

**CHORO EXCESSIVO PRIMÁRIO EM LACTENTES  
PRIMARY EXCESSIVE CRYING IN INFANTS**

Ana Sofia Branco, Armando Fernandes, Fernanda Torgal Garcia, Rosa Gouveia  
Unidade de Desenvolvimento – Serviço de Pediatria - Hospital de Santa Maria

**Correspondência:**

Armando Fernandes  
Unidade de Desenvolvimento  
Serviço de Pediatria  
Hospital de Santa Maria  
Av. Prof. Egas Moniz  
1649-035 Lisboa  
e-mail: [amrf@mail.telepac.pt](mailto:amrf@mail.telepac.pt)

## **RESUMO**

Os autores efectuaram um estudo com o objectivo de investigar a prevalência de choro excessivo em lactentes com idades compreendidas entre um e os quatro meses, bem como as técnicas de consolo utilizadas em relação com a caracterização sociodemográfica da população em estudo.

Foram realizados inquéritos a mães de lactentes com idades compreendidas entre um e quatro meses em consultas de saúde infantil na área de Lisboa versando características sociodemográficas, comportamento do choro e técnicas de consolo utilizadas pelos pais.

O choro excessivo ocorre mais frequentemente em raparigas, primogénitos, filhos de mães com escolaridade inferior e lactentes alimentados com fórmula infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Choro excessivo, lactente, alimentação

## **SUMMARY**

A study was made with the aim to investigate the prevalence of excessive crying in children between 1 and 4 months old, as well as the techniques of consolation used by the parents in relation with the socio-demographic characteristics of the population studied.

The mothers of the infants answered questionnaires, in health consultations in Lisbon, about socio-demographic characteristics, crying behavior and techniques used by the parents to calm their babies.

Excessive crying is more frequent in girls, first borns, children of mothers with lower degree of studies and infants who were formula-fed.

**KEY-WORDS:** Excessive crying, infant, feeding

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX surgiu um enorme interesse no comportamento do choro em lactentes tanto como um fenómeno de desenvolvimento como um problema clínico(1).

O padrão normal de choro nos primeiros meses de vida foi descrito pela primeira vez por Brazelton, em 1962, caracterizando-se por um aumento rápido da sua quantidade até às seis semanas e posteriormente uma diminuição até aos quatro meses(2;3) (1;2;4;5). Cerca de 40% do total do choro diário de cada lactente surge ao fim da tarde e durante a noite(2;5;6) e é mais evidente no segundo mês de vida.(1-3;7) No entanto, existem grandes diferenças individuais(1;4) que estão dependentes do próprio lactente, nomeadamente do seu temperamento(4), do estilo e da qualidade dos cuidados parentais prestados (o que não tem sido consensual)(1;2;5;5;8), entre outros. Estas diferenças são mais evidentes por volta das seis semanas de idade, o que corresponde ao pico da distribuição do choro excessivo primário em lactentes pequenos(1).

Este padrão de choro parece reflectir alterações maturacionais fisiológicas (1;3) e tem-se mantido constante ao longo do tempo, em diferentes grupos e em populações normais, através de vários métodos de registo (diários, entrevistas, questionários, gravações áudio e/ou vídeo)(1-3).

A diminuição da quantidade de choro após as seis semanas de idade pode reflectir a emergência de novas capacidades de regulação e de comunicação, que substituem ou obviam a necessidade do choro para recrutar influências reguladoras externas(1-3).

A quantidade de choro diário diminui com o menor intervalo entre as refeições, o menor tempo de resposta materna e com a maior quantidade de tempo ao colo(1;2;4).

De acordo com estudos efectuados na Finlândia e na Suécia (*Grupo de Choro Escandinavo*), na década de 60, existem diversos tipos de choro e que podem ser distinguidos através das suas características acústicas(1;9). De acordo com outros autores existem quatro tipos de choro essenciais: o do nascimento, o da fome, o da birra e o da doença.

O choro excessivo constitui um dos motivos mais frequentes de consulta em cuidados de saúde primários nos primeiros meses de vida(7), atingindo entre 9 e 26% dos lactentes com idade inferior a quatro meses(3;6;8). Em Portugal, a prevalência de choro excessivo é ainda desconhecida.

Existem inúmeras definições para esta entidade. A definição adoptada neste trabalho corresponde à tríade modificada de Wessel: duração de choro superior a três horas diárias, em mais de três dias por semana(6;8). Existem, no entanto, definições mais subjectivas, nomeadamente quando existe uma constatação materna de que o lactente chora muito ou é difícil de consolar(8).

A etiologia do choro excessivo é controversa. Já foram implicados factores como: o temperamento do lactente(4), as alterações maturacionais, nomeadamente o atraso de desenvolvimento e de maturação do sistema nervoso parassimpático ou a transição do ciclo sono-vigília de 4 para 24 horas(7), a deficiente prestação de cuidados parentais e,

mesmo, as diferenças culturais(2;3;8). Apenas em 5% dos casos é possível identificar uma patologia orgânica subjacente. Actualmente, é defendida a teoria da responsividade transitória(10) que defende que o choro excessivo é resultante de uma deficiência temporária dos processos de regulação do lactente, que estará resolvida após os quatro meses.

O choro excessivo é uma entidade benigna na maioria dos casos, mas pode conduzir a consequências a curto e a longo prazo, nomeadamente: à interrupção prematura do aleitamento materno, à introdução precoce de alimentos sólidos, à mudança frequente da fórmula infantil, à irritabilidade e à frustração maternas, à diminuição da interacção mãe-lactente, ao aumento do risco de abuso físico (*shaken baby syndrome*)(7), a alterações comportamentais na idade pré-escolar, à hiperactividade e a perturbações do sono(7).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foram efectuados inquéritos a mães de lactentes com idades compreendidas entre um e quatro meses, em consultas de Saúde Infantil, na área da grande Lisboa (Centros de Saúde de Oeiras (35 lactentes) e de Cascais (35 lactentes), e Centro Pediátrico de Telheiras (36 lactentes)), num total de 106 díadas.

Foram incluídos todos os lactentes de termo (idade gestacional entre 37 e 42 semanas), saudáveis (inclusivé lactentes com fenilcetonúria ou hipotireoidismo desde que estáveis do ponto de vista metabólico ou endocrinológico).

Os inquéritos foram realizados nas duas primeiras semanas de Setembro e Dezembro de 2000 e Março e Junho de 2001.

Os dados foram recolhidos por questionário, preenchidos por dois dos autores (Ana Sofia Branco e Armando Fernandes), em que constavam questões sobre a quantidade total de choro em média de horas diárias, se o lactente chorava muito, se era difícil ou fácil de consolar ou se não se enquadrava em nenhum dos três comportamentos descritos. Os dados socio-demográficos incluíam a idade e o sexo do lactente, a ordem na fratria, a origem étnica, a escolaridade materna e o tipo de alimentação efectuada pelos lactentes. O nível educacional da mãe foi era definido como baixo (escola primária ou ciclo preparatório), ou elevado (escola secundária ou educação pós-secundária). Eram, ainda, interrogadas as técnicas de consolo mais frequentes para o choro.

### **Exploração dos dados**

Todos os dados foram introduzidos numa base de dados especialmente elaborada para o efeito (Microsoft Access<sup>®</sup>).

A análise descritiva dos dados foi feita numa folha de cálculo (Microsoft Excel<sup>®</sup>) e no programa estatístico e de representação gráfica (XlStat<sup>®</sup>).

## RESULTADOS

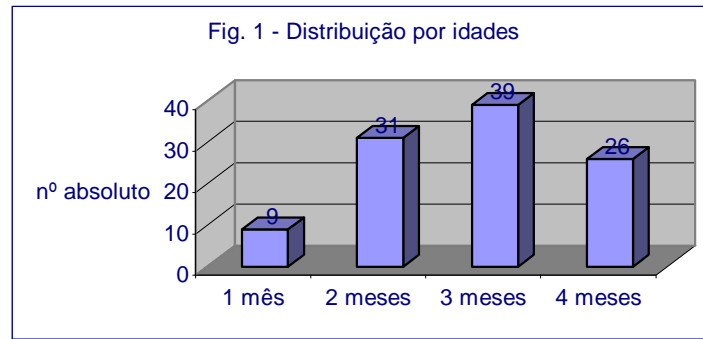
### Características da população

As características da população encontram-se sumariadas na tabela 1.

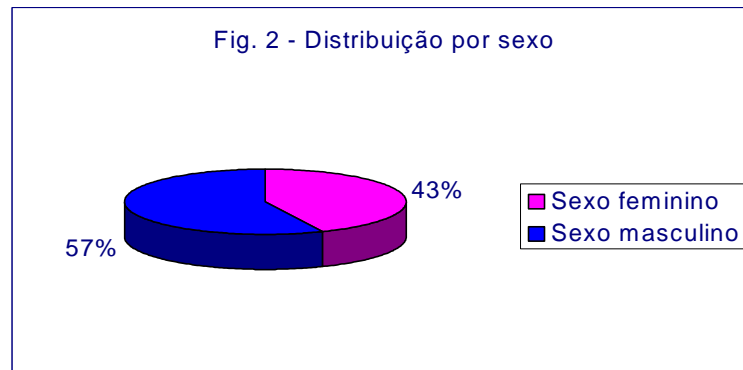
**Tabela 1 – Características da população**

Características	N	%
<b>Características sociodemográficas</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	46	43,4
Masculino	60	56,6
<b>Paridade</b>		
Primeiro filho	65	61,3
Segundo filho	41	38,7
<b>Origem étnica</b>		
Branca	89	83,9
Negra	14	12
Indiana	2	1,9
Cigana	1	1
Outra	0	0
<b>Educação da mãe</b>		
Elevada	75	70,8
Baixa	31	29,2
<b>Tipo de alimentação</b>		
Amamentação	43	40,6
Fórmula artificial	42	39,6
Misto	21	19,8
<b>Comportamento do choro</b>		
<b>&gt;3h/24h</b>		
Sim	33	30,2
Não	73	69,8
<b>Chora muito</b>		
Sim	42	39,6
Não	64	60,4
<b>Difícil de consolar</b>		
Sim	26	24,5
Não	80	75,5

A média de idades dos lactentes estudados foi de 3,01 meses com uma mediana de 3 meses e uma desvio padrão de 0,92 meses. Dos 106 lactentes, 9 tinham 1 mês de idade, 31 tinham 2 meses, 39 tinham 3 meses e 26 tinham 4 meses (Fig. 1).



A distribuição por sexo revelou que 56,6% dos lactentes pertenciam ao sexo masculino e 43,4% ao sexo feminino (Fig. 2).

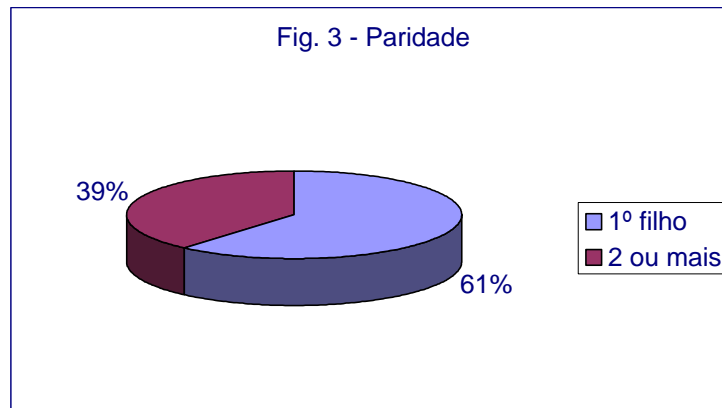


Nenhum dos lactentes apresentava diagnóstico de fenilcetonúria e/ou de hipotireoidismo congénito.

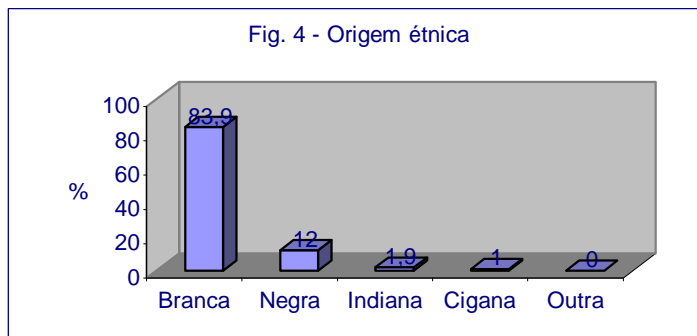
A frequência determinada de choro excessivo foi superior no sexo feminino, com uma percentagem de 34,7 %, enquanto que para o sexo masculino a percentagem foi de 26,6 %.

Para 61,3% das mães, o lactente era o seu primeiro filho, enquanto que as restantes 38,7% tinham mais filhos (Fig. 3).

A frequência de choro excessivo determinada para primogénitos foi de 32,3% enquanto que para segundos ou mais filhos foi de 26,8%.

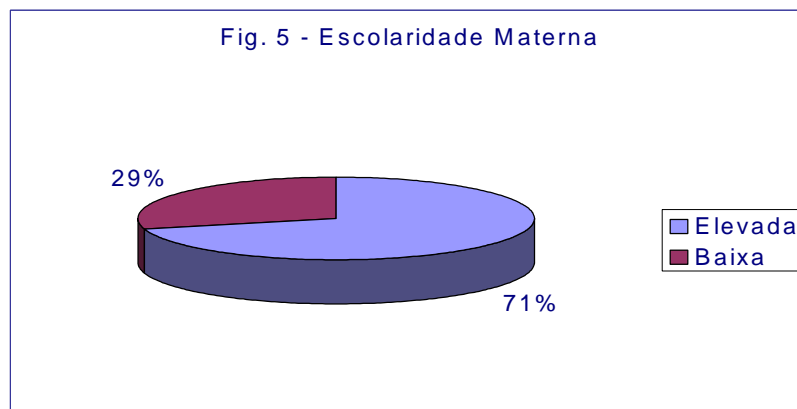


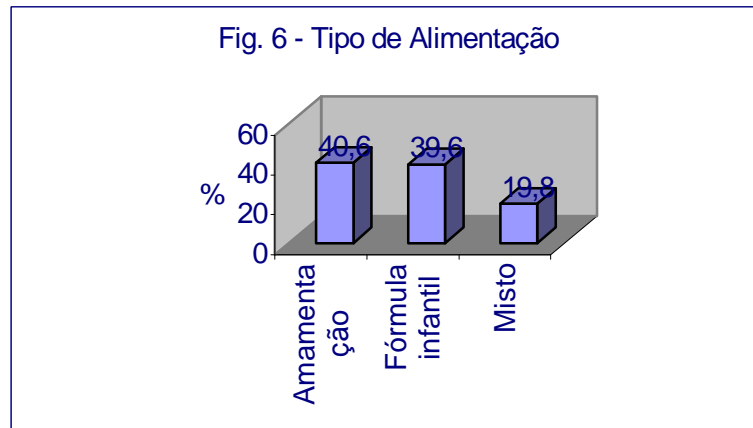
A origem étnica das díadas englobadas no trabalho foi branca em 83,9%, negra em 12%, indiana em 1,9% e cigana em 1% dos casos respectivamente. Não foi calculada a frequência de choro de acordo com a origem étnica dado o número diminuto de casos na raça indiana e cigana (Fig. 4).



A maioria das mães (70,8%) tinham cumprido a escolaridade obrigatória (9º ano de escolaridade) enquanto que 29,2% não tinham atingido este limiar (Fig. 5).

A frequência de choro excessivo determinada foi superior para os lactentes filhos de mães que não tinham cumprido a escolaridade obrigatória (38,7%) enquanto que para os filhos de mães que tinham atingido esta meta foi de 26,6%.



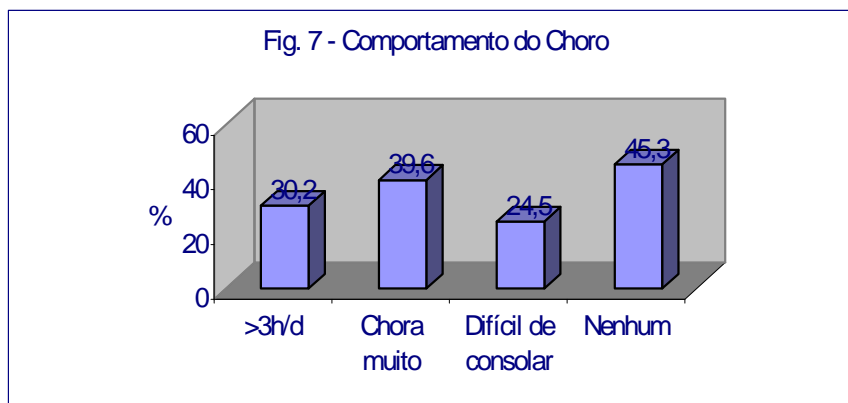


Entre os tipos de alimentação pesquisados, o mais frequente foi o aleitamento materno exclusivo em 40,6% seguido da fórmula artificial em 39,6% dos casos e de alimentação mista (aleitamento e suplemento) em 19,8% (Fig. 6).

A frequência de choro excessivo obtida foi superior para os lactentes alimentados com fórmula infantil (40,4%). Os lactentes amamentados exclusivamente apresentaram valores de 18,6% e os alimentados com alimentação mista de 33,3%.

### Comportamento do Choro

As prevalências globais de “chora três ou mais horas nas 24 horas”, “chora muito” e “difícil de consolar” foram de 30,2%, 39,6% e 24,5 %, respectivamente. Em menos de metade dos lactentes (45,3%) não se encontrava presente nenhum dos comportamentos pesquisados. Dos lactentes que “choram excessivamente” apenas 14,1% preenchem os três comportamentos (Fig. 7).





**Técnicas de Consolo** (Tabela 2)

O questionário fornecido incluía diversas técnicas de consolo, entre as quais técnicas inofensivas intercaladas com outras que poderiam ser lesivas para o lactente. Entre as técnicas mais frequentemente adoptadas encontram-se: pegar ao colo (91,5%), embalar (76,4%), chucha (63,2%) e aconchegar (50,9%).

Os medicamentos mais frequentemente utilizados foram, por ordem decrescente, os medicamentos para as cólicas em 53,8% dos casos, os laxantes em 17% e os analgésicos em 3,8%. Não foi referida a administração de hipnóticos ou sedativos, nem de medicamentos para o refluxo gastro-esofágico.

Algumas mães (14,2%) referiram “abandar” os seus filhos para os consolarem. Não foram referidas alterações dietéticas, nomeadamente interrupção de aleitamento materno ou alteração de fórmula infantil. Outras das técnicas não referidas foram abafar e bater.

**Tabela 2 – Técnicas de consolo**

<b>Técnica de Consolo</b>	<b>n</b>	<b>sim (%)</b>
Deixar na cama	13	12,3
Segurar e dar colo	97	91,5
Passear de carrinho	45	42,5
Passear de automóvel	20	18,9
Música	51	48,1
Embalar	81	76,4
Chucha	67	63,2
Banho	21	19,8
Massagem	40	37,7
Chá de ervas	4	3,8
Deixar chorar	16	15,1
Biberão nocturno	19	17,9
Aconchegar	54	50,9
Deitar em pronação	37	34,9
Parar amamentação	6	5,7
Mudar de marca de leite	0	0
Admoestar	4	3,8
Abafar	0	0
Abandar	15	14,2
Bater	0	0
Med. para cólicas	57	53,8
Med. para RGE	0	0
Hipnóticos e sedativos	0	0
Analgésicos	4	3,8
Laxantes	18	17

## DISCUSSÃO

O choro é um comportamento simples mas que se reveste de enorme complexidade. Nas últimas décadas foram efectuados inúmeros estudos na tentativa de determinar as suas características, a existência de diversos tipos de choro ou mesmo as suas possíveis etiologias.

O choro excessivo, principalmente, dada a inerente preocupação provocada nos pais, constitui um dos motivos mais frequentes de consulta médica neste grupo etário e tem sido alvo de diversos trabalhos científicos.

O principal objectivo do nosso trabalho foi determinar a prevalência de choro excessivo na população de uma região urbana, nomeadamente do concelho de Lisboa, utilizando uma definição objectiva, a tríada modificada de Wessel. Esta definição tem sido utilizada em múltiplos estudos dada a sua importância na quantificação da duração do choro (2;7;10).

De acordo com esta definição a prevalência obtida neste trabalho foi de 30,2%, valor este sobreponível ao de outros estudos efectuados (2;4;7;10). Na tentativa de avaliar a influência materna na definição de choro excessivo foram utilizadas duas outras definições, estas de natureza subjectiva (chorar muito e difícil de consolar). As prevalências obtidas de acordo com estas definições foram de 39,6 e 24,5%, respectivamente embora sem significado estatístico. Do total de crianças incluídas 45,3% não apresentavam nenhum dos comportamentos inquiridos.

Conclui-se, assim, que a prevalência global de choro excessivo é variável consoante a definição utilizada(8).

Com base na literatura, a frequência de choro excessivo é superior no sexo masculino(8) ou não existe domínio de nenhum dos sexos(5), o que não acontece neste trabalho, em que o valor calculado para o sexo feminino foi de 34,7% enquanto que para o sexo masculino foi de 26,6%.

Apesar de primogénitos e segundos filhos chorarem a mesma quantidade de tempo, os pais, por várias razões, procuram ajuda mais precocemente nos primogénitos. Constatase, assim, que a paridade pode influenciar a resposta materna ao choro do lactente. A frequência de choro excessivo determinada para primogénitos foi de 32,3% enquanto que para segundos ou mais filhos foi de 26,8% consensualmente com trabalhos publicados.(8). Esta relação não foi, no entanto, estabelecida em outros estudos realizados.(7)

A origem étnica das díadas incluídas no estudo não permitiu inferir conclusões estatísticas comparativas acerca da frequência de choro excessivo nas diferentes minorias étnicas. Os resultados apresentados por outros autores demonstram que a origem étnica pode influenciar a frequência de choro excessivo.(8)

A análise do grau educacional das mães inquiridas revelou que 70,8% dos casos tinham escolaridade obrigatória e 29,2% não teriam completado o 9º ano de escolaridade. A frequência de choro excessivo determinada foi superior para os lactentes filhos de mães sem escolaridade obrigatória (38,7%) enquanto que para os filhos de mães que tinham

atingido esta meta foi de 26,6%. Neste item específico, os dados obtidos foram opostos aos resultados de outros trabalhos publicados enquanto outros afirmam não existir influência da escolaridade na frequência de choro excessivo.(5;7;8)

Da comparação dos valores obtidos para a frequência de choro excessivo em lactentes alimentados com fórmula infantil, aleitamento materno exclusivo ou alimentação mista foi possível concluir que a mesma é superior para os lactentes alimentados com fórmula infantil (40,4%). Os lactentes que efectuam amamentação apresentam valores de frequência de 18,6% enquanto que para os que efectuam alimentação mista os valores aumentaram para 33,3%. Estes resultados são semelhantes aos de outros trabalhos realizados anteriormente (7;8) enquanto outros afirmam que o choro excessivo está mais relacionado com a forma como a criança é alimentada do que com o conteúdo da refeição(4).

As técnicas de consolo mais frequentemente adoptadas foram pegar ao colo, embalar e aconchegar, resultados estes consensuais com a literatura. Estas últimas técnicas são consideradas as mais eficazes(2;6).

Algumas mães, nomeadamente as que não apresentavam escolaridade obrigatória tinham uma maior tendência para utilizar técnicas de consolo que poderiam ser lesivas para o lactente. Um dos comportamentos referido foi o de “abanar”, já descrito na literatura consultada(8).

Foram referidas outras técnicas não mencionadas no questionário, nomeadamente: cantar, conversar e ver televisão.

Nenhuma das mães inquiridas assinalou alteração de fórmula infantil como técnica para consolar o seu lactente. As alterações no tipo de alimentação com base na insuficiência do aleitamento materno ou intolerância às proteínas do leite de vaca não são isentas de feitos secundárias pelo que não deverão ser aconselhadas por rotina(2).

Entre as técnicas não assinaladas constavam ainda bater ou abafar, tal como em outros trabalhos efectuados(8).

A abordagem de uma criança com choro excessivo é difícil dado que não existe nenhum tratamento curativo imediato, somente terapêuticas paliativas. Entre estas incluem-se a redução de estimulação, através da colocação do lactente em ambientes calmos, com luminosidade reduzida, som ambiente monótono e manuseamento mínimo. Algumas técnicas como embalar, andar, passear de carro e utilização de chuchas podem reduzir a quantidade de choro, bem como a manutenção de horários previsíveis com sono nocturno(2). Apesar da existência de diversas opções terapêuticas nomeadamente antiácidos, sedativos, anti-espasmódicos e os medicamentos para as cólicas, alterações dietéticas, nenhuma se revelou eficaz e algumas podem eventualmente ser perigosas, como por exemplo o uso de sedativos(2). No questionário foram incluídas outras técnicas, como a eventual utilização de terapêuticas farmacológicas, especificamente medicamentos para as cólicas, para o refluxo gastro-esofágico, os hipnóticos e os sedativos, os analgésicos e os laxantes. Os mais frequentemente utilizados foram, por ordem decrescente, os medicamentos para as cólicas em 53,8% dos casos, os laxantes em 17% e os analgésicos em 3,8%. Não foi referida a administração de hipnóticos ou sedativos, nem de medicamentos específicos para o refluxo gastro-esofágico.

Uma das técnicas habitualmente relacionada com determinados grupos culturais é a ingestão de chá de ervas para acalmar as crianças. Na amostra incluída neste estudo não foi possível demonstrar essa relação, embora esta tenha sido mencionada em 3,8% dos casos(8).

Não foi objectivo deste trabalho averiguar as eventuais consequências a curto e a longo prazo do choro excessivo. Sabe-se, no entanto, que o prognóstico ao nível físico e de desenvolvimento, em geral, é excepcionalmente bom(10). Além do pequeno mas extremamente importante grupo de lactentes cujo choro persiste devido a uma patologia orgânica subjacente ou que são alvo de abuso físico, a evidência de patologia após os quatro meses é quase inexistente(10). No entanto, deste pequeno grupo, sabe-se que cerca de 25% serão crianças vulneráveis e/ou “difíceis”(10). Não se sabe, ainda, se tal pode trazer efeitos negativos. A nível familiar, a consequência mais frequente é o aparecimento de alterações da auto-estima e depressão maternas, pelo menos, transitoriamente, bem como perturbação das relações familiares(10). Por último, outras das possíveis consequências é o desenvolvimento de “insecure ou resistant attachments”(10).

Foi equacionada uma hipótese para o desenvolvimento de efeitos negativos em lactentes com choro excessivo denominada de “double hit”(10). Esta propõe que as consequências negativas do choro excessivo são consequência não do choro excessivo *per se*, mas da interacção entre o lactente com choro excessivo e um contexto familiar de risco.

Torna-se portanto de vital importância determinar, não só quais os lactentes que poderão apresentar uma patologia orgânica subjacente ao choro excessivo (para os quais poderão existir terapêuticas específicas), mas também quais as famílias em risco de desenvolver consequências nefastas(8;10) (para as quais deverão ser implementados programas de apoio de forma a evitar preventivamente prognósticos mais reservados) .

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Barr RG. The normal crying curve: what do we really know? *Dev Med Child Neurol* 1990; 32: 356-62.
- (2) Barr RG, Elias MF. Nursing interval and maternal responsivity: effect on early infant crying. *Pediatrics* 1988; 81(4): 529-36.
- (3) St James IR, Bowyer J, Varghese S, Sawdon J. Infant crying patterns in Manali and London. *Child Care Health Dev* 1994; 20:323-37.
- (4) Barr RG, Kramer MS, Pless IB, Boisjoly C, Leduc D. Feeding and temperament as determinants of early crying/fussing behavior. *Pediatrics* 1989; 84: 514-21.
- (5) Keller H, Lohaus A, Völker S, Cappenberg M, Chasiotis A. Relationships between infant crying, birth complications and maternal variables. *Child Care Health Dev* 1998; 24: 377-94.
- (6) Michelsson K, Rinne A, Paaanen S. Crying, feeding and sleeping patterns in 1 to 12-month-old infants. *Child Care Health Dev* 1990; 16: 99-111.
- (7) Baildam EM, Hillier VF, Ward BS, Bannister RP, Bamford FN, Moore WO. Duration and pattern of crying in the first year of life. *Dev Med Child Neurol* 1995; 37: 345-53.
- (8) van der Wal MF, van der Boom DC, Pauw-Plomp H, Jonge GA. Relatos das mães do choro e consolo dos lactentes numa população multicultural. *Actualidade Pediatria* 1998; VI: 345-52.
- (9) Wasz-Höckert O, Lind J, Vuorenskoski V, Partanen T, Valanné E. The infant cry. Lind J, Vuorenskoski V, Partanen T, Valanné E, Eds. A Spectrographic and Auditory Analysis. Clin Dev Med 29. Spastics International Medical Publications in Association with Williams Heinemann Medical Books, Ltd, 1968.
- (10) Barr RG, Hopkins B, Green JA. Crying as a sign, a symptom, and a signal. Clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying. Clin Dev Med 152. London, Mac Keith Press, 2000.

**Anexo – Questionário sobre Choro e Consolo em Lactentes de 2, 3 e 4 Meses**