no respectivo passo. Os gráficos deverão ser convertidos em formato de imagem, jpg.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação (ver a seção de Proteção dos Direitos de Privacidade dos Pacientes). Se uma figura já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

Legenda das ilustrações: Quando símbolos, setas, números ou letras forem usados para identificar as partes de uma ilustração, identificar e explicar cada uma claramente na legenda. Explicar a escala interna e identificar o método de coloração utilizado nas microfotografias.

Declaração de conflitos de interesse: Além da declaração no Sistema de Gestão de Publicações, os autores devem informar no final do artigo a existência ou não de conflitos de interesses.

Provas - Os autores receberão as provas gráficas para revisão antes da publicação. Apenas modificações mínimas serão aceitas nesta fase, para correção de erros de impressão (05 dias úteis para revisar).

Check List

- ✓ Título em português e inglês;
- ✓ Nome e titulação dos autores;
- ✓ Instituição;
- ✓ Endereço para correspondência;
- ✓ Apresentação em congresso; fonte de financiamento;
- ✓ Resumo e palavras-chave;
- ✓ Texto do manuscrito;
- ✓ Agradecimentos;
- ✓ Referências bibliográficas;
- ✓ Tabelas e gráficos;
- ✓ Ilustrações (fotos e desenhos);
- ✓ Legendas das ilustrações.
- ✓ Declaração por escrito de todos os autores que o material não foi publicado em outros locais, permissão por escrito para reproduzir fotos/figuras/gráficos/tabelas ou qualquer material já publicado ou declaração por escrito do paciente em casos de fotografias que permitam a sua identificação.
- ✓ Declaração por escrito sobre a "Transferência dos Direitos Autorais" e sobre a "Declaração de Conflitos de Interesse".
- ✓ Autorização da Comissão de Ética para estudos em humanos ou animais