CHORO

Choro na infância: Comentários sobre Oberlander e St James-Roberts

Liisa Lehtonen, MD, PhD

Turku University Hospital, Department of Pediatrics, Turku, Finlândia

Novembro 2005

Introdução

Se um bebê chora excessivamente durante os primeiros meses de vida, o distúrbio causado na família pode ultrapassar o período do problema do choro.[1] De fato, o impacto considerável do choro excessivo sobre a vida familiar é testemunho da força irrefreável (impositiva) a de um comportamento que, em outras circunstâncias, é visto como benigno. Quando os recursos psicossociais de uma família já estão reduzidos, o problema de choro de um bebê pode, de forma grave, colocar à prova a capacidade da família de lidar bem com a situação e impedi-la de fornecer cuidados sensíveis e consistentes ao bebê. Um dos problemas mais comuns que exaurem a capacidade de lidar bem das famílias com recém-nascidos é a depressão pós-parto. O choro de um bebê nessas famílias estaria privando-o dos cuidados desejáveis? Essa importante questão está formulada no artigo de Tim F. Oberlander, que destaca que a depressão afeta a responsividade materna em relação ao bebê (e ao seu choro), o que pode afetar o desenvolvimento posterior do bebê e da criança. Oberlander cita evidências convergentes na literatura que apoiam a hipótese de que bebês de mães deprimidas podem também chorar mais e

sugere que o choro do bebê poderia ser utilizado como uma oportunidade para oferecer ajuda a tais famílias, com o objetivo final de melhorar o humor da mãe e o desenvolvimento da criança. No contexto do choro infantil, que tipo de ajuda deve ser oferecido e a quem? Esta questão é discutida mais genericamente no artigo de Ian St James-Roberts. St James-Roberts destaca as grandes lacunas na nossa compreensão sobre o choro de bebês, apesar da expansão de pesquisas sobre esse tema, a saber: não sabemos o que causa o choro excessivo (considerado como um problema em determinada porcentagem de bebês normais em outros aspectos), não sabemos o que deve ser feito a respeito e tampouco se o choro é, em alguns contextos, preditor de desenvolvimento deficiente.

Pesquisas e conclusões

Uma proporção substancial de famílias com recém-nascidos é afetada tanto pelo choro do bebê (considerado como problema) quanto pela depressão pós-parto (e pré-natal). Os artigos sobre esse assunto deram grandes contribuições ao levantar questões essenciais e apontar deficiências da literatura.

Há três abordagens importantes na avaliação do choro de bebês:

1. Percepções subjetivas dos cuidadores sobre o problema do choro excessivo
2. Uma quantificação mais objetiva por meio de diários (usualmente feita pelos pais)
3. Uma qualificação analítica da acústica de um segmento do som do choro.

Percepções, quantificações e qualificações de problemas do choro podem ser afetadas pela depressão materna e suas combinações podem afetar a interação pais/bebê. Percepções subjetivas maternas do choro são muito provavelmente influenciadas por fatores psicológicos maternos. Foi constatado que as percepções parentais subjetivas da “cólica” do bebê e as avaliações dos pais a respeito da quantidade de choro considerada excessiva estavam associadas a riscos psicossociais específicos da família durante a gravidez.[2,3] Além disso, as queixas dos pais relativas ao choro excessivo não são proporcionais à quantidade de choro envolvida. O fato de um bebê chorar muito não preocupa alguns pais, ao passo que níveis médios de choro podem ser uma preocupação real para outros.[4] A própria quantidade de choro, pode ser influenciada por fatores biológicos e ambientais, como descrito por Oberlander. Esses fatores podem também ser categorizados como fatores inerentes aos períodos pré-natal e pós-natal, uma vez que é possível que a depressão materna afete o choro do bebê tanto antes como após o nascimento. Há

evidências, resumidas em uma revisão de Van den Bergh,[5] de que ansiedade e estresse maternos influenciam o comportamento do feto e o desenvolvimento posterior da criança à medida que o feto em desenvolvimento é influenciado pelo equilíbrio hormonal e neural maternos. Além disso, demonstrou-se que medicamentos antidepressivos tomados pela mãe durante a gravidez alteram a qualidade acústica do choro do bebê após o nascimento.[6] Portanto, além da depressão *post partum*, o papel da depressão e de sua medicação durante a gravidez precisam ser esclarecidos em pesquisas futuras.

O choro do bebê afeta sua interação com os pais mesmo em meio a populações normais. As interações diádicas de pais e bebês (tanto do pai como da mãe) foram afetadas por grandes quantidades de choro durante o período de choro[7] e, um ano mais tarde, ainda foram constatadas diferenças na interação familiar.[8] Em outro grupo, a percepção de "cólica" foi associada, três anos mais tarde, a um número menor de irmãos mais novos, o que pode indicar um impacto significativo da "cólica" na família. No contexto de depressão materna, o choro problemático de um bebê tende a ter outras consequências a mais e intervenções são necessárias visando encontrar formas de aliviar possíveis efeitos adversos. Nosso ponto de partida é: não sabemos o suficiente para fornecer orientação baseada em evidências, seja a profissionais ou aos pais de bebês que choram excessivamente. As questões fundamentais relativas a essa lacuna no conhecimento são apresentadas no artigo de St James-Roberts.

Em primeiro lugar, precisamos identificar os bebês cuja etiologia orgânica os leva a chorar. Como St James-Roberts demonstra claramente, por exemplo, há grandes desvantagens na implementação de uma dieta com eliminação do leite de vaca para uma mãe que amamenta, uma vez que isto restringe radicalmente a dieta materna ou impede o aleitamento materno. A amamentação que já demonstrou ter muitos benefícios para a saúde e é mais econômico para os pais, podendo ainda fortalecer o relacionamento mãe-bebê, importante como apoio no contexto de choro do bebê. Mesmo em bebês alimentados com leite em pó, uma dieta de eliminação com laticínios hipoalergênicos tem um custo muito mais alto do que uma dieta normal com leite em pó. Estudos sobre dietas de eliminação como tratamento para o choro excessivo sofrem desvios de seleção: o problema precisa ser de longa duração e muito grave para atender aos critérios de inclusão. Sem um período semelhante de observação na prática clínica não podemos esperar resultados semelhantes com uma intervenção na dieta. Seria muito útil que os pediatras dispusessem de testes para selecionar bebês que seriam beneficiados com intervenções dietéticas ou outros procedimentos focalizados em etiologias orgânicas.

©2005-2025 ABILIO | CHORO

Uma vez que a maioria dos bebês que apresentam choro excessivo tende a exibir comportamento normativo no limite superior do espectro de variação, deveria ser realizado um exame criterioso de métodos de intervenção que tenham boa relação custo/benefício em relação à maioria dos bebês com distúrbios do choro. O choro pode ser tolerado por uma família, mas não por outra. Como formulado por St James-Roberts, devemos identificar pais vulneráveis e as formas pelas quais esses casos devem ser tratados. Mães que sofrem de depressão podem constituir um dos grupos vulneráveis, como foi proposto por Oberlander. Por outro lado, o choro excessivo pode ser tolerado por uma família sem nenhuma consequência, mas problemas múltiplos ou de longa duração podem levar a consequências futuras. St James-Roberts sugere que bebês com problemas de comportamento múltiplos e duradouros, principalmente quando associados a riscos psicossociais, podem constituir um dos grupos de risco potencial.

A terceira questão levantada por St James-Roberts é importante para o cuidado primário, uma vez que o choro infantil é um problema tão comum. A questão é se devemos intervir e, em caso afirmativo, como e quando, no caso de um bebê que não passou por nenhum distúrbio orgânico ou vulnerabilidade parental. Muitas intervenções simples, como carregar no colo por mais tempo,[10] massagear[11] ou enrolar (conter com a roupa) o bebê[12] não foram efetivos no tratamento do choro excessivo. Uma vez que é altamente questionável que a quantidade ou a qualidade do choro possam ser afetadas por qualquer intervenção quando é um comportamento normal e próprio da idade, as intervenções podem ser dirigidas à percepção parental do choro. Se o choro é explicado como uma indicação de vigor, saúde e robustez,[13] e a informação apropriada é fornecida para demonstrá-lo, os pais poderão ver o lado positivo do choro: seu bebê ‘chorão’ pode estar demonstrando uma habilidade maior para aumentar seu suprimento de comida (expressando sua fome) e atrair mais interações com os cuidadores em comparação com uma criança quieta. O aumento da interação pode, no longo prazo, tornar-se um benefício para o bebê. St James-Roberts *et al*.[14] demonstraram que carregar crianças no colo e ter mais interações mãe-bebê eram atitudes relacionadas a mudanças do nível de negatividade (choro) dos bebês: de ‘alto’ para ‘baixo’.

Implicações para o desenvolvimento de pesquisas e políticas

Em pesquisas futuras, será possível elaborar um quadro mais amplo dos problemas do choro se os estudos quantificarem um espectro mais amplo de fatores. As pesquisas futuras poderão quantificar: 1) a magnitude de um problema de choro infantil percebido dentro da família; 2) a quantidade (duração e frequência) do choro; e 3) a qualidade acústica do choro. Como a

quantidade do choro do bebê é afetada por fatores inerentes aos períodos pré e pós-natal – tais como depressão materna e tratamentos utilizados, estes também deveriam ser explorados. Além disso, é preciso avaliar quais aspectos do choro excessivo do bebê afetam mais as interações pais-bebê, paralelamente às consequências, no longo prazo, do choro excessivo sobre o desenvolvimento das crianças em diferentes contextos. Do ponto de vista clínico, é crucial formular métodos de intervenção que aliviem a angústia dos pais e evitem os efeitos adversos dos distúrbios do choro sobre o desenvolvimento da criança em vários contextos familiares. Pode-se argumentar que a maior demanda por esse tipo de pesquisa diz respeito às famílias de riscos múltiplos.

Além de famílias com mãe deprimida, há outros grupos de famílias onde o choro infantil pode ser afetado por fatores biológicos e ambientais, e onde os recursos psicossociais podem ter se exaurido antes mesmo de qualquer problema com o choro infantil. Os grupos de risco incluem famílias com bebês muito prematuros e pais usuários de drogas. Nesses grupos, o problema adicional do choro do bebê pode exacerbar a situação familiar e afetar os resultados posteriores para a criança. Bebês muito prematuros nascem em um estágio inicial do desenvolvimento de seus cérebros e são expostos à uma separação psicológica (em maior ou menor grau, mesmo atualmente) e a um ambiente radicalmente não-natural, quando comparado ao ambiente fisiológico *in utero*. Se fatores ambientais são de alguma maneira determinantes do choro infantil, deve haver diferenças no comportamento de choro de bebês muito prematuros. Além disso, o relacionamento entre os pais e os bebês nesse grupo é afetado por vários estressores que tendem a alterar as respostas dos pais ao bebê e ao choro infantil. O triste fato de bebês prematuros constituírem um grupo de risco para a Síndrome do Bebê Sacudido (*Shaken Baby Syndrome*) pode indicar diferentes respostas ao choro infantil nesse grupo. Os bebês nascidos de mães usuárias de drogas choram mais durante a abstinência, e a qualidade sonora do choro é o som agudo. Há poucas pesquisas sobre o choro após um período de abstinência. É questionável se mães dependentes têm a capacidade de ser consistentemente responsivas e sensíveis ao choro de seus bebês. Não se sabe se a quantidade de choro continua a aumentar ou se o choro diminui na ausência de respostas adequadas. Em todos esses grupos (famílias cujas mães apresentam depressão, ou cujos pais são usuários de drogas, ou que tenham bebês muito prematuros) o choro infantil pode ser útil para indicar a necessidade de uma avaliação mais detalhada e para justificar que a família submeta-se a intervenções de apoio em relação a cuidados parentais sensíveis e consistentes.

Informações e intervenções de saúde pública devem ser estudadas em contextos rigorosos de pesquisa para que sejam encontradas formas de manejo do choro infantil baseadas em evidências, e para ajudar a criar atendimentos eficientes e com boa relação custo/benefício para as famílias com bebês pequenos. O melhor momento para algumas informações e intervenções pode ser antes do nascimento do bebê, e outros tipos de intervenção podem ser necessários para bebês que apresentem problemas múltiplos e prolongados de comportamento. Esse trabalho é vital e servirá a um grande grupo de famílias hoje e, possivelmente, às futuras gerações.

Referências

1. Lehtonen L, Gormally S, Barr RG. Clinical pies for etiology and outcome in infants presenting with early increased crying. In: Barr RG, Hopkins B, Green J, eds. *Crying as a sign, a symptom and a signal: Clinical emotional and developmental aspects of infant and toddler crying.* New York, NY: Cambridge University Press; 2000:67-95.
2. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *British Medical Journal* 1993;307(6904):600-604.
3. Canivet CA, Ostergren PO, Rosen AS, Jakobsson IL, Hagander BM. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005;33(1):26-34.
4. Barr RG, Rotman A, Yaremko J, Leduc D, Francoeur TE. The crying of infants with colic: a controlled empirical description. *Pediatrics* 1992;90(1 pt 1):14-21.
5. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and the child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2005;29(2):237-258.
6. Zeskind PS, Oberlander TF, Grunau RE. Continuing effects of prenatal SSRI exposure detected by spectral analysis of infant cry sounds at two months of age [abstract]. PAS Meeting; 2005; Washington DC.
7. Räihä H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction. *Child: Care, Health and Development* 2002;28(5):419-429.
8. Räihä H, Lehtonen L, Korhonen T, Korvenranta H. Family life 1 year after infantile colic. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1996;150(10):1032-1036.
9. Rautava P, Lehtonen L, Helenius H, Sillanpää M. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics* 1995;96(1 pt 1):43-47.
10. St James-Roberts I, Hurry J, Bowyer J, Barr RG. Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting as interventions to prevent persistent infant crying. *Pediatrics* 1995;95(3):381-388.
11. Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H. Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants. *Pediatrics* 2000;105(6):E84.
12. van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, Schulpen TWJ, Kuis W. The efficacy of swaddling in infants who cry excessively: a randomized controlled trial [abstract]. 9th International Infant Cry Research Workshop; 2004; Turku, Finland.
13. Barr RG. Reflections on measuring pain in infants: dissociation in responsive systems and "honest signalling". *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 1998;79(2):F152-F156.
14. St James-Roberts I, Conroy S, Wilsher C. Stability and outcome of persistent infant crying. *Infant Behavior and Development* 1998;21(3):411-435.

©2005-2025 ABILIO | CHORO