

Cólica do lactente e choro excessivo

Critérios de Wessel e Roma IV, exclusão de causas orgânicas do choro, o que não prescrever, papel do *Lactobacillus reuteri* e apoio aos pais com prevenção do trauma craniano abusivo

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A cólica do lactente é o choro prolongado, sem causa aparente e difícil de consolar, em lactente saudável com menos de 5 meses, com ganho de peso normal e exame físico normal. Começa nas primeiras semanas, tem pico por volta de 6 semanas e costuma resolver entre 3 e 4 meses. É diagnóstico de exclusão: anamnese e exame completos, curva de peso e observação da mamada. O tratamento é tranquilizar e apoiar os pais, com medidas de acalmar o bebê. Simeticona e lactase não têm evidência; antiespasmódicos anticolinérgicos (dicyclomina) são contraindicados abaixo de 6 meses; IBP não reduz o choro. O *L. reuteri* DSM 17938 pode ser considerado no lactente em aleitamento materno (ESPGHAN 2023), com evidência limitada. Nunca suspender o aleitamento sem indicação. O choro é o principal gatilho da síndrome do bebê sacudido: orientar sempre os cuidadores. A cólica típica é tratada em casa (●). Choro agudo inconsolável diferente do habitual, febre, vômitos biliosos, letargia, abdome distendido ou suspeita de trauma exigem pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

- **CrITÉRIOS de Wessel (regra dos 3):** choro por mais de 3 horas por dia, em mais de 3 dias por semana, por mais de 3 semanas, em lactente saudável.
- **CrITÉRIOS de Roma IV (uso clínico):** lactente com menos de 5 meses no início e no término dos sintomas; períodos recorrentes e prolongados de choro, agitação ou irritabilidade relatados pelos cuidadores, que ocorrem sem causa óbvia e não podem ser prevenidos nem resolvidos por eles; sem evidência de déficit de crescimento, febre ou doença. Para pesquisa, exige-se ainda choro de 3 horas ou mais por dia em 3 ou mais dias em 7 dias, confirmado por diário de 24 horas.
- **Epidemiologia:** afeta 10–40% dos lactentes; pico por volta de 6 semanas; melhora até 3–4 meses (às vezes até 6 meses).
- **Quadro típico:** choro no fim da tarde e à noite, rubor facial, flexão das pernas sobre o abdome, punhos cerrados, eliminação de gases; entre as crises, o bebê está bem, mama bem e ganha peso.
- **Etiologia:** desconhecida e provavelmente multifatorial — imaturidade do sistema nervoso central e da regulação do sono, alterações da motilidade e da microbiota intestinal, fatores do ambiente familiar (SBP). Em pequena parcela, APLV.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Choro com padrão típico de cólica, lactente < 5 meses, bom estado entre as crises, exame normal, ganho de peso adequado, família com rede de apoio	Tranquilizar, orientar medidas de acalmar e prevenção do sacudimento; retorno de rotina ou em 1–2 semanas
● Moderada	Choro associado a regurgitação com desconforto marcante, sangue ou muco nas fezes, eczema ou outros sinais de APLV; dificuldade de amamentação; ganho de peso limítrofe; cuidador exausto, deprimido ou com rede de apoio frágil	Reavaliação em poucos dias; revisar técnica de amamentação; teste de dieta materna ou fórmula extensamente hidrolisada se suspeita de APLV; triagem de depressão materna; acionar rede de apoio
● Grave	Choro agudo, inconsolável e diferente do habitual; febre (em especial < 3 meses); vômitos biliosos ou persistentes; letargia, hipotonia, fontanela abaulada, convulsão; abdome distendido, massa ou sangue nas fezes; hérnia irreduzível; torniquete de cabelo; déficit de crescimento importante; sinais de trauma ou suspeita de maus-tratos; cuidador em risco imediato de agredir a criança	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital; se suspeita de maus-tratos, garantir a proteção da criança e acionar o Conselho Tutelar

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses com febre ou choro agudo (infecção bacteriana grave).
- Prematuridade, baixo peso, dificuldade de ganho ponderal.
- Depressão pós-parto, isolamento social, cuidador jovem, violência doméstica, uso de álcool ou drogas (risco de trauma não accidental).
- Choro que começa após os 4–5 meses ou persiste além dessa idade (não é cólica típica).

3. Diagnóstico no consultório

- **Anamnese:** início, horário e duração do choro (diário de choro ajuda), técnica e frequência das mamadas, volume e preparo da fórmula, vômitos, hábito intestinal, sangue nas fezes, febre, sono, rotina da casa, apoio aos pais, estado emocional da mãe.
- **Exame completo com o bebê despido:** temperatura, peso e curva de crescimento, fontanela, olhos (abrasão de córnea), boca, abdome, hérnias inguinais e umbilical, testículos, genitais, ânus (fissura), dedos das mãos e dos pés e pênis (torniquete de cabelo), pele (hematomas, lesões em padrão), fraturas (dor à mobilização).
- **Observar uma mamada** quando possível.

- **Exames complementares:** não são necessários na cólica típica. Pedir apenas se a história ou o exame sugerirem outra causa (por exemplo, urina tipo 1 e urocultura no lactente febril).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Infecção: infecção urinária, otite, meningite, sepse.
- Causas cirúrgicas: invaginação intestinal, hérnia inguinal encarcerada, torção testicular, má rotação com volvo.
- Torniquete de cabelo ou fio em dedos ou pênis; abrasão de córnea; fissura anal.
- Trauma não acidental: fraturas, hematoma subdural (choro com vômitos, irritabilidade, fontanela abaulada).
- APLV (eczema, vômitos, sangue ou muco nas fezes, baixo ganho de peso) e DRGE com esofagite.
- Fome por técnica inadequada ou baixa oferta; exposição ao tabaco.

4. Tratamento em casa

Apoio e orientação aos pais (base do tratamento)

- Explicar que o choro é comum, que o bebê está saudável e que a cólica melhora até 3–4 meses; reconhecer o cansaço e a angústia dos pais (NICE, SBP).
- Medidas de acalmar: colo, contato pele a pele, embalo e movimento rítmico, ruído branco, banho morno, compressas mornas no abdome, flexão das coxas sobre a barriga, ambiente calmo e com pouca luz, rotina regular (SBP).
- Responder precocemente ao choro e oferecer o peito (AEP).
- **Não interromper o aleitamento materno exclusivo** sem orientação pediátrica; não trocar a fórmula sem motivo (SBP).
- Revezar os cuidados; aceitar ajuda de familiares e amigos.
- Triar depressão pós-parto e acompanhar a saúde emocional da mãe.

Prevenção da síndrome do bebê sacudido (orientar sempre)

- "Nunca sacuda o bebê. Se você se sentir irritado ou sem controle, coloque o bebê em lugar seguro, de barriga para cima no berço, saia do quarto por alguns minutos e peça ajuda."
- O choro excessivo é o principal gatilho do trauma craniano abusivo (SBP; AEP; AAP).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
<i>Limosilactobacillus reuteri</i> DSM 17938	10 ⁸ UFC (conferir número de gotas na apresentação)	1x/dia	21–28 dias	Considerar no lactente em aleitamento materno (ESPGHAN 2023: ≥ 10 ⁸ UFC/dia por ≥ 21 dias; a ESPGHAN também aceita <i>Bifidobacterium animalis</i> subsp. <i>lactis</i> BB-12, ≥ 10 ⁸ UFC/dia por 21–28 dias). Benefício incerto no lactente com fórmula; um grande ensaio comunitário não mostrou efeito. NICE não recomenda probióticos
Fórmula extensamente hidrolisada	Volume habitual	Conforme rotina	Teste de 2–4 semanas	Apenas se houver suspeita de APLV no lactente com fórmula
Dieta materna sem leite de vaca	—	—	Teste de 2–4 semanas	Apenas se houver suspeita de APLV no lactente amamentado; acompanhar a nutrição da mãe

O que não usar

- **Simeticona e lactase em gotas:** sem eficácia comprovada (SBP); o NICE não recomenda e a AAFP considera a simeticona equivalente ao placebo.
- **Antiespasmódicos anticolinérgicos** (dicyclomina, dicycloverina): contraindicados em menores de 6 meses pelo risco de apneia e sedação (AAFP).
- **IBP e anti-H2:** não reduzem o choro e têm efeitos adversos (NASPGHAN/ESPGHAN).
- **Chás e fitoterápicos** (erva-doce, camomila, anis-estrelado): risco de toxicidade e de redução da ingestão de leite; o anis-estrelado pode causar neurotoxicidade.
- Sedativos e anti-histamínicos; troca empírica e repetida de fórmulas; manipulação espinal ou osteopatia craniana (NICE).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Choro agudo, contínuo e inconsolável, diferente do padrão habitual, sobretudo com palidez, vômitos ou letargia (invaginação, hérnia encarcerada, torção testicular).
- Febre em lactente < 3 meses ou lactente com aspecto toxemiado.
- Vômitos biliosos, abdome distendido, massa abdominal, sangue nas fezes.
- Fontanela abaulada, convulsão, hipotonia, alteração de consciência.
- Torniquete de cabelo que não se consegue remover no consultório, com edema ou isquemia.

- Suspeita de trauma não acidental (hematomas em bebê que não se move, fraturas, lesões inexplicadas): internar para investigação e proteção.
- Cuidador que refere medo de machucar o bebê ou incapacidade de lidar com o choro sem rede de apoio.

Como encaminhar

1. Manter o bebê aquecido e em posição confortável; decúbito lateral se vomitar e estiver sonolento.
2. Não oferecer alimento na suspeita de causa cirúrgica.
3. Hérnia inguinal irreductível: tentar redução manual suave apenas se experiente e sem sinais de sofrimento de alça; caso contrário, encaminhar à cirurgia pediátrica.
4. Contatar o serviço de destino; SAMU (192) se houver instabilidade, convulsão ou rebaixamento de consciência.
5. Na suspeita de maus-tratos: registrar os achados de forma objetiva, garantir que a criança seja avaliada em hospital, notificação obrigatória (compulsória) e comunicação ao Conselho Tutelar.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O choro do bebê costuma aumentar até cerca de 6 semanas e melhorar até os 3 ou 4 meses. Não é culpa de vocês nem do leite materno."
- "Remédios para gases e chás não resolvem a cólica e podem fazer mal."
- "Se o choro deixar você nervoso, coloque o bebê no berço, saia do quarto, respire e peça ajuda. Nunca sacuda o bebê."
- Retorno em 1–2 semanas para avaliar peso, choro e bem-estar da família; antes, se surgirem sinais de alerta.
- **Procurar o pronto-socorro se:** choro diferente, muito forte e contínuo, que não passa com nada; febre (em bebê com menos de 3 meses, sempre); vômitos verdes ou repetidos; barriga inchada; sangue nas fezes; bebê mole, muito sonolento ou que não quer mamar; moleira estufada; caroço na virilha ou na barriga que não volta; dedo ou pênis inchado e roxo.

Veja também, nesta Biblioteca: Alergia Alimentar e APLV.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição	Regra dos 3 (Wessel) e Roma IV	Sem diretriz específica sobre cólica	Diagnóstico de exclusão em lactente saudável (CKS)	Segue o NICE	Choro ≥ 3 h, ≥ 3 dias por semana, ≥ 3 semanas
Manejo	Tranquilizar os pais; medidas de acalmar; manter aleitamento	—	Tranquilizar e apoiar os pais	Segue o NICE	Responder precocemente ao choro, colo, oferecer o peito
Simeticona, lactase	Sem eficácia comprovada	—	Não recomenda	Segue o NICE	Sem evidência
Probióticos	Duas cepas com evidência; sob orientação pediátrica (SBP 2023)	—	Não recomenda	Segue o NICE	<i>Evidências em Pediatria</i> (AEP) considera razoável não incluir de rotina
Dieta materna ou troca de fórmula	Não trocar sem orientação; considerar se APLV	—	Não recomenda de rotina	Segue o NICE	Não abordado nos documentos consultados
Prevenção do sacudimento	Alerta explícito sobre síndrome do bebê sacudido	Relatório técnico sobre trauma craniano abusivo (2025): apoio aos cuidadores diante do choro	Apoio aos pais e bem-estar parental	Segue o NICE	"Nunca sacudir o bebê"

Leitura: há consenso de que a cólica é benigna, autolimitada e diagnóstico de exclusão, de que o tratamento central é o apoio aos pais e de que simeticona, lactase, fitoterápicos e anticolinérgicos não devem ser usados. A principal divergência é o probiótico: a ESPGHAN (2023) e a SBP admitem o *L. reuteri* DSM 17938 no lactente amamentado, enquanto o NICE não recomenda probióticos e revisores da AEP consideram a evidência insuficiente para uso rotineiro. Todas as referências destacam o risco de violência associado ao choro excessivo; a AAP concentra sua orientação na prevenção do trauma craniano abusivo.

PONTOS PRÁTICOS

1. Cólica é diagnóstico de exclusão: examinar o bebê despido, incluindo dedos, pênis, hérnias, fontanela e pele.
2. Choro agudo e diferente do habitual não é cólica até prova em contrário.
3. Não prescrever simeticona, antiespasmódicos, IBP ou chás.
4. *L. reuteri* DSM 17938 pode ser considerado no lactente amamentado, por 21–28 dias, com expectativa realista.
5. Orientar a prevenção do sacudimento em toda consulta de lactente que chora muito.
6. Avaliar a saúde emocional da mãe e a rede de apoio da família.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Cólica do lactente (Pediatria para Famílias), 2023. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Distúrbios gastrointestinais funcionais no lactente e na criança menor de 4 anos (manual), 2022. [PDF](#)
- ESPGHAN. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders — position paper, 2023 (resumo). [Nestlé Nutrition Institute](http://NestléNutritionInstitute)
- NICE Clinical Knowledge Summaries. Colic — infantile (resumo pela GP Infant Feeding Network). gpifn.org.uk
- American Academy of Family Physicians. Infantile colic: recognition and treatment, 2015. aafp.org
- American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children — relatório técnico (notícia HealthyChildren). healthychildren.org
- AEP, Comité de Lactancia Materna. Llanto. Cólico del lactante. lactanciamaterna.aeped.es
- Evidencias en Pediatría (AEP). ¿Es útil el probiótico *Lactobacillus reuteri* en el cólico del lactante?, 2014. [PDF](#)
- semFYC. Cólico del lactante (unidade 17.8). [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.