



UC/FPCE — 2017

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (*e-mail*: ari.roquebrito@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá

*Tell me why you're crying my son.
I know you're frightened like everyone.
Is it the thunder in the distance you fear?
Will it help if I stay very near?
I am here.
And if you take my hand my son,
all will be well when the day is done.
And if you take my hand my son,
all will be well when the day is done.
Day is done...
(Peter Yarrow, in Day is done)*

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Resumo

Objetivos: Procura averiguar-se se existem diferenças ao nível da confiança materna percebida e da resposta ao choro – especificamente, no que respeita à sua frequência e ao tempo médio de latência – em função da quantidade de choro evidenciada pelo bebê no primeiro trimestre. Busca, ainda, apurar se há uma relação entre a quantidade relatada de choro e a experiência anterior de cuidados de bebês. **Método:** Para o efeito, recorre-se a um estudo de caráter exploratório, transversal, descritivo-correlacional e comparativo, de abordagem quantitativa. O protocolo de investigação administrado, além da respetiva declaração de consentimento informado, integrou: *i*) um questionário sociodemográfico, na finalidade de reunir aspetos sociodemográficos da mãe, informações atinentes à experiência anterior a prestar cuidados a bebês, à relação mantida e ao apoio prestado pelo pai do bebê, bem como ao período gravídico, ao parto e ao próprio bebê; *ii*) o Questionário sobre o choro do bebê (0-3 meses), construído especificamente para propósitos da presente investigação, de forma a categorizar bebês com choro excessivo e a coletar, entre outros aspetos, informações referentes à frequência da resposta ao choro e ao tempo médio de latência na resposta ao mesmo; e *iii*) o Questionário de Confiança Parental (QCP), destinado a avaliar a confiança materna percebida nas suas competências para cuidar e reconhecer as necessidades do seu bebê. A amostra total integra 276 mães, 107 das quais com bebês que, de acordo com a tríade modificada de Wessel, preenchem os critérios para choro excessivo e, por exclusão, 165 com bebês com quantidades normativas de choro. **Resultados:** Mães com bebês com choro excessivo obtiveram pontuações significativamente inferiores no QCP. O tempo médio de latência relatado na resposta ao choro foi significativamente superior em mães com bebês que choram em excesso; ademais, uma proporção significativa destas confessou que deixar o seu bebê a chorar, sem adotar qualquer tipo de esforço ou medida no sentido de o tranquilizar, é uma atitude relativamente regular (41.1% vs. 2.4%), algumas indicam mesmo que essa é uma prática frequente (4.7% vs. 0%). Verificou-se ainda que, a proporção relatada de bebês com choro excessivo foi significativamente superior nas respondentes sem qualquer experiência anterior no cuidado de bebês. **Discussão e conclusões:** O choro excessivo está associado a uma menor confiança materna percebida, e em termos de resposta, a uma menor frequência e a tempos de latência superiores, ou seja, a um maior evitamento. A experiência anterior de cuidados com bebês exerce influência na quantidade de choro (real ou percebida). Os resultados são discutidos à luz da literatura disponível na área. Este estudo tem implicações práticas para todos os profissionais de saúde que lidam com mães de bebês com choro excessivo e assinala a premente necessidade de estudar esta problemática em contexto nacional não só em termos de impacto desencadeado nos cuidadores, mas também ao

nível da resposta, explorando alguns aspetos que permitam compreender algumas das suas adjacências.

Palavras-Chave: choro precoce infantil, choro excessivo, confiança materna percebida, resposta materna, experiência de cuidados.

Effect of excessive crying on perceived maternal confidence and response to infant crying signal: an exploratory study

Abstract

Objectives: It seeks to ascertain if there are differences in the perceived maternal confidence and the response to crying – specifically, in terms of frequency and mean latency time – depending on the amount of crying experienced by the infant in the first trimester. It also seeks to determine if there is a relationship between the reported amount of crying and the previous experience of infant care. **Methods:** For this purpose, an exploratory, cross-sectional, descriptive-correlational and comparative study of a quantitative approach is used. The protocol of investigation administered, in addition to the respective declaration of informed consent, integrated: *i*) a sociodemographic questionnaire, in order to gather sociodemographic characteristics of the mother, information related to the previous care experience to infants, the relationship maintained and the support provided by the father of the infant, as well as the pregnancy period, birth and the infant itself; *ii*) the infant crying questionnaire (0-3 months), built specifically for purposes of the present investigation, to categorize infants with excessive crying and to collect, among other aspects, information regarding the frequency of the response to crying and the mean latency time in response to it; and *iii*) the Parental Confidence Questionnaire (QCP), aimed at assessing the perceived maternal confidence in their abilities to care for and recognize their infant needs. The total sample comprise 276 mothers, 107 of whom had babies who, according to the modified Wessel triad, met the criteria for excessive crying and, by exclusion, 165 with babies with normative amounts of crying. **Results:** Mothers with infants with excessive crying scored significantly lower on the QCP. The mean latency time reported in the cry response was significantly higher in mothers with infants with excessive crying; moreover, a significant proportion of them confessed that letting their baby cry, without taking any effort or measure to reassure him, is a relatively regular attitude (41.1% vs. 2.4%), some even indicate that this is a common practice (4.7% vs. 0%). It was also found that the reported proportion of infants with excessive crying was significantly higher in respondents without any prior experience in infant care. **Discussion and conclusions:** Excessive crying is associated with decreased perceived maternal confidence and in terms of response, at a lower frequency and higher latency times, that is, greater avoidance. Previous infant-care experience influences the amount of crying (real or perceived). The results are discussed based on the available literature in this area. This study has practical implications for all health professionals who deal with mothers of infants who cry excessively and emphasizes the necessity to study the problem of excessive crying in a national context, not only in terms of the impact in caregivers, but also on the level of response, exploring some aspects that make it possible to understand some of its peculiarities.

Key-words: early infant crying, excessive crying, maternal self-confidence, maternal response, caregiving experience.

Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá* por tudo o que me fez ver, pensar, questionar, (des)construir, formar e transformar; especialmente, por me ter proporcionado um encontro mais genuíno com a Psicologia. Agradeço, também, a confiança, a enorme paciência, a competência e a simplicidade na transmissão de saberes, bem como o testemunho de rigor científico que sempre imprimiu e o qual se revelou fundamental para a concretização desta etapa. Procurarei assegurar que o que me ensinou esteja na origem de tudo quanto de melhor empreenderei realizar na minha vida profissional.

A todas as *mães* que, humildemente, participaram no estudo; foram o motor para que tudo fosse possível.

Aos meus pais – *Isabel e Amândio* – que, no meio de tantas lições, sempre me procuraram inculcar uma que, à data, tenho como muito valiosa – “*Um pássaro pousado numa árvore nunca tem medo de que um galho se rompa, porque a sua confiança não está no galho... e sim nas suas próprias asas*”. Obrigada por serem espetadores assíduos da minha caminhada, da minha aprendizagem, por me deixarem traçar as metas que quero tanger, não menos importante, por me deixarem cair no percurso e, sempre que preciso, abandonarem a plateia, para me orientarem e fornecerem as ferramentas necessárias para que, tendo ainda tantas “pedras” pelo caminho, não volte a tropeçar na mesma.

À única pessoa que me consegue “tirar do sério” – ao meu teimoso e travesso irmão *Rúben* – cujas brincadeiras e traquinices são algumas das melhores memórias que guardo. Sei que são feitas com amor. Obrigada pela força!

Às minhas avós – *Maria R. e Lurdes* – pelo inestimável aconchego do vosso colo, pelo “mimo” que nunca me faltou, pelos ensinamentos que não vêm nos livros, pelos sábios conselhos e pelas generosas reprimendas, que me fazem continuar a sentir a vossa eterna menina.

A toda a minha (bonita) *família* – em especial à tia *Fernanda* e aos meus *padrinhos* – por estar sempre comigo; pela nossa (tão nossa!) união, que nos faz lutar e nunca desistir uns dos outros. Essa força mostrou-se, mais uma vez, como um grande exemplo e alicerce.

À *Márcia* e ao *Rogério*, amigos de vinte anos, que nesta forma disfarçada de amor me deram, nos bons e maus momentos, todo o carinho, força e amparo; e, assim, a certeza de que nunca vou caminhar sozinha. Têm sido fundamentais!

À *Vera* por, neste último ano, me ter orientado no (re)encontro comigo mesma, por não me deixar desistir, me ter dado o apoio e o alento necessários para concretizar todos os meus objetivos e, sobretudo, por me mostrar a importância de, neste e noutros desafios, ativar o imprescindível “descomplicómetro”. Obrigada por Tudo!

Àquelas que, por mais distantes que estejam, continuam perto, perto do meu coração – *Adriana e Sara* – e na fila dianteira da vida a aplaudir esta e outras conquistas como se fossem delas.

A todos os meus *Amigos* (em especial, aos *#somostodoscadamalta*)

pelo que me acrescentam, pela presença, pela essência, pelo carinho, pelos incentivos, pelos – não menos necessários – “puxões de orelhas” e, nesta etapa em especial, pela inesgotável paciência e pelo incondicional apoio.

A “*Ti*” que, no meio de tantas formas de amor, me mostraste ainda mais uma; tendo ainda tanto para aprender nunca pensei, tão cedo, ser possível (...) Permanece, hoje, a saudade e a certeza que continuas comigo de onde eu já não consigo ver. Sei que estarias muito orgulhoso.

A Coimbra e às suas gentes. Aos que um dia caminharam comigo.

A todos um inestimável e sincero obrigada.

Obrigada, de coração!

Índice de Abreviaturas**CPQ** – *Crying Pattern Questionnaire***MCQ** – *Maternal Confidence Questionnaire***PSI** – *Parenting Stress Index***QCP** – Questionário de Confiança Parental**SBS** – Síndrome do bebê sacudido**SMSI** – Síndrome da morte súbita infantil

Índice

Introdução	4
I – Enquadramento conceptual	5
1. Conceptualização	5
1.1. O choro enquanto meio de comunicação	5
1.2. O choro enquanto comportamento de vinculação	5
1.3. O choro enquanto ferramenta diagnóstica	6
2. Fisiologia e bases neurais da produção de choro	7
3. Epidemiologia	8
3.1. Padrão típico de choro	8
3.2. Choro excessivo	8
3.2.1. Etiologia	10
3.3. Funções de sinal do choro excessivo	11
3.3.1. O choro enquanto sinal de robustez	11
3.3.2. O choro como sinal manipulativo	11
3.3.3. O choro como sinal honesto de necessidade	12
4. Modelos teóricos da resposta ao choro	12
4.1. O choro como desencadeador inato do comportamento de cuidados parentais	12
4.2. O choro como um ativador de emoção	12
4.3. Impacto do choro excessivo nas cuidadoras e na resposta ao bebé	14
II – Estudo empírico	15
2.1. Introdução	15
2.2. Objetivos	16
III – Metodologia	17
3.1. Desenho da investigação	17
3.2. Amostra	18
3.3. Instrumentos	18
3.3.1. Questionário sociodemográfico	18
3.3.2. Questionário sobre o choro do bebé (0-3 meses)	19
3.3.3. Questionário de Confiança Parental (QCP)	20
3.4. Procedimentos estatísticos	20
IV – Resultados	20
4.1. Caracterização da amostra	20

4.2. Análise descritiva	21
4.3. Análise da consistência interna.....	25
4.4. Análise inferencial.....	25
V – Síntese dos principais resultados.....	28
VI – Discussão	30
Limitações	35
Conclusões e implicações clínicas	35
Bibliografia.....	37
Anexos	45

Introdução

O choro não ocorre isoladamente, mas sim no contexto dos cuidadores do bebé. Nos primeiros três meses a quantidade de choro dos bebés ocidentais é superior a qualquer outra etapa do seu desenvolvimento (Barr, 1990a,b; Brazelton, 1962; St James-Roberts & Halil, 1991) assumindo-se, por conseguinte, como a maior preocupação dos pais e, destarte, como a queixa mais frequente relatada aos pediatras em igual período (Forsyth, Leventhal, & McCarthy, 1985; Oberklaid, 2000). Para cuidadores que lidam com bebés que choram excessivamente as consequências imediatas são intensificadas. Evidências advindas de vários estudos têm consistentemente mostrado que o choro excessivo impacta significativa e negativamente no estado emocional dos progenitores (Barr et al., 2014; Levitzky & Cooper, 2000; Long & Johnson, 2001).

Um dos principais achados encontrados no seio da literatura é a prevalência de sintomatologia depressiva em mães de bebés com choro excessivo (Akman et al., 2006; Erdogan et al., 2015; Maxted et al., 2005; Papousek & von Hofacker, 1998; Vik et al., 2009). Ademais, resultados obtidos em diversos estudos alusivos à temática revelam que, o choro excessivo é suscetível de desencadear nas mães fadiga intensa (Kurth, Kennedy, Spichiger, Hösli, & Stutz, 2011), ansiedade exacerbada, irritação, sentimentos de impotência (Okamoto & Matsuoka, 2003, 2007), bem como elevados níveis de *stress* que, de acordo com Long e Johnson (2001), culminam na vivência de relações familiares tensas, sentimentos de culpa, frustração e temores face à perda de controlo em relação ao bebé.

Além da natureza prolongada, a inconsolabilidade intrínseca ao choro excessivo, assente na veemente resistência às medidas de tranquilização adotadas, é, ainda, passível de afetar o sentimento de autoeficácia materna, podendo comprometer a sua atuação face às necessidades do bebé (Donovan & Leavitt, 1985; Okamoto & Matsuoka, 2003, 2007), a interação da díade (Räihä, Lehtonen, Huhtala, Saleva, & Korvenranta, 2002) e, por consequência, o próprio processo de vinculação (Oldbury & Adams, 2015).

Particularmente preocupante é, também, o acúmulo de evidências uníssonas em apontar o choro excessivo como o estímulo mais frequente para a adoção de condutas negligentes para com o bebé conducentes, amiúde, à síndrome do bebé sacudido (SBS) (Barr, Trent, & Cross, 2006; Lee, Barr, Catherine, & Wicks, 2007; Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing, & Verloove-Vanhorick, 2004; Talvik, Alexander, & Talvik, 2008).

Em Portugal, a literatura atinente ao choro infantil, em particular ao choro excessivo, é escassa e bastante esparsa, assim como as investigações realizadas no âmbito da temática. Em função disso, e partindo dos achados apurados pela investigação internacional, urge a necessidade de estudar este fenómeno à luz da realidade portuguesa, ainda mais, quando a sua prevalência em contexto nacional é, à data, desconhecida.

Dois dos pilares sob os quais se ergue, na atualidade, a investigação alusiva ao choro excessivo respeitam ao impacto que este desencadeia no estado emocional dos cuidadores, em especial das mães, bem como à

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

natureza e tipologia de respostas adotadas pelas mesmas. Em conformidade e com base nas variáveis apuradas na literatura, pretende averiguar-se se existem diferenças ao nível da confiança materna percebida e da resposta ao choro – especificamente, no que respeita à sua frequência e ao tempo médio de latência – em função da quantidade de choro evidenciada pelo bebé no primeiro trimestre.

Busca, ainda, apurar-se se há uma relação entre a quantidade relatada de choro e a experiência anterior de cuidados de bebés.

A pertinência da realização do presente estudo exploratório radica, assim, em fornecer bases, leituras, que sirvam de alicerce para investigações futuras a nível nacional; ademais, espera-se que os resultados obtidos forneçam uma série de implicações práticas para todos os profissionais de saúde que lidam com mães de bebés que choram excessivamente. Não obstante, pretende perpetuar-se a aplicação da teoria evolucionista ao choro infantil precoce – em particular, quando excessivo – na senda de ampliar a compreensão do seu valor adaptativo, para o efeito, os resultados obtidos serão discutidos sob a ótica das perspetivas existentes.

I – Enquadramento conceptual

1. Conceptualização

O choro é um comportamento multimodal dinâmico característico do desenvolvimento normativo dos bebés. Embora seja frequentemente descrito como um fenómeno de natureza exclusivamente acústica, restrito à produção de som, a sua expressão envolve, também, um repertório de vocalizações características, expressões faciais e movimentos corporais variados (Chóliz, Fernández-Abascal, & Martínez-Sánchez, 2012; Irwin, 2003).

Corwin, Lester e Golub (1996) concetualizam-no como um fenómeno biossocial. Por um lado, assoma como um sinal social, a partir do qual é estabelecida e negociada grande parte da relação inicial da díade, por outro, desponta como uma janela para o exame da integridade neurofisiológica do bebé.

1.1. O choro enquanto meio de comunicação

Na qualidade de sistema de alarme biológico (Bhagatpatil & Sardar, 2014), o choro assoma como a primeira e principal forma de comunicação do recém-nascido, desde o nascimento (Zeifman, 2001). Nesta aceção é, primariamente, tido como um sinal que o bebé envia aos progenitores com a intenção imediata de colocar fim às tensões que pedem a satisfação das suas necessidades, formando aquilo que Ostwald (1972) concebeu como o equivalente a um “cordão umbilical acústico” (p. 352). Independentemente do seu precipitante funciona como um comportamento pré-verbal – “vem aqui, preciso de ti” – que é, inconfundivelmente, comunicado a todos os que se encontram ao alcance da sua audição (Nelson, 1998).

1.2. O choro enquanto comportamento de vinculação

O choro é, também, tido como uma forma de comunicação simbólica,

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

um discurso de emoções no qual existe um bebê que chora e um cuidador que sente, se emociona e responde. Por um lado, é um recurso de que o bebê dispõe precocemente e com o qual entra na relação, por outro, o poder metafórico que detém, suscita o que Lebovici (1987) designou de “banho de afetos interrelacional” (p.145), com antecipações maternas desde o primeiro dia (Santos, 2000). Emerge, deste modo, como uma das primeiras formas de contato emocional recíproco e, neste entendimento, é concebido como um comportamento de vinculação primário, que evoluiu para desempenhar uma função de proteção através da manutenção do contato com os cuidadores, especialmente, com a mãe (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969, 1982).

Repetidas experiências de apelo e resposta, reforçadas pelo prazer e segurança da conexão – em comparação com a dor e a insegurança da separação – coadjuvam na construção de um vínculo saudável entre pais e bebê (Nelson, 1998). Conclusões advindas de um estudo conduzido por Bell e Ainsworth (1972) mostram efeitos consistentes com esta visão, bebês até quatro meses choram mais quando estão fora da proximidade das suas mães; ademais, o choro mostra-se eficaz no restabelecimento do contato com as progenitoras, sendo este efetivo na sua cessação.

1.3. O choro enquanto ferramenta diagnóstica

A análise espectral do som de choro é uma janela para o exame do estado neurofisiológico do bebê no período neonatal (Daga & Panditrao, 2011; Díaz, García, Robles, Altamirano, & Mendoza, 2012; Kheddache & Tadj, 2013, 2015; LaGasse, Neal, & Lester, 2005; Talauliker & Shenvi, 2015; Wasz-Höckert, Michelsson, & Lind, 1985). Estudos sistemáticos mostram relações entre as características acústicas do choro e diagnósticos associados a distúrbios cromossômicos (Fisichelli & Karelitz, 1966; Thodén & Michelsson, 1979; Vuorenkoski et al., 1966), metabólicos (Koivisto, Michelsson, Sirvio, & Wasz-Höckert, 1974; Wasz-Höckert, Koivisto, Vuorenkoski, & Lind, 1971), endócrinos (Michelsson & Sirviö, 1976) e neurológicos (Michelsson, 1971; Michelsson, Sirviö, & Wasz-Höckert, 1977).

O estudo das suas propriedades acústicas mostra-se, ainda, proveitoso na obtenção de informação prognóstica atinente ao desenvolvimento neurocomportamental de prematuros (Michelsson, Järvenpää, & Rinne, 1983) e de bebês expostos, em meio intrauterino, a substâncias psicoativas (Lester et al., 2002; Quick, Robb, & Woodward, 2008), bem como ao álcool e ao tabaco (Nugent, Lester, Greene, Wiczorek-Deering, & O'Mahony, 1996).

No entanto, a área em que a análise do choro adquire maior potencial é na identificação de bebês com problemas médicos para os quais não há nenhuma ferramenta diagnóstica disponível. Atualmente, o choro é tido como um marcador de risco preditivo para a síndrome da morte súbita infantil (SMSI) (Robb, Crowell, & Dunn-Rankin, 2013).

Tabela 1. Síntese das principais condições médicas estudadas pela análise espectral do som de choro

Condição médica	Estudo
Distúrbios cromossômicos:	
Síndrome de Down	Fischelli & Karelitz (1966)
Síndrome de choro de gato	Vuorenkoski et al. (1966)
Doença de Krabbe	Thodén & Michelsson (1979)
Distúrbios metabólicos:	
Hipoglicemia	Koivisto et al. (1974)
Hiperbilirrubinemia	Wasz-Höckert et al. (1971)
Distúrbios endócrinos:	
Hipertireoidismo congênito	Michelsson & Sirviö (1976)
Distúrbios neurológicos:	
Asfixia periférica e central	Michelsson (1971)
Meningite bacteriana	Michelsson et al. (1977)
Prematuridade	Michelsson et al. (1983)
Exposição pré-natal a/ao:	
Álcool	Nugent et al. (1996)
Cocaína	Lester et al., (2002)
Marijuana	Lester & Dreher (1989)
Síndrome da morte súbita infantil	Rob et al. (2013)

2. Fisiologia e bases neurais da produção de choro

O choro é um fenômeno neurofisiológico complexo (Agrawal, 1990), todavia, a compreensão respeitante às bases neurais que lhe subjazem é parca e, maioritariamente, inferencial. Em contraste com o antigo modelo – modelo do tronco encefálico – o qual sugere que, não são necessárias quaisquer estruturas rostrais até ao mesencéfalo para a produção do choro precoce infantil, estudos recentes reconhecem o envolvimento de estruturas corticais (e.g. giro cingulado) (Newman, 2007).

A sua produção é iniciada no cérebro mediante estimulação aversiva – interna ou externa – e envolve a coordenação entre o tronco encefálico, o mesencéfalo e o sistema límbico (Brătilă, Comandasu, Diaconescu, Rusu, & Sardescu, 2015; LaGasse, Neal & Lester, 2005), que controlam a respiração e a vibração das pregas vocais, a partir das quais o som é gerado (Kheddache & Tadj, 2015).

O som de choro é produzido pela coordenação de três sistemas de componentes: o sistema respiratório, responsável pelo poder aerodinâmico necessário para a produção do som; a laringe, que atua para controlar o fluxo de ar advindo do sistema respiratório; e o trato vocal, cujas funções se centram no controlo e filtragem das frequências de ressonância dos sons gerados pela laringe (Soltis, 2004).

A fonte do som do choro são as cordas vocais que vibram na laringe. A pressão de ar variável dos pulmões e as alterações na tensão e no comprimento das cordas vocais combinam-se para produzir a frequência das cordas vocais. O som é, então, filtrado e prossegue através do trato vocal e dos lábios, resultando num som audível (Kheddache & Tadj, 2015; Soltis, 2004).

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

Ludington-Hoe, Cong e Hashemi (2002) aduzem que, o choro envolve quatro fases ou movimentos: a fase do esforço, em que o bebé inspira; a fase do suspiro, em que se dá a expiração e, em consequência, o som de choro é emitido; a pausa, afona; e, logo depois, um fugaz suspiro inspiratório que precede o choro subsequente.

3. Epidemiologia

3.1. Padrão típico de choro

O choro precoce infantil é descrito através de uma curva comportamental caracterizada pelo aumento da quantidade de choro no primeiro trimestre, cujo pico é atingido entre a sexta e a oitava semanas, até uma média de duas horas e meia diárias. Neste período compreendido, os episódios de choro prevalecem maioritariamente ao final da tarde e no período noturno. No quarto mês a quantidade de choro tende a diminuir, mantendo-se estável até ao final do primeiro ano (Barr, 1990 a,b; Brazelton, 1962; St James-Roberts & Halil, 1991).

Estudos transculturais demonstram que a curva de choro infantil precoce é universal (Alvarez, 2004; McGlaughlin & Grayson, 2001) sendo, por isso, tida como um reflexo do desenvolvimento neurocomportamental decorrente nos primeiros meses de vida do bebé (Evanoo, 2007; Kurth, Kennedy, Spichiger, Hösli, & Stutz, 2011; Zeifman, 2001). No entanto, a quantidade de choro difere em função da variação individual e cultural do estilo de cuidados materno (Bleah & Ellett, 2010; Soltis, 2004). Barr, Konner, Bakeman e Adamson (1991) concluíram que, na população !Kung San – em que as mães são altamente responsivas à agitação dos filhos (92% respondem dentro de 15 segundos), os carregam e amamentam continuamente – a quantidade de choro é metade da dos bebés ocidentais – cujos episódios de choro são ignorados 40% das vezes, o contacto materno é menor e a amamentação menos frequente. Por sua vez, Hunziker e Barr (1986) constataram que, nas sociedades ocidentais, o pico de choro do segundo mês é eliminado e a agitação noturna reduzida quando as mães carregam por mais tempo os seus bebés.

3.2. Choro excessivo

A terminologia e as definições utilizadas para descrever e mensurar o choro e a agitação considerados acima da média apresentam uma imagem confusa (Reijneveld, Brugman, & Hirasings, 2001). Bebés que, nos primeiros três meses de vida, evidenciam quantidades excessivas de choro, cuja natureza é súbita e, aparentemente, inexplicável são descritos como “bebés com cólicas” (Roberts, Ostapchuk, & O’Brien, 2004). Estes seguem a curva universal de choro infantil precoce (St James-Roberts & Halil, 1991), porém dependem mais tempo, por dia, em estados de choro e têm de paroxismos de choro mais longos, os quais se mostram resistentes às medidas de tranquilização adotadas pelos cuidadores (Akhnikh, Engelberts, Sleuwen, L’Hoir, & Benninga, 2014).

Embora amplamente utilizado na literatura (Akhnikh et al., 2014;

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

Barr, 1998; Roberts et al., 2004), o termo “cólica” é um conceito carregado de conflitos quanto ao seu significado e definição. Derivado da palavra grega para o cólon – “*kolikos*” – carrega uma significativa bagagem histórica e etimológica, que conduziu à concepção de que o bebê chora em consequência de uma dor de natureza gastrointestinal (St James-Roberts, 2001). Conquanto, os estudos não fornecem evidências conclusivas que apoiem que o choro excessivo derive de uma condição médica orgânica (Soltis, 2004).

O diagnóstico informal foi originalmente discutido por Wessel, Cobb, Jackson, Harris e Detwiler (1954), os quais definiram um bebê agitado como “um bebê saudável e bem alimentado, que tem paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro num total superior a três horas diárias e que ocorre mais de três dias, numa semana qualquer” (p. 426). Ainda que não fosse a intenção original dos autores, esta definição tornou-se a forma mais utilizada para mensurar a cólica, a qual é, atualmente, conhecida como “Regra de Três de Wessel”. Todavia, o critério foi extrapolado para incluir três semanas de choro, ao invés de uma, e, por outro lado, reduzido ao deixar cair os descritores de irritabilidade e agitação. Nesta aceção, uma medida padrão de choro determinada a ser cólica é tida através de relatos de episódios de choro que duram no mínimo três horas por dia e ocorrem pelo menos três vezes por semana, durante três semanas consecutivas em bebês saudáveis (St James-Roberts, 2001).

No entanto, esta terminologia e estes critérios não são empregues por todos os investigadores e clínicos na definição do choro infantil problemático; no seio da literatura é bastante frequente o uso de termos como: irritabilidade, choro excessivo, choro persistente e choro inexplicável. O recurso a estes termos assenta no facto de que, os atuais critérios para a cólica se mostram muito limitantes e não consideram outros estados do choro, especificamente, a agitação (Reijneveld et al., 2001; St James-Roberts, 2001) que, de acordo com os estudos, constitui similarmente uma fonte de *stress* para os cuidadores (Long & Johnson, 2001). A agitação não envolve um choro contínuo, corresponde antes a um estado agitado e irritado que pode, ou não, incluir breves episódios de vocalizações e que transmite, de igual forma, descontentamento aos cuidadores (Barr, Kramer, Boijoly, Mc Vey-White, & Pless, 1988).

Do exposto constata-se que, nem todos os bebês acerca dos quais os progenitores relatam preocupação em relação ao choro atendem aos critérios definidos pela “Regra de Três de Wessel”. Por conseguinte, ao invés de desenhar limiares arbitrários de horas de choro a serem considerados problemáticos, alguns clínicos e investigadores consideram a definição e perceção dos pais acerca do bebê, isto é, se o choro e a agitação são percebidos como problemáticos ou não (Stifter, Bono, & Spinrad, 2003), com base no entendimento de que a sua perceção acerca do bebê impacta diretamente nas experiências parentais (Edhborg, Seimyr, Lungh, & Widstrom, 2000).

Para fins da presente investigação serão empregues os termos choro excessivo e agitação, de modo a abranger os múltiplos comportamentos

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

associados ao choro infantil precoce geradores de preocupação nos cuidadores. Em consonância com o trabalho original de Wessel et al. (1954), o recurso ao termo agitação baseia-se no entendimento de que não é só o choro que é difícil para os cuidadores, mas também o estado de agitação que o acompanha e com o qual se combina. Ainda que se mostre um tanto subjetivo, a utilização do termo excessivo assenta na compreensão de que seja o melhor para descrever um montante que vai além do que poderia ser médio ou tolerável, sem sugerir montantes ou critérios específicos.

Em Portugal a prevalência do choro excessivo é, ao momento, desconhecida, todavia, dados advindos da literatura internacional sustentam que, nas sociedades ocidentais, esta tende a variar entre os oito e os 40%, dependendo do modo como o choro excessivo é definido e se os bebés são provenientes de uma amostra clínica ou de uma amostra comunitária (Barr, Rotmans, Yaremko, Leduc, & Francoer, 1992; Maxted et al., 2005; Reijneveld, et al., 2001; Sondergaard, Skajaa, & Henriksen, 2000).

3.2.1. Etiologia

A etiologia do choro excessivo permanece incerta (Kaley, Reid, & Flynn, 2011; Kheir, 2012; Roberts et al., 2004).

Alguns estudos afiam a influência de distúrbios orgânicos, sobretudo gastrointestinais – como a intolerância à lactose (Moore, Robb & Davidson, 1988), a alergia ao leite de vaca (Jakobsson & Lindberg, 1983) e o refluxo gastroesofágico (Heine, Jaquier, Lubitz, Cameron, & Catto-Smith, 1995) – contudo, nas amostras selecionadas, a maioria dos bebés apresenta sintomas adicionais ao choro excessivo (Soltis, 2004). Ademais, Gormally e Barr (1997) estimaram que, somente, cinco a 10% dos casos de choro excessivo são devidos a distúrbios de natureza orgânica.

Outros, porventura, têm averiguado a sua presumível associação a fatores psicossociais – especificamente, a circunstâncias pré-natais como *stress*, ansiedade e depressão das gestantes – porém, com a mesma força que alguns o parecem sustentar (van der Wal, van Eijsden, & Bonsel, 2007; van den Berg et al., 2009) outros, de *design* e método distintos, o contraditam (Barr, 2002).

Existem, ainda, investigações cujos resultados apontam a relação disfuncional pais-bebé, assente na falta de responsividade ou na adoção de respostas desadaptativas, como a potencial catalisadora do choro excessivo (Papousek & von Hofacker, 1998); em contraste, intercorrem evidências segundo as quais o choro se perpetua independentemente da tipologia de respostas adotadas pelos cuidadores ou da sua ausência (St James-Roberts, Conroy, & Wilsher, 1998).

Na senda destas evidências e tendo por base o fato de apresentar um padrão similar ao choro dito normativo, para alguns autores (e.g. Barr, 1998; Soltis, 2004), ao invés de uma condição clínica distinta, o choro excessivo é tido como uma manifestação neurodesenvolvimental que reflete, somente, o extremo do aumento da quantidade de choro no primeiro trimestre.

3.3. Funções de sinal do choro excessivo

Partindo de um quadro de referência etológico, Soltis (2004) aduziu que o choro excessivo pode servir três funções potenciais: *i)* sinalizar a robustez do bebê, de forma a aumentar a probabilidade de sobrevivência; *ii)* a manipulação dos cuidadores para adquirir recursos adicionais; e *iii)* a sinalização honesta de necessidade de diferentes recursos.

3.3.1. O choro enquanto sinal de robustez

Nas aves, as genitoras avaliam, discriminativamente, a qualidade fenotípica das crias antes de responder às suas vocalizações solicitadoras evitando custos, para a sobrevivência, de investir em crias inviáveis (Santos, 2000). Godfray (1991) considera que existe algum critério que permite que os progenitores avaliem o valor reprodutivo das suas crias; segundo Lyon, Eadle e Hamilton (1994) esse componente de avaliação encontra-se nos seus dispositivos neonatais de solicitude. Partindo deste entendimento, Furlow (1997) e Soltis (2004) admitem que, o choro possa constituir um sinal que comunica, de modo eficaz, a qualidade fenotípica de quem enviou o sinal e, neste sentido, pode ter tido um papel potencialmente relevante na evolução do choro do recém-nascido humano.

O choro é dispendioso em termos energéticos indicando, portanto, vigor – robustez – por parte de quem enviou o sinal (Lumma, Vuorisalo, Barr, & Lehtonen, 1998). Destarte, bebês de alta qualidade são tidos como mais capazes de suportar a despesa energética necessária para emitir o sinal, chorando mais, ou seja, de modo mais vigoroso, robusto (Furlow, 1997). Na compreensão de que, a qualidade do bebê afeta a probabilidade de sobrevivência e que a capacidade de chorar é uma medida confiável dessa qualidade e se correlaciona com o padrão de investimento parental, Soltis (2004) conjectura que o choro excessivo possa constituir uma adaptação para reduzir a probabilidade de infanticídio.

3.3.2. O choro como sinal manipulativo

Enquanto crias, as aves procuram, através de vocalizações intensas e contínuas, persuadir os seus progenitores no sentido destes lhes fornecerem alimentos adicionais. O recurso a vocalizações veementes aumenta, porém, a probabilidade de atrair predadores ao ninho, neste sentido, o seu emprego, assente num aumento gradual da sua intensidade, pode ter como finalidade a manipulação dos progenitores para o fato da cria poder vir a ser prejudicada (Lumma et al., 1998). Crias de pelicanos – a título de exemplo – suplicam por alimentos agitando e mordendo as próprias asas (Burke e Brown, 1970), aparentemente, para persuadir as genitoras de que a privação de alimentos terá consequências físicas. Com base na presunção de que o choro do bebê humano é comparável às solicitações das crias de aves, Soltis (2004) teoriza, por outro lado, que o choro excessivo possa constituir um sinal manipulativo utilizado pelos bebês no intuito de obterem uma fração desproporcional de recursos parentais.

De acordo com este raciocínio, o choro excessivo serve o propósito do

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

bebé “chantagear” os cuidadores com a ameaça de um risco aumentado de predação, de forma a obter mais energia e atenção que a que estes têm interesse evolutivo em oferecer. Porém, esta prática incorre riscos acrescidos de mortalidade para o próprio bebé, assim, prevê-se que este fará recurso ao choro excessivo, apenas, se houver uma utilidade real para receber cuidados adicionais e se o risco real de predação não for excessivamente elevado. Destarte, o resultado positivo esperado – alimentação mais frequente, maior atenção e adiamento de uma ulterior gestação – deve ser suficientemente grande para compensar os custos energéticos do choro e o aumento do risco de predação (Lumma et al., 1998).

3.3.3. O choro como sinal honesto de necessidade

Apoiado na asserção de que o choro é energeticamente dispendioso – segundo Rao, Blass, Brignol, Marino e Glass (1997) evidencia um aumento de 13,2% na taxa metabólica em relação ao repouso – ao passo de um sinal manipulativo, Soltis (2004) colocou, alternativamente, a hipótese do seu emprego só se justificar se houver realmente necessidade, carência de diferentes recursos por parte do bebé.

4. Modelos teóricos da resposta ao choro

Da literatura emergem dois modelos referentes ao modo e à forma como os cuidadores respondem ao choro do bebé. O primeiro apoia-se nos pressupostos da teoria da vinculação, para o qual o choro emerge como um desencadeador inato do comportamento de cuidados por parte dos cuidadores (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969, 1982). O segundo enfatiza os fatores motivacionais e cognitivos que levam os cuidadores a responder ao choro. Neste, o choro é tido como um ativador de emoções, de natureza altruísta ou egoísta, que motivam a resposta parental (Murray, 1979, 1985).

4.1. O choro como desencadeador inato do comportamento de cuidados parentais

Para Ainsworth (1969) e Bowlby (1969, 1982) o choro do bebé é um comportamento de vinculação primário que promove a proximidade ou o contato com os potenciais cuidadores. Adotando um quadro de referência etológico, os autores consideram que o choro evoluiu para desempenhar uma função de proteção através da manutenção do contato do bebé com a mãe, que o protegeria face à ameaça de predadores e outras formas de perigo iminentes. Da mesma forma, mecanismos recíprocos teriam evoluído em adultos no sentido de assegurar uma resposta ao sinal de choro. Neste entendimento, os bebés são geneticamente programados para chorar quando não há contato com outros ou, ainda, quando se sentem incomodados, sendo este comportamento adaptado ao protótipo de um cuidador responsivo.

4.2. O choro como como um ativador de emoção

Ancorada na conceção do choro como um sinal gradual¹, Murray (1979, 1985) afirma que o choro suscita uma modificação na disposição

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

emocional do ouvinte, que pode ser de natureza egoísta ou altruísta.

A perspectiva de que o choro é eficaz na obtenção de uma resposta dos cuidadores em função de uma motivação egoísta baseia-se nos princípios do reforço negativo, bem como nos pressupostos fisiológicos da relação entre a qualidade da experiência auditiva – desagradável – e as características físicas do choro, que o tornam um som especialmente penetrante. Neste entendimento, os cuidadores respondem ao sinal de choro pela mesma razão que respondem a qualquer outro som incomodativo, ou seja, com o intuito de reduzir a estimulação aversiva. A motivação é, então, egoísta pois os cuidadores são motivados a responder de forma a reduzir a própria angústia ao invés da angústia do seu bebê (*idem*).

A autora reconhece que esta abordagem se mostra mais eficaz para respostas de evitação ou fuga e, por conseguinte, mais limitada face a respostas cujo objetivo é a remoção da angústia do bebê. Em função disso, propõe uma explicação alternativa de base altruísta fundamentada na teoria de angústia empática de Hoffman (1975).

Para Hoffman (1975) a base do altruísmo é a resposta de angústia empática, descrita como uma involuntária e intensa experiência do estado emocional doloroso de outrem. Na senda desta asserção, aponta um conjunto evidências que suportam as relações entre motivos altruístas e ação: sinais de angústia de outrem suscitam respostas simpáticas no observador; a tendência inicial do observador é agir; a intensidade da experiência de angústia e a velocidade da resposta devem aumentar com a intensidade dos sinais de angústia do outro; se o observador não agir continuará a experimentar angústia empática ou reinterpretará cognitivamente a situação para justificar a sua inação.

Murray (1979, 1985) emprega as inferências anteriores ao choro do bebê. Primeiro, porque o choro é, muitas vezes, descrito como um estímulo nocivo, o que está de acordo com a experiência de angústia empática. Depois, porque é tido como um estímulo constrangedor o que, a par da sua alta amplitude e densidade, resulta numa resposta materna imediata. Por último, porque a interpretação do ouvinte acerca do bem-estar geral do bebê angustiado pode substituir as sugestões específicas associadas à angústia. Por exemplo, cuidadores que acreditam que os choros são uma forma de manipulação tendem a acreditar, também, que não se lhes deve responder com frequência, o que pode justificar a sua inação.

A exposição contínua ao som de choro e a angústia involuntária que se lhe encontra associada é suscetível de alterar a motivação dos cuidadores de altruísta para egoísta. Deste modo, a motivação deixa de ser o alívio do bebê e passa a ser a diminuição da angústia dos próprios pais (*idem*).

¹Ao invés de um sinal discreto, que fornece informações isomórficas e categóricas acerca das suas causas específicas, o choro é, segundo esta perspectiva, tido como um sinal gradual e dinâmico, regulado pelo funcionamento neural autonómico, que reflete o nível de excitação experienciado pelo bebê. As vocalizações do choro variam quantitativamente em várias dimensões acústicas – como frequência e duração – e os pais utilizam essas variações, bem como a informação visual e contextual disponível para avaliar o grau de excitação do bebê.

4.3. Impacto do choro excessivo nas cuidadoras e na resposta ao bebê

Um achado consistente na literatura é a significativa prevalência de sintomatologia depressiva em mães de bebês que choram excessivamente (Akman et al., 2006; Erdogan et al., 2015; Radesky et al., 2013). Maxted et al. (2005) verificaram, em 45% das progenitoras, a presença de sintomas depressivos moderados e severos, os últimos associados a avaliações de agitação e a dificuldades em acalmar os seus bebês. Os resultados obtidos por Vik et al. (2009) reforçam as conclusões anteriores e, dada natureza longitudinal do estudo, acresce a possibilidade de o choro excessivo do bebê aos dois meses de idade constituir um risco para a presença de sintomas depressivos maternos quatro meses depois.

As investigações revelam ainda que, estas mães tendem a evidenciar elevados níveis de *stress* e ansiedade (Long & Johnson, 2001), exaustão e fadiga exacerbadas (Kurth et al., 2011), assim como frustração (Barr et al., 2014; Ellet, Schuff, & Davis, 2005) e sentimentos de desamparo persistentes (Barr, 1998). A inexplicabilidade e a inconsolabilidade, inerentes ao choro excessivo são, concomitantemente, passíveis de comprometer a confiança das cuidadoras e de perpetuar um ciclo de angústia entre mãe e bebê (Stifter, Bono, & Spinrad, 2003).

Um estudo de natureza qualitativa, conduzido por Levitzky e Cooper (2000), investigou o impacto do choro excessivo no estado emocional materno, tendo posto a descoberto uma significativa incidência de fantasias maternas de agressão (70%) e infanticídio para com os seus bebês (26%). Em resposta ao choro excessivo algumas mães expressaram pensamentos como o de sufocar os seus bebês com uma almofada, sacudi-los e, até mesmo, cortá-los com uma faca.

Ao nível da interação, Oldbury e Adams (2015) e Rähä et al. (2002) patenteiam a possibilidade de a ligação da díade ser lesada, comprometendo o processo de vinculação.

O impacto emocional negativo que desencadeia estende-se à atuação materna aquando da resposta ao choro do bebê. Na tentativa de acalentarem os seus bebês os cuidadores tendem, muitas vezes, a agitá-los veemente; percebendo essa prática como uma técnica efetiva utilizam-na regularmente, todavia, esta é susceptível de causar traumas crânio-encefálicos. Além de ser citado pela literatura como o estímulo mais frequente para a perpetração da SBS (Barr et al., 2006; Lee et al., 2007; Talvik et al., 2008), o choro excessivo é, comumente, apontado como gatilho para outro tipo de fraturas abusivas (Leventhal, Martin, & Asnes, 2010; Reijneveld et al., 2004) e, ainda, como o principal motivo para a cessação precoce da amamentação por parte das progenitoras (Howard, Lanphear, Lanphear, Eberly, & Lawrence, 2006).

Tabela 2. Síntese das principais repercussões do choro excessivo nas cuidadoras e na resposta ao bebê

Estudo(s)	Conclusões
Akman et al. (2006) Erdogan et al. (2015) Radesky et al. (2013) Maxted et al. (2005) Vik et al. (2009)	Sintomatologia depressiva a curto e longo prazo
Long e Johnson (2001)	Níveis elevados de <i>stress</i> e ansiedade
Kurth et al. (2011)	Exaustão e fadiga exacerbadas
Barr et al. (2014) Ellet et al. (2005)	Frustração
Stifter et al. (2003)	Baixa confiança materna
Oldbury e Adams (2015) Räihä et al. (2002)	Processo de vinculação comprometido
Levitzky e Cooper (2000)	Fantasias de agressão e infanticídio
Barr et al. (2006) Lee et al. (2007) Talvik et al. (2008)	Síndrome do bebê sacudido (SBS)
Howard et al. (2006)	Cessação precoce da amamentação

II – Estudo empírico

2.1. Introdução

À luz da teoria evolucionista, o choro precoce infantil é um comportamento de vinculação adaptativo utilizado pelos bebês não só para promover a proximidade com os cuidadores, mas também para sinalizar a necessidade de cuidados e proteção, na finalidade última de assegurarem a sua sobrevivência (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969, 1982; Zeifman, 2001). Ainda que possa evocar uma modificação na disposição emocional do ouvinte de natureza altruísta, que motive o alívio da angústia do bebê, o choro pode, similarmente, suscitar emoções negativas, em que a motivação passa pela remoção ou diminuição da angústia dos próprios pais. Dessarte, enquanto fenómeno paradoxal, é passível de evocar fortes sentimentos de preocupação e proteção e, em contrapartida, de evitação ou extrema hostilidade (Murray, 1979, 1985). Por um lado, atua como um sinal efetivo que promove o sustento nutricional básico e a interação mãe-bebê (Barr, 1990b; Bell & Ainsworth, 1972; Soltis, 2004); por outro, quando excessivo ou considerado pelos cuidadores como tal é, frequentemente, apontado como

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

o motivo para a cessação precoce da amamentação pelas progenitoras (Howard et al., 2006) e, ainda, como o estímulo imediato para a adoção de comportamentos de abuso – negligentes – nos primeiros meses de vida (Barr, et al., 2006; Lee et al., 2007; Reijneveld, et al., 2004; Talvik et al., 2008).

Ademais, investigações internacionais respeitantes à temática têm, congruentemente, revelado que o choro excessivo impacta negativamente no estado emocional materno em várias dimensões. O caráter inconsolável que se lhe encontra inerente é apontado como o aspeto mais difícil e, por consequência, potencialmente suscetível de reduzir a confiança materna nas suas competências parentais, gerar sentimentos depressivos, bem como elevados níveis de frustração e *stress* (Akman et al., 2006; Erdogan et al., 2015; Long & Johnson, 2001; Maxted et al., 2005; Papousek & von Hofacker, 1998; Stifter & Bono, 1998; Vik et al., 2009).

Em função do exposto, a inexistência de investigações desenvolvidas em Portugal é surpreendente, ainda mais, a sua prevalência permanecer, ao momento, desconhecida. Aliada à necessidade de obter uma estimativa da dimensão desta problemática em contexto nacional, a pertinência deste estudo exploratório encontra-se, concomitantemente, ligada à perceção de que carece a exploração de elementos capazes de emoldurar a compreensão de algumas das adjacências quer ao nível do impacto do choro excessivo no estado emocional materno, quer ao nível do processo de resposta.

Na verdade, já Kosminsky e Kimura (2008) ressaltavam a necessidade de desenvolver estudos referentes à problemática do choro excessivo sob a ótica materna uma vez que, na sua abordagem por profissionais de saúde são, comumente, desconsideradas as repercussões emocionais que exerce nas cuidadoras e, identicamente, a responsividade face às necessidades do bebé.

Em conformidade, e de acordo com as pretensões do presente estudo, pretendem gerar-se leituras que orientem a prática assistencial de pediatras e respetivos profissionais de cuidados de saúde primários às cuidadoras, no sentido de as auxiliar, não só, a compreender e a gerenciar o choro dos seus bebés, mas também o seu estado emocional.

2.2. Objetivos

O sentimento de confiança materna corresponde à avaliação que a mulher faz acerca da sua capacidade para cuidar e compreender o seu bebé (Zahr, 1993). Uma das particularidades do choro excessivo é o seu caráter inconsolável, por mais conscientes e comprometidos que os cuidadores sejam, este mostra-se, amiúde, resistente às medidas de tranquilização adotadas. O insucesso repetido em relação à tarefa de cessação do choro pode, neste entendimento, debilitar os sentimentos subjetivos que as mães têm em relação à sua aptidão para assumir as responsabilidades parentais.

Ainda que, na literatura, o choro excessivo seja frequentemente associado a uma baixa confiança materna, as pesquisas desenvolvidas nesse sentido são escassas (e.g. Donovan & Leavitt, 1985; Stifter & Bono, 1998).

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

Dada a relevância clínica que esta variável assume, não só em termos de adaptação saudável ao papel parental, mas também ao nível da atuação face às necessidades do bebé e do impacto que tem na relação da díade, torna-se fundamental apurar o seu impacto. Destarte, um dos objetivos a que a presente pesquisa se propõe é a averiguar se existem diferenças ao nível da confiança materna percebida em função da quantidade de choro evidenciada pelo bebé.

A investigação relativa à resposta ao choro pode ser dividida em duas categorias distintas: uma focaliza-se nas respostas emocionais e fisiológicas experienciadas pelas mães; outra, mais parca, concentra-se nas respostas necessárias ao término do choro, cujo interesse particular tem consistido em explorar a pressuposição de que a prontidão e a frequência – e não a eficácia – da resposta assomam como variáveis-chave no que respeita à frequência total e à duração do choro no primeiro trimestre.

Por sua vez, este estudo visa averiguar se existem diferenças na resposta materna, no que respeita à frequência e ao tempo médio de latência, em função da quantidade de choro evidenciada pelo bebé. Pretende-se, conquanto, discutir os resultados obtidos não só como causa, mas como efeito – *double hit* – na medida em que, a frequência e o tempo médio de latência na resposta ao choro podem contribuir para uma maior ou menor quantidade de choro, mas eventuais diferenças a este nível também podem resultar da exposição contínua das cuidadoras ao mesmo.

Drummond, McBride e Wiebe (1993) constataram que, as mães primíparas se sentem menos confiantes na interpretação do sinal de choro. Congruentemente, Wäsz-Hockert, Partenen, Vuorenkoski, Valanne e Michelsson (1964) averiguaram que, tanto cuidadoras, como profissionais com experiência de cuidados infantis se mostram mais perspicazes em tarefas de identificação do tipo de choro. Nesta lógica pode conjecturar-se que, as mães com experiência de cuidados infantis respondem mais adequadamente às necessidades dos seus bebés, cessando de modo mais célere e eficaz o choro. Com base nesta presunção procura, ainda, perceber-se se existe uma relação entre a quantidade de choro relatada e a experiência de cuidados de bebés.

Em síntese, destacam-se como objetivos específicos:

- Averiguar se existem diferenças ao nível da confiança materna percebida em função da quantidade de choro do bebé;
- Apurar se existem diferenças no que respeita ao tempo médio de latência na resposta ao sinal de choro em função da quantidade de choro;
- Averiguar se existem diferenças relativamente à frequência da resposta ao sinal de choro em função da quantidade de choro do bebé;
- Perceber se existe uma relação entre a quantidade relatada de choro e a experiência anterior de cuidados de bebés.

III – Metodologia

3.1. Desenho da investigação

O presente estudo assume um carácter exploratório, descritivo-efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

correlacional, comparativo e transversal, sendo a sua abordagem de natureza quantitativa.

A índole exploratória assenta no facto de os conhecimentos prévios acerca das questões a serem exploradas serem poucos, sobretudo, na realidade portuguesa; destarte, este assoma como o método mais cabível para ocasionar uma maior familiaridade com a problemática tratada e, essencialmente, para a obtenção de dados e leituras que fomentem estudos ulteriores.

É, concomitantemente, transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único ponto no tempo e representam um corte transversal das características da população estudada.

A sua abordagem é quantitativa, pois tem como principal propósito descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas. Dentro da abordagem quantitativa, é considerado descritivo-correlacional, uma vez que pretende fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo, assim como das relações existentes entre elas e pretende, ainda, examinar a associação de uma variável com outras variáveis; e, também, comparativo, pois visa comparar os dados de dois grupos.

3.2. Amostra

A amostra deste estudo foi recolhida *online*, nas redes sociais, em grupos respeitantes à maternidade e ao bebé, assim como em *blogs*, *sites* e fóruns de discussão de conteúdo pariforme. O período de recolha decorreu entre os meses de maio e junho de 2017.

A amostra foi constituída com recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência ou acidental. Este tipo de amostragem é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para integrar a amostra. A amostragem não probabilística patenteia a desvantagem de ser menos representativa que a amostragem probabilística. A amostra acidental caracteriza-se pela participação voluntária ou pelo facto de os seus elementos serem escolhidos por uma questão de conveniência. Desta forma, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. No entanto, o método tem a vantagem de ser rápido, de custo reduzido e fácil (Fortin, 2009).

Esta é composta por 272 participantes e para a sua constituição foram considerados os seguintes critérios de inclusão: *i*) ter um bebé até três meses de idade (inclusive); *ii*) o bebé não ter sido diagnosticado com qualquer doença ou incapacidade, de forma a atender à definição da tríade modificada de Wessel para choro excessivo; e *iii*) ser de nacionalidade portuguesa.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário sociodemográfico – (Anexo II)

O questionário sociodemográfico, elaborado especificamente para a presente investigação, pretendeu reunir características sociodemográficas acerca da mãe (e.g. idade, nacionalidade, habilitações literárias, situação

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

conjugal e profissional), assim como informações relativas ao período de gravidez, ao parto e ao próprio bebê. Informações concernentes à experiência anterior da mãe a prestar cuidados a bebês, bem como à relação mantida e ao apoio dado pelo pai do bebê foram, também, recolhidas. Os itens foram selecionados com base na literatura, sugerindo uma possível influência de variáveis de interesse.

3.3.2. Questionário sobre o choro do bebê (0-3 meses) – (Anexo III)

O Questionário sobre o choro do bebê (0-3 meses), desenvolvido para propósitos do presente estudo, foi adaptado do *Crying Pattern Questionnaire* (CPQ) (Wolke, Meyer, & Gray, 1994) e da *Colic Symptoms Checklist* (Lester, Boukydis, Garcia-Coll, & Hole, 1990).

As questões dois, três e quatro fazem parte da *Colic Symptoms Checklist*, desenvolvida para determinar o diagnóstico de cólica com base nos critérios enunciados na “Regra de Três de Wessel”. Estas reúnem informações relativas às horas de choro e agitação despendidas pelo bebê num dia típico; ao número de dias por semana em que o bebê chora e se mostra agitado num total superior a três horas; assim como, ao número de semanas em que o choro e a agitação foram superiores a três horas diárias, pelo menos durante três dias por semana. Para atender aos critérios definidos para choro excessivo devem ser relatados episódios de choro ou agitação que durem no mínimo três horas por dia e que ocorram pelo menos três vezes por semana, durante três semanas consecutivas, em bebês saudáveis. Os termos agitação e choro foram definidos no início do questionário para proporcionar às mães maior clareza aquando do seu preenchimento.

Como referido anteriormente, este método para determinar a cólica, ou choro excessivo, com base no número de horas, dias e semanas é amplamente empregue para fins de investigação. Todavia, é-lhe apontada uma desvantagem, nomeadamente, a ausência da perspectiva dos cuidadores acerca do possível caráter problemático do choro. Assim, de forma a garantir que a perceção da mãe acerca do choro foi capturada e para recolher uma medida mais discreta da quantidade de choro foram, também, incluídas questões advenientes do *Crying Pattern Questionnaire* (CPQ). Estas abordam, não só, a perceção materna do choro, como problemático ou perturbador, mas também uma possível busca de aconselhamento médico em relação ao choro.

De forma a ir de encontro aos contornos traçados para este estudo foram, ainda, incluídas questões do CPQ, no sentido de averiguar o padrão normativo de choro e de agitação do bebê, nos períodos da manhã, tarde, fim de tarde e noite, num dia normal, assim como o tempo de reação e o comportamento materno face ao choro do bebê. A versão completa do CPQ inclui questões atinentes a informações médicas infantis, contudo, para os fins deste estudo, as mesmas foram removidas.

Não existem propriedades psicométricas associadas ao CPQ ou à *Colic Symptoms Checklist*, uma vez que se destinam a ser usadas como ferramentas clínicas para incitar a discussão com os cuidadores acerca do

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

choro infantil. No entanto, o CPQ foi validado, a partir da comparação com diários de choro, como um método fiável de reunir uma história exata de choro (St James-Roberts & Halil, 1991); e a “Regra de Três de Wessel” é utilizada como determinação primária da quantidade excessiva de choro, ou cólica, na maioria das investigações relativas ao choro precoce infantil.

3.3.3. Questionário de Confiança Parental (QCP) – (Anexo IV)

O Questionário de Confiança Parental (QCP) – traduzido e adaptado por Nazaré, Fonseca e Canavarro (2011), a partir do *Maternal Confidence Questionnaire* (MCQ), de Parker e Zahr (1985) – é um questionário de autorresposta que avalia a confiança percebida nas competências parentais e a capacidade dos progenitores para reconhecer as necessidades do seu bebé. Crncec, Barnett e Matthey (2010) defendem que o QCP pode ser categorizado como um instrumento que avalia a percepção de autoeficácia no âmbito do exercício da parentalidade. Embora, neste estudo específico, seja dirigido, somente, a mães, a versão portuguesa do questionário foi adaptada de forma a poder ser respondida por homens e mulheres.

O QCP compreende 13 itens, respondidos numa escala de frequência de tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre *Nunca* e *Sempre*. Trata-se de uma escala trifatorial – *conhecimento acerca do bebé, prestação de cuidados ao bebé e avaliação da experiência de parentalidade* – em que valores mais elevados correspondem a maior competência parental percebida.

3.4. Procedimentos estatísticos

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0, para *Windows*.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva – frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão – e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p < .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, o teste *t de Student* para amostras independentes e, também, o teste de *Fisher*. Os pressupostos do teste *t de Student*, especificamente, o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados. Aceitou-se a normalidade de distribuição para as amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central.

IV – Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Participaram no estudo 272 mulheres, com idades compreendidas entre os 17 e os 41 anos, apresentando uma média etária de 29.9 anos (DP=5.1 anos). A maioria das inquiridas situa-se no escalão etário 31-35 anos, é casada (48.2%), tem o ensino superior (48.9%) e encontra-se empregada (72.8%) (*cf.* Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica das participantes

	N	%
<i>Idade (M ±DP)</i>	29.9 (5.1)	
<i>Estado civil</i>		
Casada	131	48,2
Divorciada	4	1,5
Solteira	54	19,9
União de fato	83	30,5
<i>Escolaridade</i>		
2º ciclo (6º ano)	4	1,5
3º ciclo (9º ano)	19	7,0
Ensino secundário	116	42,6
Ensino superior	133	48,9
<i>Situação profissional</i>		
Desempregada	74	27,2
Empregada	198	72,8

4.2. Análise descritiva

A gestação foi planeada por 55.5% das respondentes, verificando-se também que, uma proporção bastante elevada das gravidezes foi desejada (94.1%) e vigiada (97.8%). Ainda no que à gravidez respeita constata-se que, 38.6% das mães inquiridas já passou, no mínimo, por uma gravidez anterior; ademais, uma proporção precípua já experienciou, pelo menos, um aborto espontâneo (33%) e 4.8%, uma percentagem substancialmente menos representativa, já interrompeu voluntariamente a gravidez. Em relação ao parto, 96.3% das progenitoras tiveram um parto assistido, 14.7% referiram ter tido complicações durante o parto e 7.4% complicações no período pós-parto. Uma vultosa percentagem das inquiridas sentiu-se apoiada pela família no decorrer da gestação (94.9%) e, também, no período pós-parto (93%) (*cf.* Anexo V, Tabela 4).

Ainda no que concerne ao parto, 39% das mães inquiridas referiram que os partos foram de tipo distócico (i.e. com recurso a fórceps, cesariana, entre outros) e 31.3% de tipo eutócico, tendo a maioria recorrido a anestesia epidural (26.1%) (*cf.* Anexo V, Tabela 5).

Em relação aos bebés verifica-se que, 56.3%, um pouco mais de metade, são do sexo feminino e os restantes – congruentemente – do sexo masculino (43.8%) (*cf.* Tabela 6), 26.8% encontram-se no primeiro mês de vida, 35.7% no segundo e 37.5%, a maioria, no terceiro (*cf.* Tabela 7). Uma proporção expressiva de bebés nasceu no período recomendável (a termo) (77.2%), 12.5% nasceram prematuramente (pré-termo) e 10.3% nasceram depois do período recomendável (pós-termo) (*cf.* Tabela 8).

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Tabela 6. Gênero do bebê

	Frequência	Porcentagem
Feminino	153	56,3
Masculino	119	43,8
Total	272	100,0

Tabela 7. Idade do bebê

	Frequência	Porcentagem
1 mês	73	26,8
2 meses	97	35,7
3 meses	102	37,5
Total	272	100,0

Tabela 8. Bebê nasceu

	Frequência	Porcentagem
Antes do período de tempo recomendável (pré-termo/ prematuro)	34	12,5
Depois do período de tempo recomendável (pós-termo)	28	10,3
No período de tempo recomendável (termo)	210	77,2
Total	272	100,0

No que respeita à variável *experiência anterior de cuidados com bebês* verifica-se que, um pouco mais de metade das respondentes – 52.2% – referem ter tido algum tipo de experiência prévia no cuidado de um bebê até um ano de idade (*cf.* Tabela 9). Quando inquiridas a respeito do grau de experiência de cuidados anterior ao nascimento do bebê, mais de metade das mães, que referiram ter algum tipo de experiência, considera-se como *pouco experiente* (53.6%), 22.1% como *não muito experiente* e 24.3% como *muito experiente* (*cf.* Tabela 10).

Tabela 9. Experiência anterior de cuidados de bebês

	Frequência	Porcentagem
Não	130	47,8
Sim	142	52,2
Total	272	100,0

Tabela 10. Grau de experiência no cuidado de bebês

	Frequência	Porcentagem
Muito experiente: tive uma larga experiência a cuidar de bebês	34	24.3
Não muito experiente: tive pouca experiência a cuidar de bebês antes do nascimento do meu filho/a	31	22.1
Um pouco experiente: tive alguma experiência a cuidar de bebês	75	53.6
Total	140	100.0

No que concerne ao pai do bebê, uma percentagem expressiva de mães – 86.4% – indica que vive com mesmo (*cf.* Anexo V, Tabela 11). Das respondentes que não vivem com o pai do bebê (13.6%) (*cf.* Anexo V, Tabela 11), a maioria está com ele, pelo menos, *duas a três vezes por semana* (27.8%), 25% *nunca ou praticamente nunca*, 19.4% *uma vez por semana*, 16.7% *algumas vezes por mês* e 11.1% *todos ou praticamente todos os dias* (*cf.* Anexo V, Tabela 12). Quando questionadas a respeito da relação mantida com o pai do bebê, 45.2%, quase metade das mães inquiridas, considera que a relação é *muito boa*, 31.6% *boa*, 16.9% *razoável*, 2.2% *inexistente* e 0.7% *muito má* (*cf.* Anexo X, Tabela 13). Ademais, a maioria das mães respondentes – 47.42% – sente-se *frequentemente* apoiada pelo mesmo, 41.91% *às vezes*, 6.98% *raramente* e 3.67% *nunca* (*cf.* Anexo V, Tabela 14).

Em média, os bebês choram mais e ficam maioritariamente agitados no final do período vespertino e no início da noite (M=68.54; DP=65.43), isto é, das 18 horas até à meia-noite; seguindo-se o período noturno (M=46.79; DP=53.63), compreendido entre a meia-noite e as seis da manhã; o início de tarde (M=44.04; DP=44.53), do meio-dia às 18 horas; e, por último, o período matutino (M=33.29; DP=38.54), das seis da manhã ao meio-dia (*cf.* Tabela 15).

Tabela 15. Padrão diário de choro/agitação

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
chora/fica agitado manhã	272	0	240	33,29	38,54
chora/fica agitado tarde	272	0	240	44,01	44,53
chora/fica agitado tarde/noite	272	0	420	68,54	65,43
chora/fica agitado noite	272	0	300	46,79	53,63

De acordo a definição estabelecida – tríade modificada de Wessel – 39.3% dos bebês das mães participantes no estudo preenchem os critérios para choro excessivo, ou seja, evidenciam episódios de choro ou agitação que duram no mínimo três horas por dia e que ocorrem pelo menos três

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

vezes por semana, durante três semanas consecutivas (cf. Tabela 16).

Tabela 16. *Tipo de choro*

	Frequência	Porcentagem
Normal	165	60,7
Excessivo	107	39,3
Total	272	100,0

Ao estabelecer uma comparação entre os dois grupos encontram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas: bebês com choro excessivo choram ou ficam agitados, em média, cinco horas por dia ($M=5$; $DP=2.67$), em contraste com cerca de duas horas por parte de bebês com uma quantidade normativa de choro ($M=1.68$; $DP=1.57$), $t(270) = 11.259$, $p = .001$; bebês com choro excessivo choram ou ficam agitados num total superior a três horas, em média, cinco dias por semana ($M=4.93$; $DP=1.36$), bebês com quantidades normativas de choro, em média, experienciam esse estado durante um dia ($M=1.04$; $DP=1.39$), $t(270) = 22.755$, $p = .001$; bebês com choro excessivo passaram, em média, cinco semanas agitados ou a chorar num total superior a três horas por dia, durante pelo menos três dias por semana ($M=4.58$; $DP=2.28$), em bebês com uma quantidade normativa de choro isso raramente se verificou ($M=0.38$; $DP=.77$), $t(270) = 18.301$, $p = .001$ (cf. Tabela 17).

Tabela 17. *Tipo de choro: comparação*

	Excessivo		Normal		t
	M	DP	M	DP	
chora/fica agitado dia (h)	5,00	2,67	1,68	1,57	11,597***
chora/fica agitado > 3 horas	4,93	1,36	1,04	1,39	22,755***
chora/fica agitado + 3 semanas	4,58	2,28	,38	,77	18,301***

*** $p \leq .001$

Quando questionadas acerca das expectativas em relação à quantidade de choro dos seus bebês, cerca de um terço das respondentes (31.3%) considera que o montante real se encontra de acordo com o que era esperado anteriormente; 29%, por seu turno, sentem que o montante se encontra muito acima do esperado (cf. Anexo V, Tabela 18).

Em relação à percepção de eventuais problemas ao nível do choro, 62.9%, uma expressiva maioria, considera que os seus bebês não têm qualquer problema, 23.5% um pequeno problema e 13.6% graves problemas (cf. Anexo V, Tabela 19).

Na semana anterior ao preenchimento do questionário, as mães demoraram, de acordo com as estimativas das próprias, dois minutos e meio, em média, a responder ao choro dos seus bebês (cf. Anexo V, Tabela 20).

Ainda no que respeita à resposta ao choro do bebé, 63.2% das

participantes revelaram que, *nunca* deixaram os seus bebés a chorar até não poderem mais, 17.3% confessaram que o fizeram *uma única vez*, 17.6% *algumas vezes* e 1.8% que essa é uma prática frequente (cf. Anexo V, Tabela 21).

Cerca de 41% das mães inquiridas confessaram ter procurado aconselhamento devido à sua preocupação com o choro do seu bebé (cf. Anexo V, Tabela 22).

4.3. Análise da consistência interna

A consistência interna do Questionário de Confiança Parental foi analisada com o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. Os valores obtidos variaram entre um mínimo de .823 (bom) na dimensão *Prestação de cuidados ao bebé* a um máximo de .910 (excelente) na dimensão *Conhecimentos acerca do bebé* (cf. Tabela 23).

A categorização dos valores do *Alfa* segue o publicado em Hill (2009).

Tabela 23. *Consistência interna QPC*

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Conhecimentos acerca do bebé	.910	6
Prestação de cuidados ao bebé	.823	3
Avaliação da experiência de parentalidade	.881	4

Na Tabela 24 podem ser apreciados os valores das estatísticas descritivas obtidos pelas mães no QPC. As respondentes obtêm valores mais elevados na dimensão *Prestação de cuidados ao bebé* (M=4.63; DP=.48) e, em contrapartida, mais baixos na dimensão *Conhecimento acerca do bebé* (M=2.55; DP=.47).

Tabela 24. *Estatísticas descritivas QPC*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Conhecimento acerca do bebé	1,11	3,33	2,55	,47
Prestação de cuidados ao bebé	2,67	5,00	4,63	,48
Avaliação da experiência de parentalidade	2,00	5,00	3,67	,90

4.4. Análise inferencial

1. Existem diferenças ao nível da confiança materna percebida em função da quantidade de choro do bebé?

Da análise dos resultados obtidos (cf. Tabela 25) verifica-se que, mães com bebés com choro excessivo obtêm valores, significativamente, mais baixos nas três dimensões consideradas: *Conhecimento acerca do bebé* [$t(270) = -21.653, p = .001$ (M=2.09; DP=.26 vs. M=2.85; DP=.31)]; *Prestação de cuidados ao bebé*, [$t(270) = -9.113, p = .001$; (M=4.32;

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

DP=.49 vs. M=4.83; DP=.36)]; e, sobremaneira, na *Avaliação da experiência de parentalidade* [$t(270) = -27.723, p = .001$; (M=2.72; DP=.39 vs. M=4.29; DP=.53)].

Congruentemente, a nível global, as mães de bebés que choram excessivamente obtêm valores, significativamente, mais baixos de confiança parental [$t(270) = 20.296, p = .001$; (M=3.39; DP= .30 vs. M=4.21; DP=.35) (*cf.* Tabela 25).

Tabela 25. *Quantidade de choro e confiança parental*

	Excessivo		Normal		t
	M	DP	M	DP	
Conhecimento acerca do bebé	2,09	,26	2,85	,31	-21,653***
Prestação de cuidados ao bebé	4,32	,49	4,83	,36	-9,113***
Avaliação da experiência de parentalidade	2,72	,39	4,29	,53	-27,723***
Total	3.39	.30	4.21	.35	20.296***

*** $p \leq .001$

2. Existem diferenças no que respeita ao tempo médio de latência na resposta ao sinal de choro em função da quantidade de choro?

Pela apreciação da Tabela 27 constata-se que, as mães de bebés com choro excessivo demoram, em média, mais tempo a responder ao choro dos seus bebés do que as mães de bebés com quantidades normativas de choro, sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(270) = -4.116, p = .001$.

Tabela 26. *Quantidade de choro e tempo médio de latência na resposta ao choro*

	Normal		Excessivo		t
	M	DP	M	DP	
Tempo responder...	1.96	2.57	3.28	2.61	-4.116***

*** $p \leq .001$

3. Existem diferenças relativamente à frequência da resposta ao sinal de choro em função da quantidade de choro do bebé?

De acordo com os resultados (*cf.* Tabela 26), há uma proporção significativamente mais elevada de mães de bebés com choro excessivo que revelaram que já deixaram ou deixam o bebé chorar, sem qualquer tipo de resposta – *até não poder mais* –, pelo menos *uma vez* (33.6% vs. 6.7%), *algumas vezes* (41.1% vs. 2.4%) e *frequentemente* (4.7% vs. 0%), $\chi^2(3) = 140.297, p = .001$.

Tabela 27. Quantidade de choro e frequência da resposta ao choro

		Tipo choro		Total
		Normal	Excessivo	
Alguma vez				
Não	Frequência	150	22	172
	% Alguma vez...	87,2%	12,8%	100,0%
	% Tipo choro	90,9%	20,6%	63,2%
	% do total	55,1%	8,1%	63,2%
Sim, uma vez				
Sim, uma vez	Frequência	11	36	47
	% Alguma vez...	23,4%	76,6%	100,0%
	% Tipo choro	6,7%	33,6%	17,3%
	% do total	4,0%	13,2%	17,3%
Sim, algumas vezes				
Sim, algumas vezes	Frequência	4	44	48
	% Alguma vez...	8,3%	91,7%	100,0%
	% Tipo choro	2,4%	41,1%	17,6%
	% do total	1,5%	16,2%	17,6%
Sim, frequentemente				
Sim, frequentemente	Frequência	0	5	5
	% Alguma vez...	0,0%	100,0%	100,0%
	% Tipo choro	0,0%	4,7%	1,8%
	% do total	0,0%	1,8%	1,8%
Total				
Total	Frequência	165	107	272
	% Alguma vez...	60,7%	39,3%	100,0%
	% Tipo choro	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	60,7%	39,3%	100,0%

4. Existe uma relação entre a quantidade relatada de choro e a experiência anterior de cuidados de bebês?

A partir da análise dos resultados alcançados (cf. Tabela 28) constata-se que, a proporção relatada de bebês com choro excessivo é maior por parte de mães sem qualquer experiência de cuidar de bebês (66.2% vs. 14.8%), sendo a diferença estatisticamente significativa, segundo o teste de Fisher, $p = .001$.

Tabela 28. Quantidade relatada de choro e experiência anterior de cuidados

Experiência anterior		Tipo de Choro		Total
		Normal	Excessivo	
Não	Freq.	44	86	130
	% Experiência anterior	33,8%	66,2%	100,0%
Sim	Freq.	121	21	142
	% Experiência anterior	85,2%	14,8%	100,0%
Total	Freq.	165	107	272
	% Experiência anterior	60,7%	39,3%	100,0%

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

V – Síntese dos principais resultados

Tabela 29 : Síntese dos principais resultados

Principais resultados
Caraterização sociodemográfica das participantes
<p>Amostra: – 272 mães com bebés até três meses</p> <p>Idade: – Varia entre os 17 e os 41 anos (M=29.9)</p> <p>Estado civil: – 131 mulheres (48.2%) são casadas – 4 mulheres (1.5%) são divorciadas – 54 mulheres (19.9%) são solteiras – 83 mulheres (30.5%) vivem em união de fato</p> <p>Escolaridade: – 4 mulheres (1.5%) têm o 2º ciclo (6ºano) – 19 mulheres (7%) têm o 3º ciclo (9ºano) – 116 mulheres (42.6%) completaram o ensino secundário – 133 mulheres (48.9%) frequentaram o ensino superior</p> <p>Situação profissional: – 74 mulheres (27.2%) estão desempregadas 198 mulheres (72.8%) encontram-se empregadas</p> <p>Gravidez planeada, desejada e vigiada: – 151 mulheres (55.5%) planearam a gravidez – 256 mulheres (94.1%) desejaram a gravidez – 266 mulheres (97.8%) tiveram uma gravidez vigiada</p> <p>Gravidez anterior, aborto espontâneo e interrupção voluntária da gravidez: – 105 mulheres (38.6%) já tinham experienciado uma gravidez anterior – 35 mulheres (33%) sofreram, anteriormente, um aborto espontâneo – 5 mulheres (4.8%) interromperam de forma voluntária uma gravidez transata</p> <p>Parto e complicações: – 106 mulheres (39%) tiveram um parto tipo eutócico – 85 mulheres (31.3%) tiveram um parto tipo distócico – 40 mulheres (14.7%) tiveram complicações durante o parto – 20 mulheres (7.4%) tiveram complicações no pós-parto</p> <p>Apoio familiar durante e após a gravidez: – 258 mulheres (94.9%) tiveram apoio familiar durante a gravidez – 253 mulheres (93%) tiveram apoio familiar no período pós-parto</p>
Informações relativas ao bebé
<p>Género: – 153 bebés (56.3%) são do sexo feminino – 119 bebés (43.8%) são do sexo masculino</p> <p>Idade: – 73 bebés (26.8%) encontram-se no primeiro mês de vida – 97 bebés (35.7%) encontram-se no segundo mês de vida – 102 bebés (37.5%) encontram-se no terceiro mês de vida</p> <p>O bebé nasceu: – 34 bebés (12.5%) nasceram prematuros – 28 bebés (10.3%) nasceram pós-termo – 210 bebés (77.2%) nasceram no período de tempo recomendável</p>
Experiência anterior de cuidados com bebés
<p>– 52.2% das respondentes já teve algum tipo de experiência prévia no cuidado de um bebé até um ano de idade – 53.6% considera-se como <i>pouco experiente</i>, 22.1% como <i>não muito experiente</i></p>

e 24.3% como *muito experiente*

Informações relativas ao pai do bebê

- 86.4% das mães inquiridas vive com o pai do bebê
 - 45.2% das respondentes considera que a relação com o pai do bebê é *muito boa*; .7% considera que é *muito má*
 - 47.42% das mulheres sente-se *frequentemente* apoiada pelo pai do bebê; 3.67% não sente qualquer tipo de apoio
-

Padrão de choro

- Em média, os bebês choram mais e ficam maioritariamente agitados no final do período vespertino e no início da noite
-

Tipo de choro

- 39.3% dos bebês preenchem os critérios para choro excessivo, os restantes 60.7% apresentam quantidades normativas de choro
 - Ao comparar os dois grupos encontram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:
 - 1) Bebês com choro excessivo choram ou ficam agitados, em média, cinco horas por dia; bebês com quantidades normativas de choro, apenas, duas
 - 2) Bebês com choro excessivo choram ou ficam agitados num total superior a três horas, em média, cinco dias por semana; bebês com quantidades normativas de choro experienciam esse estado, em média, durante um dia
 - 3) Bebês com choro excessivo passaram, em média, cinco semanas agitados ou a chorar num total superior a três horas por dia, durante pelo menos três dias por semana; em bebês com uma quantidade normativa de choro isso raramente se verificou
-

Percepção, expectativas e aconselhamento em relação ao choro

- 31.3% das inquiridas considera que o montante real de choro dos seus bebês se encontra de acordo o que era esperado anteriormente
 - 63% das inquiridas considera que os seus bebês não têm qualquer problema de choro
 - 41% das mães inquiridas confessaram ter procurado aconselhamento devido à sua preocupação com o choro do seu bebê
-

Existem diferenças ao nível da confiança materna percebida em função da quantidade de choro do bebê?

- Mães com bebês com choro excessivo obtêm valores significativamente mais baixos de confiança parental (M=3.39; DP=.30 vs. M=4.21; DP=.35)
 - Mães com bebês com choro excessivo obtêm valores significativamente mais baixos nas três dimensões consideradas aquando da avaliação da confiança materna percebida: *conhecimento acerca do bebê* (M=2.09; DP=.26 vs. M=2.85; DP=.31); *prestação de cuidados ao bebê* (M=4.32; DP=.49 vs. M=4.83; DP=.36); e, sobretudo, na *avaliação da experiência de parentalidade* (M=2.72; DP=.39 vs. M=4.29; DP=.53)
-

Existem diferenças no que respeita ao tempo médio de latência na resposta ao sinal de choro em função da quantidade de choro?

- Mães de bebês com choro excessivo demoram, em média, mais tempo a responder ao choro dos seus bebês do que as mães de bebês com quantidades normativas de choro, sendo essa diferença significativa
-

Existem diferenças relativamente à frequência da resposta ao sinal de choro em função da quantidade de choro do bebê?

- Uma proporção significativamente mais elevada de mães de bebês com choro excessivo revelaram que já deixaram ou deixam o bebê chorar, sem qualquer tipo de resposta – *até não poder mais* – pelo menos *uma vez* (33.6% vs. 6.7%), *algumas vezes* (41.1% vs. 2.4%) e *frequentemente* (4.7% vs. 0%)
-

Existe uma relação entre a quantidade relatada de choro e a experiência

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

anterior de cuidados de bebês?

– A proporção relatada de bebês com choro excessivo é, significativamente, superior por parte de mães sem qualquer experiência de cuidar de bebês (66.2% vs. 14.8%)

VI – Discussão

Os resultados do presente estudo demonstram que, o sentimento de confiança materna – traduzido pelas avaliações das respondentes acerca das suas competências para prestar cuidados e compreender as necessidades dos seus bebês, bem como pela sua avaliação acerca da experiência de parentalidade (Badr, 2005; Zahr, 1993) – é significativamente mais baixo naquelas cujos bebês choram excessivamente, mostrando-se consistente com as defesas lançadas na literatura (Long & Johnson, 2001; Oberklaid, 2000; Yalçin, 2014). Mães com bebês que choram excessivamente percebem como significativamente inferior o conhecimento acerca das necessidades e motivações dos seus bebês, assim como as suas competências em relação a tarefas específicas de prestação de cuidados – dar de comer, dar banho, pegar no bebê – comparativamente àquelas cujos bebês evidenciam uma quantidade normativa de choro. Esta discrepância é exacerbada na avaliação da experiência de parentalidade; a média das avaliações concernentes aos níveis de satisfação e de confiança experienciados pelas respondentes no desempenho do papel de mães é bastante inferior naquelas cujos bebês choram excessivamente.

O sentimento de autoeficácia tem sido apontado como medular na capacidade materna de responder apropriadamente aos sinais infantis (Stifter & Bono, 1998). Durante os primeiros meses de interação da díade, as mães desenvolvem experiências sucesso e de falha na gestão das demandas de cuidados infantis. Se acalantar de forma bem-sucedida um bebê que chora, uma mãe pode ganhar confiança nas suas competências maternantes; se os seus esforços forem infrutíferos, esta pode começar a concentrar-se na sua própria ineficácia percebida (Leavitt, 1998). Alicerçados no paradigma do desamparo aprendido de Martin Seligman (1965), Donovan e Leavitt (1985) conduziram dois experimentos laboratoriais nos quais controlaram a experiência das participantes serem mal sucedidas na cessação do choro do bebê, com efeito, dividiram-nas em três grupos: as “desamparadas”, em que nenhum tipo de esforço por parte destas podia findar os choros; aquelas que podiam prontamente terminá-los; e as integrantes do grupo de controlo que, simplesmente, ouviam a mesma quantidade de choro que as mães do primeiro grupo. Após uma primeira intervenção, foi atribuída a cada grupo uma tarefa na qual todas as participantes podiam, sob iguais circunstâncias, cessar os choros de forma efetiva, tendo-se constatando que os esforços mães do primeiro grupo – o grupo previamente exposto a uma experiência de falha incontrolável – se mostravam preminentemente infrutíferos. Em seguida, foi concretizado um segundo experimento, no qual foi dito às participantes que o desempenho por elas alcançado na segunda tarefa não estava relacionado com o desempenho obtido na primeira, o que reverteu o

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

efeito debilitante da experiência de falha. Estes achados permitem inferir que, o insucesso percebido repetido em relação à tarefa de cessação de choro pode debilitar a autoeficácia, ao invés, o sucesso percebido pode aumentá-la. O caráter inconsolável do choro excessivo (Barr, 1990b; Kim, 2011) pode, na senda deste raciocínio, afetar negativamente o sentimento de autoeficácia, sendo passível de comprometer a atuação materna face às necessidades do bebê. Ainda que as competências reais de prestação de cuidados não sejam efetivamente conhecidas, os resultados alcançados por este estudo vão de encontro a esta presunção, tal como referido anteriormente, a confiança materna percebida é significativamente inferior nas respondentes cujos bebês choram excessivamente.

Em razão disso e tendo em linha de conta que as condutas maternas face às necessidades do bebê podem ser negativamente afetadas, acarretando consequências nefastas para o próprio, pediatras e outros profissionais de saúde de cuidados primários devem atuar no sentido de informar as cuidadoras acerca das singularidades do choro excessivo – em especial, da inconsolabilidade que lhe é intrínseca – para que tenham conhecimento que, muitas vezes, os esforços que realizam no sentido de acalantar os seus bebês se revelam infrutíferos, não porque as medidas adotadas são desajustadas ou as mesmas sejam “incompetentes”, mas porque é algo contíguo à condição. Concomitantemente a um conjunto de intervenções clínicas de reformulação ou reinterpretção da problemática do choro excessivo, os profissionais de saúde devem fornecer informações e estratégias para auxiliar estas mães não só a entender e a gerenciar o choro dos seus bebês, mas também, a sua própria insegurança, para que aumentem a confiança nas suas competências maternantes e não se sintam “demitidas” desse papel.

Os resultados alcançados revelaram também que, o tempo médio de latência relatado na resposta ao choro foi significativamente superior em mães com bebês que choram excessivamente; ademais, uma proporção significativa destas confessou que deixar o seu bebê a chorar, sem adotar qualquer tipo de esforço ou medida no sentido de o tranquilizar, é uma atitude relativamente regular (41.1% vs. 2.4%), algumas indicam mesmo que essa é uma prática frequente (4.7% vs. 0%).

Apoiada na conceção do choro enquanto sinal gradual, Murray (1979, 1985) reitera que, o choro suscita uma modificação na disposição emocional do ouvinte, que pode ser de natureza egoísta ou altruísta. As emoções altruístas, que visam reduzir ou eliminar o desconforto do bebê, conduzem a ações comportamentais de remoção da causa desse desconforto. As emoções egoístas, por seu turno, desencadeiam (tendencialmente) nos cuidadores respostas de fuga ou evitamento, no intuito de diminuir o seu próprio desconforto, ao invés daquele que é experienciado pelo bebê. Fundamentada na teoria da angústia empática de Hoffman (1975), a autora sustenta ainda que, a exposição contínua ao choro excessivo pode transformar a motivação dos cuidadores de altruísta para egoísta, o que pode explicar os achados alcançados neste estudo. O fato de uma percentagem significativa de mães com bebês que choram excessivamente tenderem a deixá-los a chorar, sem

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

adotar qualquer medida no sentido de os confortar, pode resultar de uma conversão de uma motivação altruísta inicial, que intentava a efetiva tranquilização do bebé, para uma motivação egoísta, donde o evitamento assoma como uma estratégia para aliviar as potenciais emoções negativas geradas quando o limite de tolerabilidade ao choro é ultrapassado.

Lorberbaum et al. (2002) nortearam um estudo no qual examinaram a atividade cerebral de mães primíparas enquanto ouviam choros de bebés; as ressonâncias daí resultantes revelaram que o estímulo de choro resulta na ativação cerebral de áreas envolvidas na resposta de cuidados de mamíferos. Seria proveitoso replicar esse estudo expondo as participantes a uma longa e contínua audição de choros, de modo a examinar as bases regionais cerebrais ativadas e, por conseguinte – quiçá – a ampliar a compreensão relativa às diferenças ao nível da resposta materna encontradas nesta investigação e, sob outras circunstâncias, por outros estudos alusivos à temática.

Relatórios antropológicos revelam que, nos primeiros meses de vida, os bebés não-ocidentais são mais silenciosos que os seus homólogos ocidentais (Ainsworth, 1977; Konner, 1976). Uma análise das práticas de cuidados infantis nessas culturas (e.g. !Kung San) sugere que, um vultoso motivo para que se verifique uma quantidade superior de choro em bebés de sociedades modernas e ocidentais pode prender-se com o exercício de práticas de cuidados que, de certa forma, desencorajam a proximidade física e a alimentação frequente e que encorajam, sob determinadas circunstâncias, os pais a ignorar o choro (Barr, 1990a). Nesta senda, é possível inferir que, as práticas de cuidados típicas das sociedades modernas e industrializadas – como a nossa – são suscetíveis de causar ou contribuir para o aumento do choro (Zeifman, 2001). Ademais, dentro das sociedades ocidentais, a variação no estilo de cuidados maternos também mostrou afetar a quantidade de choro precoce infantil. Hunziker e Barr (1986), num ensaio randomizado controlado, verificaram que, quando um grupo de mães ocidentais aumentou o contacto com os seus bebés, carregando-os ao colo por mais tempo (cerca de duas horas por dia, na ausência de choro), a quantidade de choro e de agitação diminuiu, comparativamente ao grupo de controlo, 43%. Neste raciocínio, ainda que não constitua uma evidência direta, o facto de, no presente estudo, as mães com bebés com choro excessivo propenderem, comparativamente às demais, a ignorar o choro pode contribuir para que a sua quantidade seja superior. Esta visão é apoiada por um (controverso) estudo longitudinal conduzido por Bell e Ainsworth (1972) que, em estreita oposição à teoria da aprendizagem, à opinião popular e ao conselho pediátrico vigente na época, revelou que a prontidão da resposta materna está associada a um declínio na frequência e na duração do choro no decorrer do primeiro ano, bem como ao desenvolvimento mais célere de formas de comunicação alternativas. Destarte, para estes investigadores, as diferenças individuais no choro infantil precoce refletem o histórico de responsividade materna, ao invés de diferenças constitucionais na irritabilidade infantil. Embora estudos posteriores tenham revelado resultados contraditórios (e.g. St James-Roberts & Plewis, 1996; St James-

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Roberts, Conroy, & Wilsher, 1998), estas evidências não devem ser ignoradas devendo, portanto, ser desenvolvidos estudos no sentido de clarificar a direção desta influência, especificamente, se a propensão materna a ignorar o choro impacta diretamente na quantidade de choro ou, alternativamente, se as mães de bebês que choram em excesso apresentam maior tendência a ignorar o choro dos seus bebês.

Ancorado no trabalho de Furlow (1997), Soltis (2004) argumentou que, o choro excessivo pode constituir um sinal honesto de vigor, de robustez, por parte do bebê, de modo a evitar o infanticídio. Esta concepção assenta na presunção de que, a sinalização conspícua é dispendiosa em termos de despesa energética, donde bebês ditos de alta qualidade são tidos como mais capazes de suportar a despesa energética necessária para emitir o sinal e as contrapartes, de baixa qualidade, menos aptas a fazê-lo chorando, por isso, com menos frequência, ou seja, de modo menos vigoroso. Na senda desta compreensão, é colocada a hipótese de que a quantidade de choro possa constituir um critério para a avaliação parental das condições fenotípicas do bebê correlacionando-se, por conseguinte, com o padrão de investimento parental. O investimento parental será, assim, superior para com bebês que sinalizem maior robustez, isto é, que chorem excessivamente. Ainda que o propósito do choro excessivo possa envolver a sinalização de robustez por parte dos bebês, o intento de obter maior investimento por parte dos progenitores não é, de acordo com as evidências desta investigação, reiteradamente alcançado. Como referido anteriormente, uma proporção significativamente superior de mães com filhos com choro excessivo tende – comparativamente àquelas cujos bebês evidenciam quantidades normativas de choro – a deixar os seus bebês chorar, sem empreender qualquer medida no sentido de os tranquilizar. A presunção de que o choro excessivo é efetivo no alcance de investimentos parentais adicionais não é, similarmente, apoiada pela literatura; pelo contrário, há um acúmulo de evidências que revelam que o choro excessivo é o gatilho mais comum para os abusos na infância precoce, especificamente, para a síndrome do bebê sacudido (SBS) (e.g. Barr et al., 2006; Lee et al., 2007; Reijneveld et al., 2004; Talvik et al., 2008).

À semelhança de Lumma et al. (1998) e Barr (1999), Soltis (2004) propôs, em contrapartida, que o choro excessivo pode constituir um sinal manipulativo utilizado pelos bebês para obter uma parcela desproporcional de recursos parentais. De acordo com os autores, além de servir o desígnio de aumentar a atenção e os cuidados parentais, o choro excessivo serve o intuito de prolongar o investimento parental numa cria pelo aumento da amamentação, mantendo um período mais longo de amenorreia de lactação e, assim, adiando uma ulterior gravidez. Os resultados advenientes desta investigação refutam, novamente e pela mesma justificativa, este raciocínio; sugerindo que, o choro excessivo enquanto sinal de manipulação é passível de ser exatamente entendido – interpretado – como tal pelas progenitoras, podendo constituir um fator explicativo para o fato destas tenderem a deixar os seus bebês chorar, sem empregar quaisquer medidas para os acalantar.

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

Os resultados obtidos descobriram ainda que, a proporção relatada de bebês com choro excessivo é significativamente superior em mães sem qualquer experiência de cuidar de bebês.

Drummond et al. (1993) averiguaram que, as mães primíparas se mostraram menos confiantes na interpretação de sinais infantis – em particular do sinal de choro – comparativamente a mães múltiparas. Com base na conceção do choro enquanto sinal discreto, Wász-Hockert et al. (1964) constataram ainda que, quando dadas opções de múltipla escolha, mães e pais com algum grau de experiência anterior no cuidado de bebês se mostraram mais competentes em categorizar tipos de choro predefinidos, comparativamente àqueles sem qualquer experiência. Os mesmos apuraram, concomitante e similarmente que, enfermeiras pediátricas e parteiras se revelaram mais astutas em tarefas de identificação de diferentes tipos de choro. A experiência de cuidados parece, de acordo com o exposto, atuar como a mediadora que precede a identificação da causa do choro, como se pudesse, ainda, antecipar a resposta adequada para que este cesse. A compreensão e a gestão do choro, como todos os aspetos inerentes ao desempenho do papel materno, são aprendidas. Cuidar de um bebé resulta da combinação entre conhecimentos, habilidades e experiência. Este raciocínio pode explicar os resultados alcançados, bebês com mães sem qualquer tipo de experiência transata de cuidados infantis podem evidenciar montantes superiores de choro, porque estas possuem menos conhecimentos ao nível da compreensão e da gestão do choro, fazendo com que se perpetue.

Beebe, Casey e Pinto-Martin (1993) recrutaram 75 mães para um estudo no qual tinham de relatar o número de horas (percebidas) de choro dos seus bebês durante o dia; tendo-lhes sido, também, administrado o *Parenting Stress Index* (PSI). As mães que reportaram montantes de choro incluídos nos critérios para choro excessivo evidenciaram pontuações significativamente superiores no PSI. A direção desta relação não ficou, de acordo com os autores, compreendida; as mães podem ter obtido pontuações superiores no PSI devido à exposição contínua ao choro excessivo dos seus bebês ou, ao invés, evidenciar maiores índices de *stress* e, em função disso, relatar quantidades de choro superiores às reais. A inexperiência no cuidado de bebês aliada a todos os receios e incertezas advenientes do nascimento do primeiro filho podem, similarmente, afetar a perceção materna relativamente à quantidade de choro. Efetivamente, Kurth et al. (2010), através de um estudo caso-controlo, verificaram que, as mães não-primíparas relataram menos problemas de choro por parte dos seus bebês, um efeito que ganhou mais consistência quanto maior fosse o número de filhos. Nesta compressão, as respondentes deste estudo sem qualquer experiência anterior de cuidados infantis podem ter relatado quantidades superiores de choro às reais. Mais uma vez, surge a necessidade de averiguar, em pesquisas subsequentes, a direção da relação entre a experiência de cuidados e a eventual diferença entre a quantidade de choro real e o montante percebido, concretamente, se bebês de pais inexperientes choram realmente mais ou, inversamente, se tendem a perceberem quantidade mais elevadas.

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

Limitações

Importa ressaltar que a leitura e interpretação dos resultados deve considerar as limitações existentes nesta investigação. Em primeiro lugar, o desenho transversal impede que sejam retiradas conclusões relativas às relações de causalidade entre as variáveis analisadas, em razão da possível bidirecionalidade dessas relações. Estudos futuros, de *design* longitudinal, deverão ser realizadas de forma a analisar – mais sensatamente, diga-se – a direcionalidade das associações entre as variáveis estudadas.

Consistente com a grande maioria da investigação em ciências sociais, a amostra deste estudo é composta por mães, neste caso específico, acresce o facto de estas terem, maioritariamente, formação superior. Em função deste constrangimento, torna-se difícil generalizar os resultados obtidos a todas as mães portuguesas, constituindo uma limitação a apontar. Ressalta-se, neste ponto, a necessidade de incluir em estudos ulteriores mães com diferentes níveis de escolaridade e, também, pais. É admissível que, este viés de amostragem seja resultado do método de recolha adotado; a recolha *online* poderá, de algum modo, ter enviesado os resultados devido a um efeito de autosseleção.

Outra possível limitação é o viés das informantes. Todas as medidas se encontravam dependentes da perceção das participantes, os relatos foram baseados em instrumentos de autorrelato, sem medição objetiva paralela. O relato da quantidade de choro do bebé, em particular – necessário à distinção entre bebés com quantidades normativas de choro e com choro excessivo – pode ter sido afetado por variáveis externas, ocasionando falsos-positivos. Embora, possa constituir uma limitação tanto para a credibilidade, como para a confiabilidade dessa investigação, também agrega uma perspectiva materna única, que raramente foi capturada em estudos similares.

Conclusões e implicações clínicas

O choro é um comportamento inato que desempenha um papel basilar na sobrevivência, na saúde e no desenvolvimento do bebé (Kheddache & Tadj, 2013). No entanto, assoma como uma das principais razões pelas quais os cuidadores procuram cuidados de saúde para os seus bebés, sobretudo, quando excessivo ou percebido como tal (Barr, 1990a). Aliada à natureza prolongada, a inconsolabilidade que é intrínseca ao choro excessivo faz com que os cuidadores o considerem particularmente difícil uma vez que, todos os esforços dirigidos no sentido de acalantar os seus bebés se mostram, muitas vezes, inúteis. Efetivamente, os resultados decorrentes do presente estudo demonstram que, a confiança materna percebida é significativamente inferior em mães cujos bebés choram em excesso. As cuidadoras tendem, na senda desta compreensão, a encarar o choro dos seus bebés como uma reflexão negativa das suas competências enquanto mães, aumentando a sua insegurança.

Dada a relevância clínica que esta variável assume, pediatras e outros profissionais de saúde de cuidados primários têm a responsabilidade de atuar no sentido de informar, consciencializar e aconselhar os cuidadores face a

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

esta problemática. A abordagem terapêutica deve, fundamentalmente, assentar no suporte às cuidadoras. Kosminsky e Kimura (2008) defendem que, inicialmente, deve ser comunicado às mães que o caráter desta condição é benigno, que cessará entre o final do terceiro e o início do quarto mês, que não se trata de nenhuma doença orgânica perigosa e que uma das suas particularidades é a sua inconsolabilidade, para que estas não coloquem as suas competências parentais em causa, se sintam demitidas desse papel. Neste ponto importa ressaltar que, não deverá ser transmitida a ideia de “não há nada a fazer” – isto é, que não devem ser movidos quaisquer esforços ou que estas devem única e exclusivamente esperar que o tempo finde – seria como avisá-las de uma condenação com determinada duração o que, além de contraproducente, se mostraria pouco reconfortante e ineficaz enquanto medida de redução da insegurança materna. Carey (1984) releva a necessidade de as tranquilizar pois, o fator ansiedade pode ser, não só, uma consequência como, ele próprio, o gerador e perpetuador do choro. Evanoo (2007) corrobora as medidas anteriores e reforça a necessidade de apoiar – empaticamente – as mães, desculpabilizando-as, de modo a evitar condutas menos adaptativas em relação ao bebé e que se estabeleçam perturbações na relação da díade. Ainda que não minimizem a condição, os profissionais de saúde devem procurar normalizá-la.

As evidências alcançadas permitiram também inferir que, as mães com filhos que choram excessivamente se mostram menos responsivas ao sinal de choro, o que pode dever-se a uma conversão de uma motivação altruísta inicial, que visava acalantar o bebé, para uma motivação egoísta, donde o evitamento assoma como uma estratégia para aliviar as emoções negativas geradas quando o limite de tolerabilidade ao choro é excedido. A baixa responsividade observada pode, sob outra perspetiva, resultar de uma interpretação materna do choro como um sinal de manipulação. Sabendo, *a priori*, que a adequação da resposta ao choro infantil é um fator significativo no desenvolvimento do bebé (Bell & Ainsworth, 1972) sobreleva-se, mais uma vez, a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde.

Mães com bebés com choro excessivo ou que o percecionam como tal, em particular as inexperientes, tendem a recorrer ao aconselhamento de familiares e amigos que já tiveram filhos ou que tenham algum tipo de experiência de cuidados infantis. As medidas de tranquilização adotadas costumam, nesta senda, estar apoiadas em crenças populares e tradições que, muitas vezes, não ocasionam o alívio pretendido, dada a singularidade de cada bebé e a própria natureza da condição. Destarte, quando buscam ajuda profissional as mães sentem-se, em consonância com os resultados obtidos pelo presente estudo, inseguras e inábeis em cuidar dos seus bebés, cenário – provavelmente – acrescido em virtude da insuficiente informação e literatura disponibilizada sobre a problemática do choro excessivo nos veículos de comunicação nacional acessíveis ao público leigo. Ainda que a abordagem dos profissionais de saúde perante a condição se mostre, à data, limitada e insatisfatória, muito em parte devido ao desconhecimento da sua etiologia (Akhnikh et al., 2014; Rimer & Hiscock, 2014), compete aos profissionais

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

de saúde especializados fornecer às cuidadoras um conjunto de esclarecimentos e práticas, assentes em evidências científicas, atinentes ao modo como devem responder aos seus bebés. Embora não findem a condição, existem alguns estudos na literatura, que demonstram que algumas técnicas podem ajudar a reduzir o choro (e.g. Dihigo, 1998; Ludington-Hoe et al., 2002; Taubman, 1984; van Sleuwen et al., 2006).

Cabe, em suma, aos pediatras e aos profissionais de cuidados de saúde primários prestar uma assistência humanizada e qualificada às cuidadoras assente numa mescla de estratégias que as auxiliem, não só, a gerenciar o choro dos seus bebés, mas também a confiança nas suas competências maternantes.

Esta investigação pretende ser apenas um primeiro passo rumo a uma compreensão mais ampla e aprofundada, em contexto nacional, do choro precoce infantil – em particular, do choro excessivo – sendo isto o que se pretende de uma área de estudo tão promissora e com um impacto tão grande na compreensão do desenvolvimento humano.

Bibliografia

- Agrawal, M. (1990). The infant's cry in health and disease. *The National Medical Journal of India*, 3(5), 223-227.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. (1977). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P. H. Leiderman, S. R. Tulkin, & A. Rosenfeld (Eds.), *Culture and infancy: Variations in the human experience* (pp. 119-149). New York: Academic Press.
- Akhnikh, S., Engelberts, A., Sleuwen, B., L'Hoir, M., & Benninga, M. (2014). The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatric Annals*, 43(4), 69-75.
- Akman, I., Kuscu, K., Ozdemir, N., Yurdakul, Z., Solakoglu, M., Orhan, L., ... Ozek, E. (2006). Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives of disease in childhood*, 91(5), 417-419.
- Alvarez, M. (2004). Caregiving and early infant crying in a Danish community. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(2), 91-98.
- Badr, L. K. (2005). Further psychometric testing and use of The Maternal Confidence Questionnaire. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 163-174.
- Barr, R. (1990a). The normal crying curve: what do we really know? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 356-362.
- Barr, R. (1990b). The early crying paradox: a modest proposal. *Human nature*, 1(4), 335-389.
- Barr, R. (1998). Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics*, 102(5), 1282-1286.
- Barr, R. (2002). Changing our understanding of infant colic. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 1172-1174.
- Barr, R., Kramer, M., Boijoly, C., Mc Vey-White, L., & Pless, I. (1988). Parental diary of infant cry and fuss behaviour. *Archives of Disease*

- in Childhood*, 63, 380-387.
- Barr, R., Konner, M., Bakeman, R., & Adamson, L. (1991). Crying in !Kung San infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33, 601-610.
- Barr, R., Rotmans, A., Yaremko, J., Leduc, D., & Francoer, T. (1992). The crying of infants with colic: A controlled empirical description. *Pediatrics*, 90, 14-21.
- Barr, R., Trent, R., & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30, 7-16.
- Barr, R., Fairbrother, N., Pauwels, J., Green, J., Chen, M., & Brant, R. (2014). Maternal frustration, emotional and behavioural responses to prolonged infant crying. *Infant Behavior and Development*, 37, 652-664.
- Beebe, S., Casey, R., & Pinto-Martin, J. (1993). Association of reported infant crying and maternal parenting stress. *Clin Pediatr(Phila)*, 32(1), 15-19.
- Bell, S. M. & Ainsworth, M.D.S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190.
- Bhagatpatil, V. & Sardar, V. (2014). Na automatic infant's cry detection using linear frequency cepstrum coeficientes (LFCC). *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 5(12), 1379-1383.
- Bleah, D. & Ellett, M. (2010). Infant crying among recent african immigrants. *Health Care for Women International*, 31, 652-663.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. (Vol., 1, 2ªed.). New York: Basic Books.
- Brătilă, E., Comandasu, D., Diaconescu, S., Rusu, M., & Sardescu, G. (2015). Acquisition methodology of the newborn's crying. *Neonatalogie*, 10, 52-55.
- Brazelton, T. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29, 579-588.
- Burke, V. & Brown, L. (1970). Observations on the breeding of the pink-backed pelican *Pelecanus rufescens*. *Ibis*, 112, 499-512.
- Carey, W. B. (1984). "Colic" - primary excessive crying as an infant-environment interaction. *Pediatric Clinics of North America*, 31(5):993-1005.
- Chóliz, M., Fernández-Abascal, E., & Martínez-Sánchez, F. (2012). Infant crying: pattern of weeping, recognition of emotion and affective reactions in observers. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 978-988.
- confidence. *Journal of Nursing Measurement*, 18, 210-240.
- Corwin, M., Lester, B., & Golub, H. (1996). The infant cry: what can it tell us? *Current Problems in Pediatrics*, 26(9), 325-334.
- Crncec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2010). Review of scales of parenting
- Daga, R. & Panditrao, A. (2011). Acoustical analysis of pain cries in neonates: fundamental frequency. *Electronics, Information and Communication Engineering*, 3, 18-21.
- Díaz, M., García, C., Robles, L., Altamirano, J., & Mendoza, A. (2012). Automatic infant cry analysis for the identification of qualitative features to help opportune diagnosis. *Biomedical Signal Processing and Control*, 7, 43-49.
- Dihigo, S. K. (1998). New strategies for the treatment of colic: modifying the parent/infant interaction. *Journal of Pediatric Health Care*, 12(5), 256-262.

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

- Donovan, W. & Leavitt, L. (1985). Simulating conditions of learned helplessness: the effects of interventions and attributions. *Child Development, 56*, 594-603.
- Drummond, J., McBride, M., & Wiebe, C. (1993). The development of mothers' understanding of infant crying. *Clinical Nursing Research, 2*(4), 411-413.
- Edhborg, M., Seimyr, L., Lundh, W., & Widstrom, A. (2000). Fussy child-difficult parenthood? Comparisons between families with a 'depressed' mothers and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18*(3), 225-238.
- Ellett, M., Schuff, E., & Davis, J. (2005). Parental perceptions of the lasting effects of infant colic. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 30*(2), 127-132.
- Erdogan, F., Ipek, I., Eliacik, M., Arici, N., Demirel, O., & Ceran, O. (2015). Depression: an underestimated effect of infantile colic on mothers. *International Journal of Development Research, 5*(10), 5745-5748.
- Evanoo, G. (2007). Infant crying: a clinical conundrum. *Journal of Pediatric Health Care, 21*, 333-338.
- Fisichelli, V. & Karelitz, S. (1966). Frequency spectra of the cries of normal infants and those with Down's Syndrome. *Psychon, 6*(4), 195-196.
- Forsyth, B., Leventhal, J., & McCarthy, P. (1985). Mothers' perceptions of problems of feeding and crying behaviors: a prospective study. *American Journal of Diseases of Childhood, 139*(3), 269-272.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Furlow, F. B. (1997). Human neonatal cry quality as an honest signal of fitness. *Evolutional Human Behavior, 18*, 175-193.
- Godfray, H. (1991). Signaling of need by offspring to their parents. *Nature, 352*, 328-330.
- Gormally, S. & Barr, R. (1997). Of clinical pies and clinical cues: proposal for a clinical approach to complaints of early crying and colic. *Ambulatory Child Health, 3*, 137-153.
- Heine, R., Jaquier, A., Lubitz, L., Cameron, D., & Catto-Smith, A. (1995). Role of gastroesophageal reflux in infant irritability. *Archives of Disease in Childhood, 73*, 121-125.
- Hoffman, M. (1975). Developmental synthesis of affect and cognition and its implications for altruistic motivation. *Developmental Psychology, 11*, 607-622.
- Howard, C., Lanphear, N., Lanphear, B., Eberly, S., & Lawrence, R. (2006). Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeeding Medicine, 1*(3), 146-155.
- Hunziker, U. & Barr, R. (2001). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics, 77*(5), 641-648.
- Irwin, J. (2003). Parent and nonparent perception of the multimodal infant cry. *Infancy, 4*(4), 503-516.
- Jakobsson, I. & Lindberg, T. (1983). Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants: a double-blind crossover study. *Pediatrics, 71*(2), 268-271.
- Kaley, F., Reid, V., & Flynn, E. (2011). The psychology of infant colic: a review of current research. *Infant Mental Health Journal, 32*(5), 526-541.
- Kheddache, Y. & Tadj, C. (2013). Frequential characterization of healthy

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

- and pathologic newborns cries. *American Journal of Biomedical Engineering*, 3(6), 182-193.
- Kheddache, Y. & Tadj, C. (2015). Resonance frequencies behavior in pathologic cries of newborns. *Journal of Voice*, 29(1), 1-12.
- Kheir, A. (2012). Infantile colic, facts and fiction. *Italian Journal of Pediatrics*, 38(34), 1-4.
- Kim, J. (2011). Excessive crying: behavioral and emotional regulation disorder in infancy. *Korean Journal of Pediatrics*, 54(6), 229-233.
- Koivisto, M., Michelsson, K., Sirvio, P., & Wasz-Höckert, O. (1974). Spectrographic analysis of pain cry of hypoglycemia in newborn infants. *XIV International Congress of Pediatrics*, 1, 250.
- Konner, M. (1977). Infancy among the Kalahari Desert San. In P. H. Leiderman, S. R. Tulkin, & A. Rosenfeld (Eds.), *Culture and infancy: Variations in the human experience* (pp. 287-328). New York: Academic Press.
- Kosminsky, F. & Kimura, A. (2008). Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(2), 147-156.
- Kurth, E. Spichiger, E., Cignacco, E., Kennedy, H., Glanzmann, R., Schmid, ... Stutz, E. (2010). Predictors of Crying Problems in the Early Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 250-262.
- Kurth, E., Kennedy, H., Spichiger, E., Hösli, I., & Stutz, E. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*, 27, 187-194.
- LaGasse, L., Neal, A., & Lester, B. (2005). Assessment of infant cry: acoustic cry analysis and parental perception. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 11, 83-93.
- Leavitt, L. (1998). Mothers' sensitivity to infant signals. *Pediatrics*, 102(5), 1247-1249.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lee, C., Barr, R., Catherine, N., & Wicks, A. (2007). Age-related incidence of publicly-reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 288-293.
- Lester, B., Boukydis, C., Garcia-Coll, C., & Hole, W. (1990). Colic for developmentalists. *Infant Mental Health Journal*, 11, 321-331.
- Lester, B., Tronick, E., LaGasse, L., Seifer, R., Bauer, C., Shankaran, S., ... Maza, P. (2002). The maternal lifestyle study: effects of substance exposure during pregnancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. *Pediatrics*, 110, 1182-1192.
- Leventhal, J., Martin, K., & Asnes, A. (2010). Fractures and traumatic brain injuries: abuse versus accidents in a US database of hospitalized children. *Pediatrics*, 126(1), 104-115.
- Levitzky, S. & Cooper, R. (2000). Infant colic syndrome – maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clinical Pediatrics*, 39(7), 395-401.
- Long, T. & Johnson, M. (2001). Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 155-162.
- Lorberbaum, J., Newman, J., Horwitz, A., Dubno, J., Lydiard, R., Hamner, M., ... George, M. (2002). A potential role for thalamocingulate circuitry in human maternal behavior. *Biological Psychiatry*, 51,

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

- 431-445.
- Ludington-Hoe, S., Cong, X., & Hashemi, F. (2002). Infant crying: nature, physiologic consequences, and select interventions. *Neonatal network*, 21(2), 29-36.
- Lummaa, V., Vuorisalo, T., Barr, R. G., & Lehtonen, L. (1998) Why cry? Adaptive significance of intensive crying in human infants. *Evolution and Human Behavior*, 19, 193–202.
- Lyon, B., Eadle, J., & Hamilton, L. (1994). Parental choice selects for ornamental plumage in American coot chicks. *Nature*, 371, 240-243.
- Maxted, A., Dickstein, S., Miller-Loncar, C., High, P., Spritz, B., Liu, J., & Lester, B. (2005). Infant colic and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*, 26(1), 56-58.
- McGlaughlin, A. & Grayson, A. (2001). Crying in the first year of infancy: patterns and prevalence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(1), 47-59.
- Michelsson, K. (1971). Cry analysis of symptomless low birth weight neonates and of asphyxiated newborn infants. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 216, 1-45.
- Michelsson, K. & Sirviö, P. (1976). Cry analysis in congenital in congenital hypothyroidism. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 28, 40-47.
- Michelsson, K., Sirviö, P., & Wasz-Höckert, O. (1977). Sound spectographic cry analysis of infants with bacterial meningitis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 309-315.
- Michelsson, K., Järvenpää A. L., & Rinne, A. (1983). Sound spectographic analysis of pain cry in preterm infants. *Early Human Development*, 8, 141-149.
- Moore, D., Robb, T., & Davidson, G. (1988). Breath hydrogen response to milk containing lactose in colicky and noncolicky infants. *The Journal of Pediatrics*, 113(16), 979-984.
- Murray, A. (1979). Infant crying as an elicitor of parental behavior: an examination of two models. *Psychological Bulletin*, 86(1), 191-215.
- Murray, A. (1985). Aversiveness is in the mind of the beholder: perception of infant crying by adults. In B. M. Lester & C.F.Z. Boukydis (Eds), *Infant crying: theoretical and research perspectives* (pp. 217-239). New York: Plenum.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. (2011). Avaliação da confiança parental: versão portuguesa do maternal confidence questionnaire. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1949-1960). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Nelson, J. (1998). The meaning of crying based on attachment theory. *Clinical Social Work Journal*, 26(1), 9-22.
- Newman, J. (2007). Neural circuits underlying crying and cry responding in mammals. *Behavioural Brain Research*, 182, 155-165.
- Nugent, J.K., Lester, B. M., Greene, S.M., Wiczorek-Deering, D., & O'Mahony, P. (1996). The effects of maternal alcohol consumption and cigarette smoking during pregnancy on acoustic cry analysis. *Child Development*, 67, 1806-1816.
- Oberklaid, F. (2000). Persistent crying in infancy: A persistent clinical conundrum. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36, 297-298.
- Okamoto, M. & Matsuoka, M. (2003). The critical situation of first time

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

- mothers faced with persistently crying infants 1–2 months postpartum. *Journal of Japanese Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 8, 85–92.
- Okamoto, M. & Matsuoka, M. (2007). Structural analysis of factors related to frustration in first-time mothers facing persistent crying in 6 week-old infants. *Medimond International Proceedings*, 339–343.
- Oldbury, S. & Adams, K. (2015). The impact of infant crying on the parent–infant relationship. *Community Practitioner*, 88(3), 29–34.
- Ostwald, P. (1972). The sounds of infancy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 14, 350–361.
- Papousek, M., & von Hafacker, N. (1998). Persistent crying the early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother–infant relationship. *Child: Care, Health and Development*, 24(5), 395–424.
- Quick, Z., Robb, M., & Woodward, L. (2008). Acoustic cry characteristics of infants exposed to methadone during pregnancy. *Acta Paediatrica*, 98, 74–79.
- Radesky, J., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F., Barr, M., Taylor, J., ... Barr, R. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131, 57–64.
- Räihä, H., Lehtonen, L., Huhtala, V., Saleva, K., & Korvenranta, H. (2002). Excessively crying infant in the family: mother–infant, father–infant and mother–father interaction. *Child: Care, Health and Development*, 28, 419–429.
- Rao, M., Blass, E. M., Brignol, M. M., Marino, L., & Glass, L. (1997) Reduced heat loss following sucrose ingestion in premature and normal human newborns. *Early Human Development*, 48, 109–116.
- Reijneveld, S., Brugman, E., & Hirasings, R. (2001). Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics*, 108(4), 893–897.
- Reijneveld, S., van der Wal, M., Brugman, E., Sing, H., & Verloove-Vanhorick, S. (2004). Infant crying and abuse. *Lancet*, 364, 1340–1342.
- Rimer, R. & Hiscock, H. (2014). National survey of Australian paediatricians' approach to infant crying. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 50(3), 202–207.
- Robb, M., Crowell, D., & Dunn-Rankin, P. (2013). Sudden Infant Death Syndrome: cry characteristics. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(8), 1263–1267.
- Roberts, D., Ostapchuk, M., & O'Brien, J. (2004). Infantile colic. *American Family Physician*, 70(4), 735–740.
- Santos, A. (2000). Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 3(18), 325–334.
- Soltis, J. (2004). The signal functions of early infant crying. *Behavioral and brain sciences*, 27, 443–490.
- Sondergaard, C., Skajaa, E., & Henriksen, T. (2000). Fetal growth and infantile colic. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 44–47.
- St James-Roberts, I. & Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 951–968.
- St James-Roberts, I. (2001). Infant crying and its impact on parents. In R. Barr, I. St. James-Roberts, & M. Keefe (Eds.), *New evidence on unexplained early infant crying: Its origins, nature and management* (pp. 5–24). Skillman, NJ: Johnson and Johnson Pediatric Institute.

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

- St James-Roberts, I. & Plewis, I. (1996). Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child Development*, 67, 2527-2540.
- St James-Roberts, I., Conroy, S., & Wilsher, K. (1998). Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. *Child Care, Health and Development*, 24, 353-376.
- Stifter, C. & Bono, M. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child Care Health Development*, 24(5), 339-351.
- Stifter, C., Bono, M., & Spinrad, T. (2003). Parent characteristics and conceptualizations associated with the emergence of infant colic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4), 309-322.
- Talauliker, D. & Shenvi, N. (2015). Analysis of cry in new born infants. *International Journal of Advanced Research in Compute and Communication Engineering*, 4(3), 583-585.
- Talvik, I., Alexander, R., & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*, 97, 782-785.
- Taubman, B. (1984). Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics*, 74(6), 998-1003.
- Thodén, C. & Michelsson, K. (1979). Sound spectrographic cry analysis in Krabbe's Disease. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 21, 400-401.
- van den Berg, M., van der Ende, J., Crijnen, A., Jaddoe, V., Moll, H., Mackenbach, J., Hofman, A., Hengeveld, M., Tiemeier, H., & Verhulst, F. (2009). Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics*, 124(1), 96-103.
- van der Wal, M., van Eijsden, M., & Bonsel, G. (2007). Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 28(6), 431-437.
- van Sleuwen, B. E., L'hoir, M. P., Engelberts, A. C., Busschers, W. B., Westers, P., Blom, M.A., Schulpen, T.W., & Kuis, W. (2006). Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *Journal of Pediatrics*, 149(4), 512-517.
- Vik, T., Grote, V., Escribano, J., Socha, J., Verduci, E., Fritsch, M., ... Koletzko, B. (2009). Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatrica*, 98(8), 1344-1348.
- Vuorenkoski, V., Lind, J., Partanen, T. J., Lejeune, J., Lafourcade, J., & Wasz-Hockert, O. (1966). Spectrographic analysis of cries from children with maladie du cri du chat. *Annales Paediatricae Fenniae*, 12, 174-180.
- Wász-Hockert, O., Partanen, T., Vuorenkoski, V., Valanne, E., & Michelsson, K. (1964). Effect of training on ability to identify preverbal vocalizations. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 6(4), 393-396.
- Wász-Höckert, O., Koivisto, M., Vuorenkoski, V., & Lind, J. (1971). Spectrographic analysis of pain cry in hyperbilirubinemia. *Biology of the Neonate*, 17, 260-271.
- Wász-Höckert, O., Michelsson, K., & Lind, J. (1985). Twenty-five years of scandinavian cry research. In B. M. Lester & C.F.Z. Boukydis (Eds), *Infant crying: theoretical and research perspectives* (pp. 83-104). New York: Plenum.

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebê: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

- Wessel, M., Cobb, S., Jackson, E., Harris, G., & Detwiler, C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy: sometimes called "colic". *Pediatrics*, *14*, 421-434.
- Wolke, D., Meyer, R., & Gray, P. (1994). Validity of the crying pattern questionnaire in a sample of excessively crying babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *12*(2), 105-114.
- Yalçın, S. (2014). Psychosocial status and quality of life in mothers of infants with colic. *The Turkish Journal of Pediatrics*, *56*, 331.
- Zahr, L. (1993). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing and Health*, *16*(5), 335-342.
- Zeifman, D. (2001). An ethological analysis of human infant crying: answering Tinbergen's four questions. *Developmental Psychobiology*, *39*, 265-285.

Anexos**Anexo I:** Consentimento informado**Anexo II:** Questionário sociodemográfico**Anexo III:** Questionário sobre o choro do bebê (0-3 meses)**Anexo IV:** Questionário de confiança parental (QCP)**Anexo V:** Análise descritiva de algumas variáveis do Questionário sobre o choro do bebê (0-3 meses)

Anexo I – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração num projeto de investigação científica, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC).

Nos primeiros três meses a quantidade de choro do bebé é superior a qualquer outra etapa do seu desenvolvimento assumindo-se como a maior preocupação dos pais e, em consequência, como a queixa mais frequente relatada aos pediatras em igual período. Para cuidadores que lidam com bebés que choram excessivamente as consequências imediatas são intensificadas. Em Portugal, a investigação relativa à problemática é inexistente, motivando a presente pesquisa.

Os principais objetivos deste estudo consistem em avaliar o efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro. Para o efeito pretende-se a sua resposta aos seguintes instrumentos: 1) questionário sociodemográfico; 2) questionário sobre o choro do bebé (0-3 meses); e 3) questionário de confiança parental.

Caso exista alguma dúvida relativamente à sua participação neste projeto, poderá e deverá esclarecê-las com a investigadora.

É de salientar, ainda, que a confidencialidade dos dados disponibilizados é assegurada, não sendo revelados os nomes daqueles que colaborarem no estudo. Os resultados gerais obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

Declaro que li e concordo com os termos da investigação acima descritos, decidindo, livremente, participar neste projeto de investigação.

Data ____/____/____

Assinatura do respondente: _____

A investigadora responsável: Ariana Isabel Roque Brito

Assinatura: _____

Anexo II – Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Informação pessoal

Idade: _____ **Nacionalidade:** _____

Habilitações literárias:

- 1º ciclo (4ª ano)
- 2º ciclo (6ª ano)
- 3º ciclo (9ª ano)
- Ensino secundário
- Ensino superior

Estatuto profissional: Empregado Desempregado

Estado civil:

Solteira Casada União de facto Divorciada Viúva

2. Informações sobre a gravidez e o parto

Foi desejada? Sim Não

Foi planeada? Sim Não

Foi vigiada? Sim Não

Houve alguma gravidez anterior? Sim Não

Em caso de resposta afirmativa:

Houve algum aborto espontâneo anteriormente? Sim Não

Houve alguma interrupção voluntária da gravidez? Sim Não

Tipo de gravidez: Normal De risco

Teve apoio familiar durante a gravidez? Sim Não

O parto foi assistido? Sim Não

Tipo de parto: Eutócico Distócico (fórceps, ventosa ou cesariana) Sem anestesia Anestesia epidural Anestesia geral

Houve complicações durante o parto? Sim Não

E no pós-parto? Sim Não

Teve apoio familiar após a gravidez? Sim Não

3. Informações relativas ao bebé

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ (em mês/ meses)

O seu bebé nasceu:

Antes do período de tempo recomendável (pré-termo/ prematuro)

No período de tempo recomendável (termo)

Depois do período de tempo recomendável (pós-termo)

Foi diagnosticado/a com alguma doença? Sim Não

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

4. Experiência de cuidados com bebês

Antes do nascimento do seu primeiro bebê, teve alguma experiência de cuidar de um bebê até um ano de idade? Sim Não

Se sim, quão experiente diria que era antes do nascimento do seu bebê?

Muito experiente: tive uma larga experiência a cuidar de bebês

Um pouco experiente: tive alguma experiência a cuidar de bebês

Não muito experiente: tive pouca experiência a cuidar de bebês antes do nascimento do meu filho/a

5. Informações sobre o pai do bebê

Vive com o pai do seu bebê? Sim Não

Em caso de resposta negativa, está com ele:

Todos/ praticamente todos os dias

2 a 3 vezes por semana

1 vez por semana

A relação com o pai do seu bebê é: Muito boa Boa Razoável Má Muito má Inexistente

Sente-se apoiada pelo pai do seu bebê? Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

Anexo III – Questionário sobre o choro do bebé (0-3 meses)

QUESTIONÁRIO SOBRE O CHORO DO BEBÉ (0-3 meses)

Para a ajudar a responder às seguintes perguntas, considere estas definições:

- **Choro:** nível mais alto de agitação que o bebé exhibe, o bebé transmite-lhe uma elevada angústia.

- **Agitação:** comportamento agitado, que consiste numa atividade motora considerável e reduzida vocalização; qualquer vocalização que ocorra é menos intensa do que o choro.

1. Durante quanto tempo o seu bebé chora/fica agitado num dia normal (se não houver um padrão típico, isto é, se variar muito de um dia para o outro, responda de acordo com o dia de ontem)?

- a) ... de manhã (6h – meio-dia)hrsmins
- b) ... à tarde (meio-dia – 18h)hrsmins
- c) ... ao fim da tarde/noite (18h – meia-noite)hrsmins
- d) ... durante a noite (meia-noite – 6h)hrsmins

2. Num dia típico, quantas horas o seu bebé chora ou se encontra agitado? (Pense nisso em termos das últimas 24 horas do dia) _____

3. Quantos dias por semana o seu bebé chora ou se encontra agitado por mais de 3 horas? (Pense nisso em termos dos últimos 7 dias) _____

4. Quantas semanas o seu bebé passou mais de três horas por dia, durante três dias por semana agitado ou a chorar? _____

5. O seu bebé chora mais ou menos do que esperava?

1	2	3	4	5
muito menos	menos	o que eu esperava	mais	muito mais

6. Acha que o seu bebé tem um problema de choro?

- não
- sim, um pequeno problema
- sim, sérios problemas

7. O choro e a agitação do seu bebé são perturbadores para si?

1	2	3
não, de todo	um pouco	muito

8. Na última semana, ou aproximadamente, durante quanto tempo teve de esperar antes de responder ao choro do seu bebé?

horas minutos

9. Alguma vez tentou deixar o seu bebé a chorar até não poder mais?

1	2	3	4
não	sim, uma vez	sim, algumas vezes	sim, frequentemente

10. Quão fácil ou difícil é para si acalmar o seu bebé quando está perturbado?

1	2	3	4	5
muito fácil		médio		muito difícil

11. Procurou aconselhamento médico devido à sua preocupação com o choro do seu bebé?

- sim
 não

Obrigada pela atenção!

Anexo IV – Questionário de confiança parental



Maternal Confidence Questionnaire – Questionário de Confiança Parental

(Versão original: Parker & Zahr, 1985; Versão portuguesa: Bárbara Nazaré, Ana Fonseca & Maria Cristina Canavarro, 2011)

Quão confiante se sente no seu papel de pai/mãe?

(Selecione a melhor opção para si)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu sei quando o meu bebé quer que eu brinque com ele.					
2. Eu sei cuidar do meu bebé melhor do que qualquer outra pessoa.					
3. Quando o meu bebé está rabugento, eu sei o motivo.					
4. Eu apercebo-me quando o meu bebé está cansado e precisa de dormir.					
5. Eu sei o que deixa o meu bebé feliz.					
6. Eu sou capaz de dar banho ao meu bebé.					
7. Eu sou capaz de dar de comer ao meu bebé adequadamente.					
8. Eu sou capaz de pegar apropriadamente no meu bebé.					
9. Eu apercebo-me quando o meu bebé está doente.					
10. Eu sinto-me frustrado(a) ao cuidar do meu bebé.					
11. Eu seria bom(boa) a ajudar outros(as) pais(mães) a aprender a cuidar dos seus bebés.					
12. Eu tenho todas as competências necessárias para ser um(a) bom(boa) pai(mãe).					
13. Sinto-me satisfeito(a) com o meu papel de pai(mãe).					

Efeito do choro excessivo na confiança materna percebida e na resposta ao sinal de choro do bebé: estudo exploratório

Ariana Isabel Roque Brito (e-mail: ari.roquebrito@gmail.com) 2017

Anexo V – Análise descritiva de algumas variáveis do Questionário sobre o choro do bebê (0-3 meses)

Tabela 4. *Gravidez e parto*

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Foi desejada	16	5,9%	256	94,1%
Foi planejada	121	44,5%	151	55,5%
Foi vigiada	6	2,2%	266	97,8%
Gravidez anterior	167	61,4%	105	38,6%
Aborto espontâneo (anterior)	71	67,0%	35	33,0%
Interrupção voluntária (anterior)	100	95,2%	5	4,8%
Apoio familiar durante a gravidez	14	5,1%	258	94,9%
Parto assistido	10	3,7%	262	96,3%
Complicações durante o parto	232	85,3%	40	14,7%
Complicações no pós-parto	252	92,6%	20	7,4%
Teve apoio no pós-parto	19	7,0%	253	93,0%

Tabela 5. *Tipo de parto*

	Frequência	Porcentagem
Anestesia epidural	71	26,1
Anestesia geral	1	,4
Distócico	106	39,0
Eutócico	85	31,3
Sem anestesia	9	3,3
Total	272	100,0

Tabela 18. *Espetativas em relação à quantidade de choro*

	Frequência	Porcentagem
Mais	36	13,2
Menos	37	13,6
Muito mais	79	29,0
Muito menos	35	12,9
O que eu esperava	107	31,3
Total	272	100,0

Tabela 19. *Percepção de problemas em relação ao choro*

	Frequência	Porcentagem
Não	171	62,9
Sim, sérios problemas	37	13,6
Sim, um pequeno problema	64	23,5
Total	272	100,0

Tabela 20. *Tempo de latência médio na resposta ao choro*

	M	DP
Tempo a responder...	2,48	2,664

Tabela 21. *Deixar o bebê a chorar sem resposta*

	Frequência	Porcentagem
Nunca	172	63,2
Sim, algumas vezes	48	17,6
Sim, frequentemente	5	1,8
Sim, uma vez	47	17,3
Total	272	100,0

Tabela 22. *Aconselhamento em relação ao choro do bebê*

	Frequência	Porcentagem
Não	161	59,2
Sim	111	40,8
Total	272	100,0