ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

CHORO

Intervenções eficazes para administrar os distúrbios de choro do bebê e seu impacto no desenvolvimento psicológico e comportamental das crianças pequenas

Ian St James-Roberts, PhD

University of London, Reino Unido

Maio 2017, Éd. rév.

Introdução

O som do choro de um bebê pode fornecer informações sobre seu distúrbio e a integridade de seu sistema nervoso. Entretanto, a principal preocupação clínica tem sido com a quantidade ou a duração do choro da criança, ao invés de seu som. Em particular, o choro prolongado inexplicável do bebê é um dos primeiros desafios mais comuns e desconcertantes para os pais e os profissionais que lhes prestam suporte.[1] Frequentemente, são feitas três perguntas:

1. O que está causando o choro?

2. O que os pais devem fazer em relação a ele?
3. O que ele significa para o futuro, prognostica uma criança difícil ou com distúrbios?

Essas perguntas são o foco deste artigo.

Do que se trata

Nas sociedades ocidentais, os pais relatam que cerca de 12–20% dos bebês com idade entre 1–3 meses choram por longos períodos sem nenhuma causa aparente.[2] Esse choro, frequentemente, preocupa esses pais.[2] Devido ao fato do choro ser muito mais raro em crianças mais velhas, não sendo igualmente entendido, iremos nos concentrar no choro durante a primeira infância e em suas consequências, dando alguma atenção ao choro das crianças com idades mais avançadas.

Problemas

Há diversas razões para buscar uma abordagem baseada em evidências para o choro inexplicável na primeira infância:

1. Ele aflige muitos pais, que o vêm como um sinal de que algo está errado com seu bebê, empregando uma diversidade de remédios dúbios. Os pais querem conselhos comprovados.
2. Livros populares dão aos pais conselhos conflitantes sobre como lidar com o choro do bebê e, desse modo, complicam o problema.[3]
3. Alguns médicos atribuem o choro inexplicável do bebê a refluxo do conteúdo estomacal para a garganta (refluxo gastroesofágico, RGE) e tratam esse distúrbio com medicação, apesar da evidência de que a regurgitação do bebê é normal, de que refluxo e choro não estão relacionados e de que os tratamentos para refluxo não são eficazes na redução do choro.[4,5]
4. Como os pais, muitas vezes, procuram auxílio profissional, o problema é caro para os serviços de saúde.[6] Intervenções com bom custo-benefício para o choro deveriam preservar os recursos.
5. Os pais que fazem uma interpretação incorreta do choro do bebê como um sinal de fome podem parar de amamentar no peito prematuramente, ou superalimentar o bebê.[7,8] O choro também pode desencadear sofrimento e depressão nos pais.[9,10] Mais raramente, pais exasperados sacodem ou fazem mal de outra forma ao seu bebê que está chorando,

©2017-2025 ABILIO | CHORO

resultando, algumas vezes, em dano cerebral na criança ou sua morte.[11] É preciso implantar estratégias preventivas.

6. Em alguns casos, desenvolvem-se relacionamentos adversos de longo prazo entre criança e pais.[12] É preciso entender as diversas consequências e como distinguir e ajudar nos casos de alto risco.

Evidências recentes

Tradicionalmente, o choro inexplicável na primeira infância tem sido considerado como um problema infantil atribuído a distúrbios gastrointestinais e, frequentemente, designado como "cólica infantil". Pesquisas têm gradualmente certificado essa visão.[13]

Diversos estudos encontraram evidências de quantidades atípicas de uma bactéria específica nos sistemas digestivos de alguns bebês que choram muito, uma descoberta que parece coerente com a noção de cólica e distúrbio gastrointestinal.[14,15] Alguns estudos iniciais descobriram também que ao alimentar o bebê com uma bactéria probiótica específica ("favorável"), o choro parecia diminuir. Entretanto, o maior e mais rigoroso estudo sobre suplementos probióticos não conseguiu encontrar nenhum benefício[16] e uma análise das evidências em geral concluiu que não se recomenda a adição de uma bactéria probiótica à dieta de bebês pequenos.[17] Continua plausível a ideia de que uma bactéria nos intestinos esteja envolvida em alguns casos, mas não entendemos porque isso acontece ou como distingui-la. Essa é uma área submetida a pesquisas contínuas, mas que ainda não apresenta muita prática clínica.

Da mesma forma, embora haja um consenso geral de que a intolerância a alguns alimentos, especialmente aqueles que envolvem o leite de vaca, possa provocar o choro dos bebês, isso é provavelmente raro e ainda não há testes que identifiquem tais casos de forma precisa. Os diagnósticos têm sido baseados em testes, por exemplo, eliminando produtos que contenham leite de vaca da dieta de uma mãe lactante, ou substituindo fórmulas de proteína extensamente hidrolisadas, se o bebê é alimentado com fórmulas.[4,5,18] Entretanto, a eliminação de produtos lácteos da dieta materna pode ser difícil de conseguir e não há dados que confirmem quantas mães poderiam seguir tal dieta. As mudanças nas dietas dos bebês podem causar reações adversas e, portanto, essas mudanças devem ser monitoradas por um profissional qualificado.[18] Muitos bebês com sensibilidade inicial ao leite de vaca tolerarão a proteína do leite de vaca entre 1-3 anos de idade, de forma que esses bebês devem ser submetidos à exames intervaladamente, até que a tolerância se desenvolva.[18]

©2017-2025 ABILIO | CHORO

Em resumo, embora se concorde geralmente que os distúrbios digestivos e outros distúrbios orgânicos possam provocar o choro do bebê, tais distúrbios são raros e ocorrem geralmente com 1 a cada 100 bebês, e em cerca de 5-10% dos casos os pais buscam ajuda profissional.[19,20] As evidências também contestam outras presunções consagradas, como a crença de que o choro sinaliza uma dor subjacente.[21] Ao contrário, o aspecto que mais perturba os pais é a natureza 'inconsolável' do choro e a experiência concomitante dos pais de perda de controle.[22,23] Em particular, os episódios de choro prolongado inconsolável que ocorrem nos primeiros cinco meses de vida e que, então, param sozinhos, são a principal fonte de frustração dos pais e são mais importantes do que a quantidade do choro como um todo.[24] Diversos estudos descobriram haver um pico de choro em bebês normais com idade ao redor de 4-6 semanas[2] e bebês normais compartilham muitas características dos casos referidos clinicamente. Isso sugere que, ao invés de estarem doentes, muitos dos bebês referidos estão simplesmente no extremo da norma para tal comportamento. Consequentemente, a pesquisa sobre as causas se ampliaram para além do intestino, para incluir estudos das alterações do desenvolvimento neurológico que acontecem normalmente durante a primeira infância.[25]

O choro prolongado na primeira infância pode ocorrer apesar de haver um excelente cuidado parental[26] e, usualmente, não é prognóstico de problemas de longo prazo.[27] Na verdade, os dados obtidos sugerem que esse choro é usualmente um fenômeno agudo que se resolve por si só. As intervenções voltadas para a redução do choro através da alteração dos métodos ocidentais de cuidados parentais não produziram resultados confiáveis.[28] Os cuidados parentais que envolvem segurar e carregar o bebê por mais tempo, além de reações mais rápidas, típicas das sociedades ocidentais parecem reduzir a duração do choro em geral, mas não evitam os episódios de choro inconsolável na primeira infância que afligem os pais.[29] Na ausência de um distúrbio orgânico do bebê, as intervenções que tratam do choro do bebê parecem ter um valor questionável.

Como a preocupação parental com o choro é a queixa clínica apresentada, é importante reconhecer o componente parental, assim como o do bebê, desse problema. Isso envolve distinguir entre 'choro prolongado' (que se refere à duração do choro) e 'choro excessivo' (que se refere a uma preocupação dos pais sobre o fato do bebê estar chorando muito e de que isso seja um sinal de que há algo errado com o bebê).[4,5] O choro persistente do bebê é estressante para a maioria dos pais, mas há evidências de que as vulnerabilidades parentais aumentam tanto seu impacto nos pais como a probabilidade de ocorrer os efeitos adversos relacionados acima, como depressão parental, maltrato do bebê e problemas de longo prazo com o desenvolvimento da

criança. Essas evidências vinculam as áreas tradicionalmente distintas da pediatria (com seu foco no choro dos bebês) e o bem-estar e a saúde mental dos adultos. Em um passo importante à frente, as diretrizes para os especialistas clínicos têm começado a recomendar a necessidade de analisar as circunstâncias, as formas de lidar e o bem-estar parentais, assim como o choro do bebê.[4,5]

O aumento da conscientização e a solicitação aos pais para assinar contratos para não sacudir os bebês produziram reduções significativas de casos da Síndrome do Bebe Sacudido (SBS) em um teste multicêntrico[30] e outros estudos desde então produziram resultados encorajadores.[31,32] Programas recentes ampliaram seu foco além da SBS para incluir o suporte ao conhecimento e à forma de lidar parental mais generalizadamente.[33,34] É cedo demais para saber se os programas desse tipo serão compensadores do ponto de vista financeiro nos serviços de saúde em geral, mas as evidências são promissoras.[31]

A maioria dos bebês que choram muito na primeira infância não tem problemas para dormir ou se alimentar concomitante ou futuramente: os problemas parecem ser predominantemente distintos.[35] Entretanto, descobriu-se que a combinação muito mais rara de choro persistente, problemas para dormir e se alimentar que durem além dos 4 meses de idade e riscos psicossociais parentais prognosticam desenvolvimento psicológico e social adverso na infância posterior.[36,37] Esses bebês têm distúrbios mais abrangentes e, provavelmente, diferem em etiologia dos casos em que o choro inexplicável ocorre isoladamente nos primeiros 4 meses. As conclusões implicam que os bebês com mais de 4 meses que choram muito e têm diversos problemas correm o risco de desenvolver distúrbios psicológicos e comportamentais de longo prazo. Em um estudo cuidadosamente controlado, as consequências do comportamento dos recém-nascidos irritáveis de famílias em situação socioeconômica desfavorável melhoraram ao reforçar as interações mãe-bebê após 6 meses de idade.[38] Esse resultado é promissor, mas ainda não dá para ser transposto para ser aplicado em serviços economicamente viáveis.

Principais perguntas para futuras pesquisas

Entre as perguntas para a continuidade das pesquisas estão as seguintes:

1. Como os profissionais médicos identificam e administram os casos com uma etiologia orgânica? Segundo a interpretação atual, a maioria dos bebês que choram muito tem boa saúde, mas uma minoria deles (cerca de 5-10% dos casos examinados pelos médicos) tem

©2017-2025 ABILIO | CHORO

algum distúrbio orgânico. Têm sido publicados protocolos para identificação e tratamentos dos casos orgânicos,[4,5,39] mas é preciso que eles sejam avaliados na prática.

2. A distinção entre os casos "orgânicos", casos em que os pais estão vulneráveis e os casos de baixo risco depende de um exame preciso. Para isso também foram propostos protocolos especializados,[4,5,39] mas que precisam ser avaliados no uso diário.
3. As tentativas feitas para indicar se os bebês que choram muito têm dores não demonstraram evidências.[21] Além disso, uma análise cuidadosa concluiu que o choro dos bebês pequenos apresenta 'sinais escalonados' que comunicam o grau de sua aflição, mas que não distingue de forma confiável as diferentes causas, como fome versus dor.[40] Embora essa conclusão reflita o conhecimento atual, há falta de métodos decisivos de análise das dores dos bebês. Se pudesse ser encontrada uma "assinatura neurológica" para as dores dos bebês e que pudesse ser vinculada a ocorrências específicas de choro, isso forneceria uma razão convincente para intervenções clínicas nesses casos.[4]
4. Como podemos explicar a constatação de que muitos bebês que choram muito se desenvolvem normalmente, enquanto que outros sofrem de problemas psicológicos e comportamentais? A idade e diversos fatores de risco parecem ser importantes, mas precisamos de uma compreensão detalhada sobre os mecanismos envolvidos e suas implicações para os serviços de saúde.
5. Talvez surpreendentemente, a questão de como avaliar os tratamentos para o choro inexplicável do bebê e a cólica permanece em grande parte sem resolução. Diversos estudos tiveram como foco reduções no choro comparados a um grupo de controle, o que parece necessário, mas há pouco entendimento sobre como isso deveria ser medido.[41] Um estudo sobre tratamento, no mínimo, encontrou uma redução substancial no choro sem nenhuma melhoria nos problemas relatados pelo cuidador.[42] Para resolver o problema do choro inexplicável e cólica como reclamação clínica, precisamos entender as percepções dos cuidadores sobre seus bebês. É preciso que sejam feitos testes, posteriormente avaliados para uso geral, sobre episódios de choro inexplicável, sobre o bem-estar do bebê comunicado pelos pais e sobre a satisfação dos pais com as intervenções.

Conclusões

Tem havido progresso sobre a compreensão do choro do bebê e seu impacto nos pais. Têm sido desenvolvidos protocolos para identificação e tratamento de um pequeno número de casos com

distúrbios orgânicos, que precisam ser avaliados na prática. A maioria dos bebês que choram muito na primeira infância é saudável e para de chorar espontaneamente. As intervenções voltadas para esse choro não têm se demonstrado eficazes. Ao contrário, as atuais recomendações para intervenções com bebês saudáveis se focam em dar aos pais mais informações e suporte para lidar com o choro e em suas respostas a ele. Existem iniciativas promissoras para evitar a Síndrome do Bebê Sacudido e proporcionar aos pais informações e suporte, mas ainda não está claro se esses programas podem ser integrados de forma economicamente viável na rotina dos serviços de saúde. O choro prolongado após a idade de 4 meses é raro e esses bebês são propensos a ter problemas mais abrangentes e uma etiologia diferente dos casos em que o choro ocorre somente durante os 4 primeiros meses. Quando combinados, o choro prolongado após a idade de 4 meses e o risco psicossocial parental prevê-se um desenvolvimento de longo prazo adverso da criança. A razão para o choro nesses casos, para consequências boas versus más consequências, e a contribuição do choro do bebê em si para tais consequências necessitam de esclarecimentos.

Por último, vale a pena reconhecer as evidências generalizadas de que o baixo desenvolvimento psicológico e comportamental de longo prazo é tipicamente o produto de riscos múltiplos e cumulativos para o bebê e a família. As práticas do setor estão propensas a ser aperfeiçoadas continuando a considerar o choro em conjunto com outros problemas e riscos para o bebê e sua família, ao invés de se focar somente no choro do bebê.

Referências

1. Forsyth BW, Leventhal JM, McCarthy PL. Mothers’ perceptions of problems of feeding and crying behaviors. *American Journal of Diseases of Childhood* 1985;139:269-272.
2. St James-Roberts I. *The origins, prevention and treatment of infant crying and sleeping problems: An evidence-based guide for professionals and the families they support*. London & New York: Routledge; 2012.
3. Catherine NLA, Ko JJ, Barr RG. Getting the word out: Advice on crying and colic in popular parenting magazines. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2008;29:508-511.
4. Nurko S, Benninga M, Faure C, Hyman P, Schechter NL, St James-Roberts I. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. In: Drossman DA, Chang L, Chey WD, Kellow J, Tack J, Whitehead WE; the Rome IV Committees, eds. *Rome IV: The functional gastrointestinal disorders.* IVth ed. Raleigh, NC: The Rome Foundation; 2016.
5. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PA, St James-Roberts I, Schechter NL. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2016;150(6):1443-1455.
6. Morris S, St James-Roberts I, Sleep J, Gillham P. Economic evaluation of strategies for managing crying and sleeping. *Archives of Disease of Childhood* 2001;84:15-19.
7. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence R. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeeding Medicine* 2006;1:146-155.

8. Stifter CA, Anzman-Frasca S, Birch LL, Voegtline K. Parent use of food to soothe infant/toddler distress and child weight status. An exploratory study. *Appetite* 2011; 57: 693–699.

9. Murray L, Cooper P. The impact of irritable infant behavior on maternal mental state: a longitudinal study and a treatment trial. In: Barr RG, St James-Roberts I, Keefe MR, eds. *New evidence on unexplained early infant crying: Its origins, nature and management*. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001:149-164.

10. Kurth E, Kennedy HP, Spichiger E, Stutz EZ: Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery* 2011;27:187-194.

11. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect* 2006;30:7-16.

12. Papousek M, von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child: Care, Health & Development* 1998;24:395-424.

13. Barr RG, St James-Roberts I, Keefe MR, eds. *New evidence on unexplained early infant crying: Its origins, nature and management*. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001.

14. de Weerth C, Fuentes S, Puylaert P, de Vos WM: Intestinal microbiota of infants with colic: development and specific signatures. *Pediatrics* 2013;13: e550-558.

15. Rhoads JM, Fatheree NY, Norori J, Liu Y, Lucke JL, Tyson JE, Ferris MJ. Altered fecal microflora and increased fecal calprotectin in infants with colic. *Journal of Pediatrics* 2009;155:823-28.e1.

16. Sung V, Hiscock H, Tang MLK, Mensah FK, Nation ML, Satzke C, Heine RG, Stock A, Barr RG, Wake M. Treating infant colic with the probiotic Lactobacillus Reuteri: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ* 2014;348:g2107.

17. Sung V, Collett S, de Gooyer T, Hiscock H, Tang M, Wake M. Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2013;167:1150-1157.

18. Heine RG. Cow’s-milk allergy and lactose malabsorption in infants with colic. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* 2013;57(Suppl. 1):S25–S27.

19. Gormally, S. Clinical clues to organic etiologies in infants with colic. In: Barr RG, St James-Roberts I, Keefe M, eds. *New evidence on unexplained early infant crying: Its origins, nature and management*. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001:133-148.

20. Freedman SB, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The crying infant: diagnostic testing and frequency of serious underlying disease. *Pediatrics* 2009;123:841-848.

21. St James-Roberts I. What is distinct about infants' "colic" cries? *Archives of Disease in Childhood* 1999;80:56-61.

22. St James-Roberts I, Conroy S, Wilsher K. Clinical, developmental and social aspects of infant crying and colic. *Early Development and Parenting* 1995;4:177-89.

23. Barr RG, Paterson J, MacMartin L, Lehtonen L, Young S. Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2005;26:14-22.

24. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Barr M. Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. *Journal of Pediatrics* 2011;159:425-450.

25. Barr RG, Gunnar M. Colic: "The Transient Responsivity" hypothesis. In: Barr RG, Hopkins B, Green J, eds. *Crying as a sign, a symptom & a signal*. Cambridge/ London: Cambridge University/Mackeith Press, 2000:41-66.

26. St James-Roberts I, Conroy S, Wilsher K. Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. *Child: Care, Health and Development* 1998; 24:353-76.

27. Lehtonen L. From colic to toddlerhood. In: Barr RG, St James-Roberts I, Keefe M, eds. *New evidence on unexplained early infant crying: Its origins, nature and management*. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001:259-72.

©2017-2025 ABILIO | CHORO

28. 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;95:381-388.

29. St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Songenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a "proximal" form of care. *Pediatrics* 2006;117:e1146-1155.

30. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005;115:e470-e477.

31. Barr RG, Rajabali F, Aragon M, Colbourne M, Brant R: Education about crying in normal infants is associated with a reduction in pediatric emergency room visits for crying complaints. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2015;36:252-257.

32. Reese LS, Heiden EO, Kim KQ, Yang J: Evaluation of period of PURPLE Crying, an abusive head trauma prevention program. *Journal of Obstetric, Gynaecological & Neonatal Nursing* 2014;43:752-761.

33. The period of PURPLE Crying website. http://purplecrying.info/. Accessed May 19, 2017.

34. Raising Children Network. Cry baby program. Raising children website. http://raisingchildren.net.au/articles/cry_baby_program.html/context/255. Accessed May 19, 2017.

35. St James-Roberts I, Peachey E. Distinguishing infant prolonged crying from sleep-waking problems. *Archives of Disease in Childhood* 2010;96:340-344.

36. Schmid G, Wolke D: Preschool regulatory problems and attention-deficit/hyperactivity and cognitive deficits at school age in children born at risk: Different phenotypes of dysregulation? *Early Human Development* 2014;90:399-405.

37. Smarius LJCA, Strieder TGA, Loomans EM, Doreleijers TAH, Vrijkotte TGM, Gemke RJ, van Eijsden M. Excessive infant crying doubles the risk of mood and behavioral problems at age 5: evidence for mediation by maternal characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016;15:1-10.

38. van den Boom DC. Behavioral management of early infant crying in irritable babies. In: Barr RG, St James-Roberts I, Keefe MR, eds. *New evidence on unexplained early infant crying: Its origins, nature and management*. Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001:209-228.

39. Sung V, St James-Roberts I. Infant Colic. In: Faure C, Thapar N, DiLorenzo C, eds. *Pediatric Neurogastroenterology*. Switzerland: Springer; 2017:369-379.

40. Gustafson GE, Wood RM, Green JA: Can we hear the causes of infants' crying? In: Barr RG, Hopkins B, Green JA, eds. *Crying as a sign, a symptom and a signal*. Cambridge, Cambridge University/McKeith Press; 2000:8-22.

41. Steutel NF, Benninga MA, Langendam MW, de Kruijff I, Tabbers MM Reporting outcome measures in trials of infant colic. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* 2014;59:341-346.

42. Hill DJ, Roy N, Heine RG, Hosking F, Brown D, Speirs J, Sadowsky B, Carlin J. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005;116:e709-715.

©2017-2025 ABILIO | CHORO