

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Características maternas e perfil nutricional de bebês com
choro prolongado em Cruzeiro do Sul, Acre, Amazônia
Ocidental Brasileira**

**Gabriela Martins de Oliveira
Máira Conte Chaves**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao 7º Curso de Graduação em
Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marly Augusto
Cardoso**

**São Paulo
2016**

**Características maternas e perfil nutricional de bebês com
choro prolongado em Cruzeiro do Sul, Acre, Amazônia
Ocidental Brasileira**

**Gabriela Martins de Oliveira
Máira Conte Chaves**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao 70º Curso de Graduação em
Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marly Augusto
Cardoso**

**São Paulo
2016**

AGRADECIMENTOS

Às mães e responsáveis pelos bebês participantes do Estudo MINA pela participação e colaboração nas diversas fases do estudo. Aos profissionais da atenção básica à saúde e do Hospital Maternidade do Juruá de Cruzeiro do Sul pela participação e colaboração.

Agradecimento especial à professora Marly A. Cardoso por todo auxílio e apoio para que este trabalho fosse realizado, a Maíra B. Malta que nos ajudou com importantes sugestões no trabalho e na análise de dados: sem apoio de vocês não conseguiríamos concluir este trabalho, nosso muito obrigado!

Equipe MINA de entrevistadores junto ao Laboratório de Entrevistas Telefônicas (LABTEL) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP:

Paola Soledad Mosquera, mestranda do Programa Nutrição em Saúde Pública pela FSP/USP.

Waleska Regina, doutoranda em Medicina Preventiva, pela FM/USP.

Letícia Barbosa Malagutti e Thiago Henrique da Silva, graduandos do curso de Saúde Pública da FSP/USP.

Tarsila Helena Paes e Silva, graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo.

Alunas do curso de graduação em Nutrição da FSP/USP: Bianca Parente Sartoretto, Gabriela Martins de Oliveira, Juliana La Farina Rodovalho, Máira Conte Chaves, Marcielle Jesus Rodrigues, Mariana Bossi Nogueira, Marta Berto Campos, Natália de Souza Gerez Dresseneti, Nayara Carolina Fabra, Rafaela Faria Lenzi de Lemos, Vivian Cristine Bezerra Giorgi.

Coordenação do estudo de saúde Materno INfantil no Acre - MINA (MINA Working Group): Marly A. Cardoso, Maíra B. Malta (pós-doutoranda, bolsista CNPq) e Paulo A. R. Neves (doutorando, bolsista CNPq), Departamento de Nutrição e Programa Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP); Márcia C. Castro, Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health (HSPH), Boston/EUA; Alícia Matijasevich Manitto, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina (FM) da USP; Bárbara H. Lourenço, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Bruno Pereira da Silva e Rodrigo Medeiros de Souza, Professores da Universidade Federal do Acre (UFAC) campus da Floresta.

Auxílio à Pesquisa: Programa Ciência Sem Fronteiras, Chamada nº 71/2013, processo CNPq nº 407255/2013-3).

Oliveira GM, Chaves MC. Características maternas e perfil nutricional de bebês com choro prolongado em Cruzeiro do Sul, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira [Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

RESUMO

Introdução: O choro prolongado pode ser definido por choro persistente, incontrolável e inexplicável nas 3 primeiras semanas de vida, ocorrendo em alguns casos com contração de braços e pernas, seguido por longos períodos de agitação do bebê. Sua etiologia não está esclarecida, sendo considerado de ocorrência natural até 12 semanas de vida e sua persistência após esse período tem sido associada a atraso no desenvolvimento cognitivo e hiperatividade na idade escolar. Essa condição pode prejudicar a interação mãe-bebê com sofrimento e cansaço maternos, interrupção da amamentação, introdução de fórmulas e outros alimentos não indicados nessa fase da vida, contribuindo também para distúrbios psicológicos maternos. O presente estudo investigou o padrão alimentar de bebês com choro prolongado em uma coorte de nascimentos em Cruzeiro do Sul, estado do Acre, e sua relação com características maternas.

Metodologia: O delineamento do Estudo Materno Infantil no Acre (MINA) é uma coorte de nascimentos de base populacional. Ao longo de um ano, entre julho de 2015 e junho de 2016, foram identificadas 1826 internações para parto, com 1.702 nascimentos vivos no período do estudo. Entrevistas telefônicas com mãe e/ou responsável pelo bebê foram realizadas aos 30-45 dias para rastrear bebês com choro persistente e aos 90-105 dias após o parto para identificar bebês com choro prolongado (ainda choravam após 12 semanas) entre os bebês com choro persistente. Foi aplicado um questionário sobre questões relativas a condições de saúde e morbidade recentes e práticas alimentares da criança e informações sobre a mãe. Para classificar o bebê com choro prolongado foi perguntado para a mãe: “Seu bebê chora atualmente por muito tempo, sem nenhum motivo aparente ou por “cólica”? Esse choro já dura por pelo menos duas semanas?”. Essas perguntas foram realizadas no inquérito do puerpério aos 30-45 dias e novamente em segundo inquérito telefônico aos 90-105 dias entre os bebês com choro persistente.

Resultados: No total, 946 (63,3%) mães foram contatadas por telefone aos 30-45 dias de vida de seus filhos, observando-se 128 (13,3%; intervalo com 95% de confiança [IC95%]: 11,1-15,4) bebês com choro persistente. Aos três meses de vida, 97 bebês que apresentaram choro persistente aos 30-45 dias (75,8% dos 128) foram contatados por telefone, confirmando-se o choro prolongado em 18 bebês (18,6%; IC95%: 11,7-28,0%), correspondendo a 1,9% do total de entrevistados no puerpério (IC95%: 1,0-2,7%). Houve associação estatisticamente significativa entre bebês de choro prolongado e mães que recebiam “Bolsa Família”, sem diferenças em relação às demais características maternas e infantis.

Conclusão: O choro prolongado não foi associado ao desmame precoce e à introdução de alimentos no presente estudo. Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e conscientização de pais sobre a ocorrência e manejo do choro prolongado é de extrema importância para o bem estar da mãe e do bebê, especialmente em situações de insegurança social.

Descritores: Choro prolongado; choro excessivo; choro do lactente; bebês chorões; cólica do lactente.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
MÉTODOS	9
Área, população e delineamento do estudo	9
Coleta de dados no parto	10
Análise dos dados	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

O choro é considerado um fator comum no primeiro trimestre de vida, fazendo parte do desenvolvimento normal de recém-nascidos, além de ser a primeira forma de comunicação do bebê. Este tem como padrão o aumento da frequência até as seis primeiras semanas, seguido por um declínio até 16 semanas de vida, sendo predominante no período noturno^{1,2}.

A maioria dos casos de choro é etiologicamente benigna, porém o choro é um fator de estresse e preocupação dos pais e cuidadores, sendo 20% dos motivos de consultas com o pediatra^{3,4}. Este choro pode ser estimulado por diferentes fatores desde a necessidade de conforto, cólicas infantis, disfunções gastrointestinais, excesso de estímulo até a mudança na rotina diária².

Diferente do choro normal, o choro prolongado é o que se apresenta de forma incompreensível, incontrolável e inexplicável nas três primeiras semanas de vida, em alguns casos com contração de braços e pernas, e longos períodos de agitação do bebê. Sua etiologia não está esclarecida, contudo este predomina durante os primeiros três meses de vida, período onde ajustes pós-natal de maturação de processos fisiológicos são predominantes^{4,5}.

A condição de bebê com prolongado é frequentemente associada à cólica intestinal e possíveis fatores como o tabagismo materno, distúrbio de ansiedade e depressão durante a gravidez, nível socioeconômico, alimentação materna, alimentação infantil, baixo peso ao nascer, urbanização e internação hospitalar do bebê podem estar relacionados^{3,6}.

De acordo com estudos encontrados, a prevalência de choro prolongado durante os três primeiros meses de vida ocorre em torno de 2% a 11,9% dos bebês, variando de acordo com a população estudada e a definição utilizada para a classificação de choro prolongado como pode ser observado na Tabela 1^{3,5-11}.

A interação mãe-bebê sofre influência do choro, com consequências negativas de choro excessivo na saúde materna e infantil, pois é um importante fator relacionado com o sofrimento materno, apontado como estímulo para interrupção da amamentação, introdução de fórmulas e sintomas de distúrbios mentais maternos^{1,7}.

Bebês que apresentam o choro prolongado têm sido associados com hiperatividade e atraso do desenvolvimento cognitivo em crianças na fase escolar, além de ser um fator de risco para o desenvolvimento da síndrome do bebê sacudido, sofrerem abusos e traumas^{12,13}.

No estudo de Rao et al realizado na Suécia, o choro prolongado foi associado com menor pontuação de quociente de inteligência, déficit em habilidades motoras finas, desenvolvimento de hiperatividade e problemas de disciplina durante a infância⁵.

Tratamentos alternativos como acupuntura tem se despontado como possível terapia para o cuidado dos bebês com choro prolongado, visando diminuir os episódios de choro excessivo em frequência e duração. Contudo, conhecimentos de pediatras e de outros profissionais da saúde sobre o cuidado desses bebês são ainda muito limitados, resultando comumente na prescrição de medicamentos desnecessários e sem efeito sobre o choro excessivo^{14,15}.

É necessário por parte dos profissionais da área da saúde, um olhar mais sensível ao choro do bebê, fornecendo apoio aos pais e cuidadores quando solicitados em consultas, com a capacidade de investigar possíveis desencadeantes e a causa deste evento, além de observar o modo de controle do choro aplicado pelos pais e cuidadores para acalmar o bebê^{16,17}.

Considerando-se possível impacto do choro prolongado no estabelecimento do vínculo materno-infantil e possível consequência no desmame e introdução precoce de alimentos, maiores informações sobre ocorrência em diferentes populações e características maternas e do padrão alimentar de bebês com choro prolongado são relevantes para formulação de intervenções precoces na atenção básica à saúde infantil. O presente estudo visa investigar o padrão alimentar de bebês com choro prolongado em uma coorte de nascimentos em Cruzeiro do Sul, estado do Acre, e sua relação com características maternas.

Tabela 1. Frequência de bebês com choro prolongado segundo população estudada e definição de choro prolongado.

Tipo de estudo	Local	População	Definição de choro prolongado	Período de análise	Prevalência (Intervalo 95% de confiança)	
Smariuset al (2016)	Coorte nascimentos, base populacional (N=3389)	Amsterdan, Holanda	Nascidos vivos entre janeiro 2003 e dezembro 2004	Chorar por três ou mais horas por dia durante a semana anterior	Questionário padronizado aos 3 meses de vida	3% (NI)
Santos et al (2015)	Coorte nascimentos, base populacional (N= 4231)	Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Nascidos vivos entre janeiro e dezembro de 2004	Em comparação com bebês da mesma idade, o seu bebê chora mais, menos ou mesmo?	Visita domiciliar 12 semanas de vida	11,9% (10,9-13,0%)
Petzoldt et al (2014)	Estudo prospectivo longitudinal (N= 306)	Dresden, Alemanha	Bebês atendidos no Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de Tecnologia de Dresden	Choro >3 horas/dia, >3 dias/semana, durante ≥3 semanas	Visita domiciliar aos 10 dias, 2 meses e 4 meses de vida	10,1% (NI)
Ibeziako, Ibe et al (2009)	Estudo transversal (N= 480)	Sudeste da Nigéria	Bebês atendidos em ambulatórios	Percepção materna do choro	NI	7,9% (NI)
Viket et al (2009)	Estudo multicêntrico prospectivo (N= 1015)	Alemanha, Bélgica, Espanha, Itália, Polônia	Nascidos vivos entre 01 de outubro de 2002 e 31 de julho de 2004	Seu bebê chorou pelo menos, 3 h por dia, em, pelo menos, 3 dias por semana?	Visita domiciliar aos 2 meses e aos 6 meses	2,0% (NI)
Rao et al (2004)	Coorte nascimentos (N=407)	Noruega e Suécia	Nascidos vivos entre janeiro de 1986 e março 1988, hospitais da Universidade de Trondheim e Bergen	Choro descontrolado sem nenhuma causa óbvia, que persiste por pelo menos duas semanas	Visita domiciliar nas 6 e 13 semanas de vida	3,6% (NI)
Reijneveld et al (2001)	Estudo transversal de base populacional nacional. (N= 3345)	Holanda	Amostra nacional de bebês com idade de 1 a 6 meses entre outubro de 1997 a junho de 1998	Choro >3 horas/dia, >3 dias/semana, durante 3 semanas	Entrevista padronizada aos 3 meses de vida	2,0% (NI)
				Choro >3 horas/dia, >3 dias/semana, durante ≥3 semanas		2,0% (NI)
				Choro >3 horas/dia, >3 dias/semana, durante ≥2 semanas		2,4% (NI)
Wurmser et al (2001)	Estudo transversal nacional (N= 662)	Alemanha	Amostra aleatória de crianças de 9 meses a 3 anos de vida entre julho e setembro de 1999	O seu filho, chorava por mais de 3 horas por dia? Está condição durou por mais de 3 meses?	Entrevista telefônica de 9 a 36 meses	12,7% (17,9-24,1)

NI = não informado.

MÉTODOS

O projeto “Saúde e Nutrição **Materno-Infantil** no Acre (Estudo MINA)” trata-se de uma coorte de nascimentos do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre, que inclui coleta de dados sócio demográficos e perfil de saúde de bebês nos primeiros 3 meses de vida, identificando-se bebês com choro prolongado crianças cujas mães relataram choro sem nenhum motivo aparente no período de 13 semanas a 3 meses de vida.

Área, população e delineamento do estudo

Cruzeiro do Sul é um município localizado no estado do Acre, região Norte do Brasil. Distancia-se 636 km da capital, Rio Branco, fazendo limite com o Peru, o estado do Amazonas e os municípios acreanos de Tarauacá, Rodrigues Alves, Porto Walter e Mâncio Lima. Com base na Estimativa de População do IBGE para 2014, o município tinha 80.953 habitantes (50% mulheres), sendo 70,5% residentes na área urbana¹⁸. O Índice de Desenvolvimento Humano de Cruzeiro do Sul é de 0,664¹⁹. Em 2013, foram registrados 1.783 nascimentos, sendo 96% dos partos na maternidade do município²⁰.

Em Cruzeiro do Sul, o Hospital Estadual da Mulher e da Criança do Juruá é a maternidade de referência para todos os municípios localizados na Região do Juruá, Tarauacá e Envira. A unidade dispõe de 84 leitos, sendo 20 alojamentos conjuntos (com acomodações para acompanhantes), 11 de ginecologia, oito do método Mãe Canguru, seis de pré-parto, parto e pós-parto, três leitos rede (para as mães indígenas), 11 de pediatria, quatro de recuperação pós-anestésica, dois de UTI materna, 10 de UTI neonatal, quatro salas cirúrgicas, uma sala de curetagem, um consultório de avaliação, um banco de leite e um lactário (para preparo de leite para as crianças internadas)²⁰. Todos os partos assistidos no município são realizados no Hospital Estadual da Mulher e da Criança do Juruá, facilitando a coleta de dados do presente estudo no momento do parto.

O delineamento do Estudo MINA é uma coorte de nascimentos de base populacional. Ao longo de um ano, entre julho de 2015 e junho de 2016, foram identificados 1826 internações para parto, com 1702 nascimentos vivos no período do Estudo MINA (com 16 pares de gêmeos). Na maternidade, todas as puérperas elegíveis foram convidadas a participar e informadas sobre os objetivos do estudo. O critério de inclusão no estudo foi residir no

município de Cruzeiro do Sul no momento do parto. Não foram consideradas elegíveis à coorte de nascimentos as puérperas que residiam em outros municípios vizinhos no momento do parto. A participação no estudo foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando sigilo das informações obtidas e envio dos resultados individuais da pesquisa. O Estudo MINA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP parecer nº 872.613, 13/11/2014).

Do total de nascidos vivos no período do convite à participação no Estudo MINA, 178 mães recusaram participação (10,5%). As mães ou responsáveis e seus bebês que concordaram em participar do estudo (n=1507, incluindo 13 pares de gêmeos) foram contatados pela equipe de pesquisa após 30-45 dias e aos 90-105 dias de vida. Todos os instrumentos utilizados no Estudo MINA foram previamente testados e adaptados para o presente estudo. Os entrevistadores receberam treinamento específico tanto no início de sua atividade para coleta de dados como também periodicamente para reforço e atualização com base no controle de qualidade realizado simultaneamente à coleta dos dados em formulários eletrônicos.

Coleta de dados no parto

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada por meio de ligações telefônicas com duração média de 15 a 20 minutos, no período de 30 a 45 dias após o parto, realizadas no Laboratório de Pesquisas Telefônicas (LABTEL) da Faculdade de Saúde Pública da USP. Foi aplicado um questionário sobre questões relativas a condições de saúde e morbidade recente da criança, práticas alimentares (amamentação, introdução de alimentos, uso de mamadeira ou chupeta, exposição solar, choro), informações sobre a mãe (se a puérpera já teve rachadura, mastite ou ingurgitamento nas mamas; se teve febre ou alguma doença; se fuma, consome bebidas alcoólicas ou utiliza alguma droga ilícita).

Para classificar o bebê com choro prolongado foi perguntado para a mãe: “Seu bebê chora atualmente por muito tempo, sem nenhum motivo ou por “cólica”? Esse choro já dura por pelo menos duas semanas?”. A pergunta foi realizada no inquérito do puerpério aos 30-45 dias e novamente no segundo inquérito aos 90-105 dias.

Análise dos dados

As informações coletadas foram organizadas em base de dados no programa Stata versão 13 (StataCorp, TX, EUA). Primeiramente, foi realizada análise estatística descritiva de

dados sócio demográficos das mães e dados de seus bebês como peso ao nascer, práticas de aleitamento materno e perfil de saúde. As prevalências de choro persistente e choro prolongado foram estimadas com seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). Comparações de proporções entre características maternas e das crianças foram realizadas pelo teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher, a um nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Figura 1 ilustra o fluxograma de bebês com choro persistente até as 12 semanas de vida e choro prolongado após as 12 semanas de vida, rastreados e perdas de seguimento. Ao todo, foram registrados 1494 partos não gemelares de nascidos vivos em Cruzeiro do Sul, Acre. Destes, 946 (63,3%) mães foram contatadas por telefone aos 30-45 dias de vida de seus filhos, observando-se 128 (13,3%; intervalo com 95% de confiança [IC95%]: 11,1-15,4) bebês com choro persistente sem motivo aparente. Aos três meses de vida, 97 bebês que apresentaram choro persistente aos 30-45 dias (75,8% dos 128) foram contatados por telefone, confirmando-se o choro prolongado em 18 bebês (18,6%; IC95%: 11,7-28,0%), correspondendo a 1,9% do total de entrevistados no puerpério (IC95%: 1,0-2,7%).

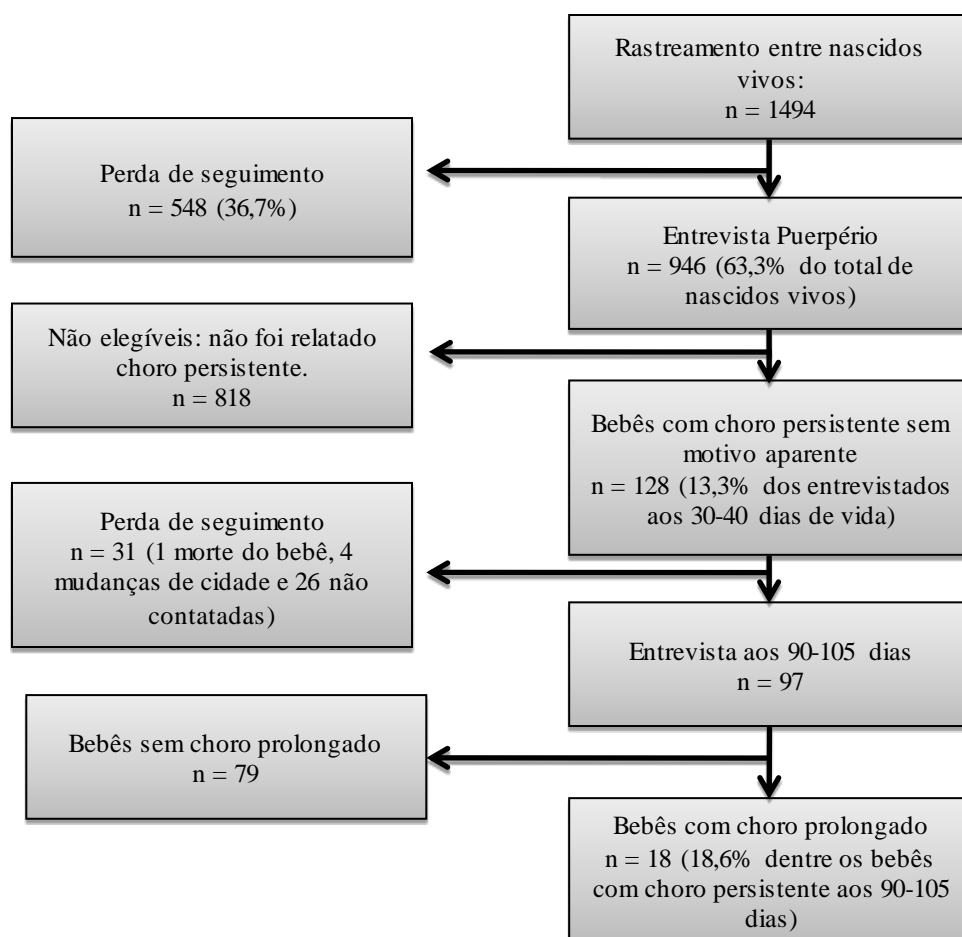


Figura 1. Fluxograma de rastreamento de bebês com choro prolongado, rastreados e perdas de seguimento entre bebês nascidos vivos na Maternidade do Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre. Estudo MINA, 2016.

A prevalência encontrada de bebês com choro persistente até as 12 primeiras semanas de vida foi de 13,3% (IC95%: 11,1-15,4) dentre os nascidos vivos contatados após o parto, enquanto a prevalência de choro prolongado após as 12 semanas de vida foi de 18,6% (IC95%: 11,7-28,0%) dos entrevistados aos três meses de vida. Em Santos et al, uma coorte de base populacional conduzida em Pelotas, Rio Grande do Sul a prevalência de bebês com choro prolongado após 12 primeiras semanas de vida foi de 11,9% (IC95%: 10,9% a 13%) em relação ao total de contatados (95,7%)⁷, a definição utilizada na identificação de bebês de choro prolongado é um fator relevante para diferentes prevalências. Santos et al definiu como critério para classificar o choro prolongado o seguinte questionamento para as mães “Em comparação com bebês da mesma idade, o seu bebê chora mais, menos ou mesmo?”.

Em Reijneveld et al., que analisou as diferentes prevalências de choro prolongado de acordo com as variações de definição do mesmo, encontrou prevalências de 2% a 2,4% (intervalo de confiança não informado) após 12 primeiras semanas de vida, neste estudo é possível observar o aumento da prevalência de bebês com choro prolongado de acordo com menores critérios para classificar o choro prolongado³.

A Alemanha apresenta alguns estudos sobre o comportamento do choro em bebês, estes diferentes estudos encontraram prevalências variáveis, em Petzoldt et al⁶., que realizou um trabalho prospectivo longitudinal com bebês atendidos no Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de Tecnologia de Dresden encontrou a prevalência de 10,1% (intervalo de confiança não informado) de bebês com choro prolongado após as 12 semanas de vida, enquanto Vik et al⁹., que estudou num modelo multicêntrico prospectivo envolvendo os países Alemanha, Bélgica, Espanha, Itália e Polônia, encontrou a prevalência de 2,0% (intervalo de confiança não informado). Em Wurmser et al., que conduziu um estudo transversal encontrou a prevalência de 12,7% (IC 95%: 11,9 a 24,1) entre os bebês alemães após 12 primeiras semanas de vida¹⁰. Apesar dos três estudos utilizarem o mesmo critério de para classificar o choro prolongado após as 12 semanas de vida, o que pode justificar as diferentes prevalências encontradas são os diferentes períodos e modo de análise, como é possível verificar na revisão da literatura descrita na Tabela 1.

As características maternas analisadas no presente estudo são apresentadas na Tabela 2. Houve associação estatisticamente significativa entre bebês de choro prolongado (após 12 semanas) e mães que recebiam auxílio financeiro do programa federal de repasse de renda “Bolsa Família”. Esse programa era direcionado a famílias com renda per capita de R\$85,00 reais por mês, sendo esta parte da população em maior risco de vulnerabilidade social. Em relação à cor da pele segundo auto relato, encontramos uma mãe indígena, três negras, cinco amarelas e 59 mães pardas de bebês com choro persistente até as 12 semanas de vida, e apenas uma mãe amarela e 15 pardas de bebês com choro prolongado após as 12 semanas de vida. Apenas duas mães eram fumantes e ambas de bebês com choro prolongado, nenhuma mãe disse consumir álcool durante a gestação (dados não apresentados em tabelas).

No presente estudo, a idade materna não apresentou diferença estatística entre mães de bebês com choro persistente e choro prolongado. Contudo, em estudo anterior, Santos et. al. observaram maior prevalência de choro prolongado entre mães com idade superior a 20 anos⁷. Em relação à variável escolaridade, em Santos et. al., mães com menos de 10 anos de estudos apresentaram maior associação com filhos com choro prolongado⁷; porém, esse item não apresentou diferença estatística em nosso estudo (Tabela 2).

Tabela 2. Características maternas de bebês de acordo com a classificação de choro e segundo variáveis sócio demográficas. Cruzeiro do Sul, Acre, 2016.

Variáveis	Bebês com choro persistente até 12	Bebês com choro prolongado	P
	semanas (N = 79)	após 12 semanas (N = 18)	
	N (%)	N (%)	
Idade (anos)*			
<20	22 (28)	6 (33)	0,643
≥20	57 (72)	12 (67)	
Escolaridade*			
≤ 12 anos	59 (75)	10 (56)	0,106
>12 anos	20 (25)	8 (44)	
Cor da pele**			
Não Branca	70 (89)	17 (94)	0,462
Branca	9 (11)	1 (6)	
Bolsa Família*	25 (32)	11 (65)	0,013
Mãe Chefe de família*	9 (11)	5 (28)	0,074
Vive com companheiro*	59 (77)	11 (65)	0,308
Primípara*	36 (47)	8 (47)	0,076
Parto*			
Normal	40 (51)	9 (50)	0,961
Cesária	39 (49)	9 (50)	
Rachadura na mama*	47 (59)	7(38)	0,112

* teste estatístico qui-quadrado.

** teste estatístico exato de Fisher.

Apesar de alguns estudos predizerem que o choro prolongado aumenta a prevalência de distúrbios comportamentais e emocionais⁴, ou ser ainda um marcador para déficits cognitivos na infância⁵, estes achados são vistos quando os bebês de choro prolongado atingem idades maiores, não sendo possível verificar tais resultados aos três meses de vida.

As características dos bebês do presente estudo segundo classificação de choro persistente e choro prolongado podem ser observadas na Tabela 3. Não houve diferença estatisticamente significativa entre bebês com choro persistente e choro prolongado segundo sexo, peso ao nascer, uso de mamadeira ou chupeta e exposição regular ao sol.

Tabela 3. Características de bebês de acordo com classificação de choro. Cruzeiro do Sul, Acre, 2016.

Variáveis	Bebês com choro persistente até 12 semanas (N = 79) N(%)	Bebês com choro prolongado após 12 semanas (N = 18) N (%)	P
Sexo*			
Feminino	40 (51)	7 (39)	0,368
Masculino	39 (49)	11 (61)	
Peso ao nascer**			
Peso adequado	66 (84)	17 (94)	0,159
Mamadeira**	64 (81)	14 (78)	0,489
Chupeta e/ou bico*	21 (68)	6 (33)	0,890
Banho de sol*	68 (86)	13 (72)	0,153

* teste estatístico qui-quadrado.

** teste estatístico exato de Fisher.

No presente estudo, alguns problemas de saúde foram relatados sem diferenças estatísticas entre os grupos de bebês com choro persistente e choro prolongado (Tabela 4). Apenas a variável “sangue nas fezes” apresentou um valor estatisticamente significativo ($P < 0,05$); contudo, esse resultado pode ser uma observação ao acaso devido pequeno número total de crianças com choro prolongado. Não foram relatados casos de malária e problemas de ouvido; somente um bebê teve dengue e dois tiveram pneumonia (todos casos de bebês com choro persistente). Entre os bebês com choro persistente, quatro precisaram de internação e apenas um bebê de choro prolongado necessitou de internação. No total, seis bebês nasceram de parto prematuros, sendo estes de choro persistente. Cinco bebês de choro persistente e apenas um bebê de choro prolongado precisaram de reanimação após o parto. Em relação ao peso ao nascer, cinco bebês de choro persistente e um bebê de choro prolongado apresentaram baixo peso ao nascer, oito bebês de choro persistente nasceram macrossômicos e nenhum bebê de choro prolongado apresentou tal característica (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 4. Problemas de saúde de bebês de acordo com classificação de choro. Cruzeiro do Sul, Acre, 2016.

Variáveis	Bebês com choro persistente até	Bebês com choro prolongado	P
	12 semanas (N = 79) N (%)	após 12 semanas (N = 18) N (%)	
Medicação*	56 (17)	11 (61)	0,418
Diarreia*	18 (23)	5 (28)	0,653
Sangue nas fezes*	7 (9)	5 (28)	0,028
Febre*	54 (68)	13(72)	0,749
Chiado no peito*	45 (57)	10 (56)	0,913

* teste estatístico qui-quadrado.

** teste estatístico exato de Fisher.

Segundo Douglas & Hill, há uma ligação importante entre dificuldades de alimentação e choro excessivo. Os autores destacam que atualmente os especialistas concordam que a recusa para alimentar e o choro prolongado não estão relacionados com o refluxo gastroesofágico, como era pensado anteriormente²¹. Assim, a associação entre problemas de alimentação e choro excessivo bem como a importância de lidar com dificuldades de alimentação precoce e manejo inadequado do aleitamento materno é importante fator de confusão em pesquisas sobre bebês chorões²².

De acordo com a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras, sendo um indicador bastante heterogêneo entre as regiões e brasileiras. Na região Norte, a maioria dos municípios apresentou prevalências de AME em menores de seis meses inferiores à média nacional, sobretudo no Acre, onde Cruzeiro do Sul apresentou uma prevalência de 28,4%²³.

Entre os bebês de choro prolongado deste estudo, a prevalência de aleitamento materno exclusivo ficou muito aquém do encontrado pelas pesquisas nacionais realizadas, ficando abaixo de 10% dos bebês. Muitos estudos mostram que as mães utilizam o choro para determinar quando o seu bebê está com fome ou para iniciar a alimentação complementar²⁴⁻²⁹. No presente estudo, a prevalência observada de alimentação complementar precoce foi de 90% nos bebês com choro persistente e 89% nos bebês de choro prolongado, como mostra a Tabela 5. Entre as 87 mães que iniciaram a alimentação complementar até os 3 meses de vida de seus bebês, 43 (49%) mães relataram que não adicionavam açúcar nas preparações ofertadas para os bebês. As demais 44 mães (51%) informaram usar açúcar para adoçar bebidas ou alimentos para os bebês, observando-se que 12 mães adicionavam em três ou mais preparações e 32 mães adicionavam em duas ou menos preparações. As seguintes preparações foram relatadas para adição de açúcar: leite de vaca, leite em pó, água, chá, fórmula infantil, massa de macaxeira, entre outras.

Para dar suporte e segurança às mães dos bebês de choro prolongado é importante que o apoio comece na consulta com o profissional de saúde, que deve estar atento e interessado em ajudar, revendo atuais práticas de cuidado e adequando-se às necessidades maternas e infantis².

Torna-se cada vez mais inegável que a primeira infância, interfere no desenvolvimento da criança, sendo os primeiros anos de vida saudáveis ou não, representa consequências para o seu comportamento, saúde e perfil nutricional na idade adulta. Portanto, a construção de uma cooperação terapêutica através da empatia vai permitir que o pediatra ou outro profissional de saúde seja um observador ativo e eficaz para elucidar as questões relacionadas ao choro prolongado².

Tabela 5. Perfil nutricional de bebês de acordo com classificação de choro prolongado choro. Cruzeiro do Sul, Acre, 2016.

Variáveis	Bebês com choro persistente até 12 semanas (N = 79) N (%)	Bebês com choro prolongado após 12 semanas (N = 18) N (%)	P
Aleitamento materno exclusivo**	8 (10)	2 (11)	0,901
Amamentado na primeira hora após o parto**	66 (90)	14 (82)	0,341
Amamenta**	73 (92)	15 (83)	0,217
Recebeu água*	61 (77)	13 (72)	0,653
Recebeu chá*	36 (46)	8 (44)	0,931
Recebeu leite de vaca**	5 (6)	2 (11)	0,385
Recebeu leite em pó*	31 (39)	7 (39)	0,978
Recebeu fórmula infantil*	33 (42)	5 (28)	0,272
Recebeu massa de macaxeira*	32 (41)	7 (39)	0,899

* teste estatístico qui-quadrado.

** teste estatístico exato de Fisher.

CONCLUSÃO

No presente estudo, o choro prolongado (após 12 semanas) não foi associado ao desmame precoce e à introdução precoce de alimentos, visto que os bebês com choro prolongado aos 3 meses de vida apresentaram perfil nutricional semelhante quando comparados aos bebês com choro persistente até 12 semanas de vida.

É importante ressaltar que apenas 10% e 11% dos bebês com choro persistente e choro prolongado, respectivamente, recebiam aleitamento materno exclusivo aos três meses de idade, quando a Organização Mundial de Saúde preconiza aleitamento exclusivo até os seis primeiros meses de vida. Dessa forma, reforçamos a importância de práticas educativas e de conscientização dos pais ou cuidadores e profissionais de saúde acerca da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida, especialmente para os bebês com choro prolongado, considerando-se evidências que sugerem maior risco para hiperatividade e atraso no desenvolvimento cognitivo na fase escolar entre bebês com choro prolongado após 12 semanas de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunziker UA, Barr RG. Increased Carrying Reduces Infant Crying: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 1986; 77: 641-648.
2. Halpern R, Coelho R. Excessive crying in infants. *Jornal de Pediatria*, 2016; 92(31): 40-45.
3. Reijneveld S, Brugman E, Hirasing R. Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics*, 2001;108: 893-7.
4. Kim JS. Excessive crying: behavioral and emotional regulation disorder in infancy. *Korean J Pediatr*, 2011; 54: 229-33.
5. Rao MR, et al. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child*, 2004; 89: 989-992.
6. Petzoldt J, et al. Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. *Arch Dis Child*, 2014; 99: 800-806.
7. Santos IS, et al. Excessive crying at 3 months of age and behavioural problems at 4 years age: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 2015; 69:654-659.
8. Ibeziako NS, Ibekwe RC, Ibe BC. Mother's perception of excessive crying in infancy in south eastern Nigeria. *Niger J ClinPract*. 2009;12(3): 258-61.
9. Vik T, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *ActaPædiatrica*. 2009;98, 1344-1348
10. Wurmser H, Laubereau B, Herman M, et al. Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Hum Dev* 2001;64:1-6. 9.
11. Smarius et al. Excessive infant crying doubles the risk of mood and behavioral problems at age 5: evidence for mediation by maternal characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2016.
12. Wolke D, Rizzo P, Woods S. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*, 2002; 109: 1054-60.

13. Barr RG, et al. Maternal frustration emotional and behavioural responses to prolonged infant crying. *Infant. Behavior & Development*, 2014; 37:652–664.
14. Landgren K, Kvorning N, Hallström I. Acupuncture reduces crying in infants with infantile colic: a randomised, controlled, blind clinical study. *AcupunctMed*, 2010; 28:174–179.
15. Marcon ACC, Vieira MC, Morais MB. Pediatrician's knowledge on the management of the infant who cries excessively in the first months of life. *Rev Paul Pediatr*, 2014; 32(2):187-92.
16. Célia SAH, Halpern R. A consulta terapêutica: a importância da intervenção precoce na primeira infância. In: Halpern R, editor. *Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento*. Barueri(SP): Manole; 2015. p. 73---82.
17. Underdown A, Barlow J, Chung V, Stewart Brown S. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. *CochraneDatabaseSyst Rev*.2006;18:CD005038.
18. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas de população*. 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm. Acesso em: 7 dezembro 2015.
19. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=120020&idtema=118&search=acre%7Ccruzeiro-do-sul%7C%3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm>> Acesso em: 7 dezembro 2015.
20. SESACRE. *Hospital da Mulher e da Criança do Juruá*. 2010. Disponível em: <http://www.saude.ac.gov.br>>. Acesso em: 7 dezembro 2015.
21. Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ*. 2011; 343: d7772

22. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/ or feeding in infancy and long-term behavioral outcomes in childhood: a meta analysis. *ArchDisChild* 2011;96:622-9.
23. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009; [citado 2010 Jun 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf.
24. Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal feeding practices and childhood obesity: a focus group study of low-income mothers. *Arch PediatrAdolesc Med*. 1998;152(10):1010 –1014
25. Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, AfricanAmerican, adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. *SocSci Med*. 1999;49(8):1085–1100
26. Corbett KS. Explaining infant feeding style of low-income black women. *J PediatrNurs*. 2000;15(2):73– 81
27. Heinig MJ, Follett JR, Ishii KD, KavanaghProchaska K, Cohen R, Panchula J. Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *J Hum Lact*. 2006;22(1):27–38
28. Hodges EA, Hughes SO, Hopkinson J, Fisher JO. Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. *Appetite*. 2008;50(2–3):333–339
29. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Predictors of early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *BMC Pediatr*. 2009;9:60 – 69