



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**TRAUMA CRANIANO VIOLENTO: CONHECIMENTO
PARENTAL E AVALIAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO**

Nahara Rodrigues Laterza Lopes



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**TRAUMA CRANIANO VIOLENTO: CONHECIMENTO
PARENTAL E AVALIAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO**

Nahara Rodrigues Laterza Lopes¹

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

São Carlos
Fevereiro de 2013

¹ Bolsista CNPq de março de 2011 a fevereiro de 2013.

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

L864tc

Lopes, Nahara Rodrigues Laterza.

Trauma craniano violento : conhecimento parental e avaliação de material informativo / Nahara Rodrigues Laterza Lopes. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
130 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Psicologia do desenvolvimento. 2. Violência intrafamiliar. 3. Crianças – maus-tratos. 4. Trauma craniano violento. I. Título.

CDD: 155 (20^a)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Nahara Rodrigues Laterza Lopes

São Carlos, 07/02/2013

Prof.^a Dr.^a Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.^a Dr.^a Karyne de Souza Augusto Rios
Centro Universitário Adventista de São Paulo/UNASP

Prof.^a Dr.^a Débora de Hollanda Souza - UFSCar
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 09h30 no dia 07/02/2013.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Prof.^a Dr.^a Karyne de Souza Augusto Rios

Prof.^a Dr.^a Débora de Hollanda Souza

Homologada pela CPG-PPGpsi na

_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Azair Liane Matos do Canto de Souza
Coordenadora do PPGpsi

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender e, se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar.”

Nelson Mandela

Dedico aos meus pais, Tércio e Marisa, por serem meu primeiro e melhor modelo de amor e carinho.

SUMÁRIO

Agradecimentos	5
Resumo	8
Abstract.....	9
Apresentação	10
Trauma craniano violento pediátrico: Uma revisão da literatura	15
Avaliação do conhecimento sobre trauma craniano violento por pais brasileiros	40
Crenças sobre punição corporal em bebês: Um estudo sobre trauma craniano violento	69
Avaliação de material preventivo sobre o trauma craniano violento	85
Considerações Finais	118
Apêndices	122
Apêndice 1: Questionário sobre o Choro do Bebê	123
Apêndice 2: Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido .	127

Agradecimentos

É curioso pensar que o mestrado não fazia parte dos meus planos no início da graduação, por acreditar que a vida acadêmica estaria muito distante de questões sociais com as quais gostaria de trabalhar e me envolver. Entretanto, após me envolver com o trabalho do Laprev pude perceber como, na realidade, a ciência e as tais questões sociais não precisavam, e nem deveriam, estar dissociadas. Decidi fazer o mestrado, então, muito mais pela oportunidade de trabalhar com a temática da violência contra criança, pensando sempre na possibilidade de sua prevenção, do que como um desejo de me tornar pesquisadora. Mas, ao longo dos últimos dois anos, passei a gostar cada vez mais desse trabalho de “só estudar”. Hoje, depois de muitos desafios, gostaria de agradecer a todos que me ajudaram a superá-los e alcançar mais um sonho.

Em primeiro lugar, agradeço aos pais que participaram da minha pesquisa, pela disponibilidade em um momento tão especial de suas vidas.

Agradeço, também, à Maternidade Dona Francisca Cintra Silva, especialmente às enfermeiras, sempre gentis e dispostas a contribuir para o estudo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro que permitiu a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da Universidade Federal de São Carlos, especialmente Amanda e Marinéia, que tornaram mais fácil a superação de todas as burocracias relacionadas à realização desse trabalho.

À minha orientadora Lúcia Williams pela orientação e pelo exemplo de pesquisadora comprometida com a luta contra a violência.

Às professoras Evelyn Eisenstein, Débora de Hollanda e Karyne Rios pelas contribuições preciosas e pela disponibilidade com que sempre me atenderam.

Aos colegas de laboratório, Ana Carina, Gabriela, Jéssica, Rachel, Sabrina, Sheila, Sidnei, Paloma e Paolla, por estarem sempre disponíveis a me auxiliar e tornarem o trabalho mais divertido.

Ao Alexandre Maiorano pelas análises estatísticas e pela paciência em me explicá-las.

À Sabrina pelas inúmeras caronas, conversas e, especialmente, pelo carinho de uma grande amizade.

À Gabriela por compartilhar momentos tão especiais, pelas risadas e por estar sempre disposta a me ajudar.

À Nathalia por ser como uma irmã e estar ao meu lado em todos os momentos, sejam eles de choro ou sorrisos.

À Tatiana por, apesar da distância, estar sempre próxima para me apoiar.

Às amigas Camila e Luciana, com quem dividi não apenas o apartamento, como muitos momentos especiais.

Ao João, pela amizade inesperada, pelo carinho e preocupação com que sempre atendeu minhas ligações.

Ao André, por tornar os problemas mais leves e mostrar o valor do sorriso.

Aos amigos “de São Carlos”, Andréa, Denise, Juliana, Lucas, Edson, Leonardo, Mariele, Tathianna, Simone, Vagner, Vinícius, Hernani, Thaís, Christiana, Henrique e Junior, por fazerem minhas estadias nesta cidade tão divertidas.

Aos amigos “de Valinhos”, Juliana, Luís, Eduardo, João, Deisy, Felipe, Lívia e Aldo por me fazer acreditar que amizades especiais não tem limite de tempo ou espaço.

À minha tia Mônica, pelo apoio e carinho com que sempre torceu pela minha felicidade.

Finalmente, agradeço àqueles que foram fundamentais para esta conquista, àqueles que são meu maior exemplo de amor, carinho e respeito, àqueles que me ensinaram o poder do diálogo, àqueles que são meu maior porto seguro, àqueles para os quais as palavras nunca são suficientes... Pai, mãe, obrigada!

Resumo

Lopes, N. R. L. (2013). Trauma craniano violento: Conhecimento parental e avaliação de material informativo. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP. 130p.

A presente dissertação foi escrita no formato de um compêndio de quatro textos científicos. Cada artigo descreve uma etapa do estudo, que teve como objetivo avaliar a eficácia de diferentes materiais informativos para aumentar o conhecimento de pais de recém-nascidos sobre o trauma craniano violento pediátrico. O primeiro artigo descreve uma revisão da literatura nacional e internacional, que teve como objetivo traçar um panorama atual do trauma craniano violento (TCV). De acordo com a revisão, o TCV pode ser definido como a lesão ao crânio ou ao conteúdo intracraniano de uma criança devido a um impacto brusco intencional e/ou a uma sacudida violenta. Ocorre principalmente com bebês e crianças menores de 1 ano de idade e pode resultar em consequências graves ao desenvolvimento infantil, incluindo a morte. Apesar de haver sinais específicos para esta forma de maus-tratos, eles podem se confundir com doenças comuns em crianças ou traumas cranianos acidentais. Deste modo, torna-se imprescindível o preparo clínico dos profissionais de saúde para o diagnóstico correto. Um dos principais fatores associados à sua ocorrência é o choro do bebê, destacando a necessidade de intervenção com pais no sentido de ensiná-los sobre desenvolvimento infantil e estratégias seguras para lidar com o bebê. O segundo artigo visou investigar o conhecimento de pais de recém-nascidos sobre algumas características associadas a esta forma de maus-tratos, tais como o padrão do choro do bebê nos primeiros meses de vida, as estratégias para lidar com o choro e as consequências de sacudi-lo. Os resultados indicaram um desconhecimento dos participantes sobre a gravidade de se sacudir um bebê, bem como uma possível crença brasileira de que os bebês não devem ser deixados chorando sozinho. Neste sentido, destaca-se a necessidade dessas questões serem contempladas nas ações de prevenção do TCV. O terceiro artigo objetivou investigar a crença de pais brasileiros sobre a punição corporal em bebês e sua possível relação com o trauma craniano violento. Diferentemente do que aponta a literatura internacional, os participantes do presente estudo não consideraram o sacudir como uma estratégia adequada para disciplinar o bebê, obtendo maior concordância quando avaliada em seu potencial tranquilizador. Além disso, os resultados indicaram que a avaliação que os cuidadores fazem do potencial prejudicial de determinada estratégia parece influenciar sua adoção no cuidado com o bebê, tanto para acalmá-lo, quanto para discipliná-lo. Por fim, o último artigo descreve a avaliação da eficácia de três materiais informativos diferentes para o aumento do conhecimento de pais brasileiros sobre essa forma de maus-tratos. Os materiais consistiram em um vídeo sobre o trauma craniano violento, um panfleto sobre o TCV e um vídeo sobre segurança infantil, que não abordava o TCV e foi utilizado como comparação. Os resultados sugerem que o e leitura individual do panfleto pode ser uma estratégia útil em programas de prevenção, uma vez que a mesma aumentou o conhecimento dos participantes sobre a gravidade de sacudir um bebê, bem como a probabilidade de utilizarem estratégias de se afastar do bebê, quando estressados pelo choro. Apesar de menos expressivos, os resultados do grupo que assistiu ao vídeo sobre o TCV também indicaram um aumento no conhecimento sobre o número médio diário de horas de choro do bebê. Espera-se que os resultados encontrados na presente dissertação possam fornecer embasamento para futuras ações de prevenção dessa forma de maus-tratos. **Palavras-chave:** Violência intrafamiliar, Trauma craniano violento, Síndrome do Bebê Sacudido

Abstract

Lopes, N. R. L. (2013). Trauma craniano violento: conhecimento parental e avaliação de material informativo. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP. 130p.

This dissertation is a compendium of four scientific papers. Each paper describes a stage of the study, with the final goal of evaluating the effectiveness of different materials to increase parents' knowledge on abusive head trauma. The first paper describes a review of national and international literature, which aimed to give a current overview of abusive head trauma (AHT). According to the review, AHT can be defined as injury to the skull and intracranial contents to a child due to a sudden unintentional impact and/or a violent shaking. It occurs mainly with babies and children under 1 year of age and can result in serious consequences for children's development, including death. Although there are specific signs for this type of abuse, it can be mistaken for common child illnesses or accidental head trauma. Thus, it is essential that health professionals are trained for the correct diagnosis. One of the main factors associated with its occurrence is the baby crying, which highlights the need for intervention with parents in order to teach them about child development and safe strategies to deal with the baby. The second paper aimed to investigate the knowledge of newborn parents about some characteristics associated with AHT, such as the pattern of the infant crying in the first months of life, strategies to deal with the crying baby and the consequences of shaking a baby. The results indicated a lack of knowledge about the severity of shaking a baby, as well as a possible Brazilian belief that babies should not be left crying alone. In this sense, there is a need for these issues to be addressed in AHT prevention efforts. The third paper aimed to investigate the belief of Brazilian parents about corporal punishment to infants, and its possible relation with abusive head trauma. As opposed to the international literature, participants of this study did not consider shaking as an appropriate strategy to discipline the baby, agreeing more with this strategy when it aimed to sooth the baby. Furthermore, the results indicated that the caregivers' evaluation about the strategy's harm potential seems to influence its adoption in discipline and soothing contexts. Finally, the last paper describes the evaluation of the effectiveness of three different informational materials to increase knowledge of Brazilian parents about this type of abuse. The materials consisted of a video on abusive head trauma, a pamphlet individually read on the AHT, and a video on child safety, unrelated to AHT and used for comparison purposes. The results suggest that reading the pamphlet could be a useful strategy in prevention programs, since it increased participants' knowledge about the severity of shaking a baby, as well as the likelihood of using strategies to distance themselves from the baby when stressed by the crying. Although less significant, the results of the group who watched the video on the AHT also indicated an increase in knowledge about the average number of daily hours of baby crying. It is hoped that the results found in this dissertation will guide future AHT preventive efforts in Brazil. **Keywords:** Child maltreatment, Abusive head trauma, Shaken Baby Syndrome

Apresentação

As perguntas de pesquisa da presente dissertação foram originadas durante o *I Simpósio Internacional Interdisciplinar sobre a Síndrome do Bebê Sacudido*, organizado, em 2009, pelo Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (Laprev) e Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi). O simpósio contou com a participação da Ms. Sue Foley, assistente social no Hospital da Criança de Westmead, Austrália, da médica Dr^a. Vera Moreira do Instituto Zero a Seis e da prof^a Dr^a Lúcia C. A. Williams, que ministraram as palestras “Da inspiração à ação: Um projeto de prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido”, “Considerações médicas sobre a Síndrome do Bebê Sacudido” e “Um projeto internacional de prevenção de maus-tratos em bebês: A contribuição brasileira”, respectivamente. Ainda nesta ocasião, foi lançado o vídeo *Lidando com o Choro do Bebê*, material traduzido e adaptado para os idiomas português (Portugal), português (Brasil) e espanhol a partir do vídeo *Responding to a Crying Baby*, desenvolvido pela equipe do programa de prevenção da Síndrome do Bebê do Hospital da Criança de Westmead, Austrália.

A tradução do material foi realizada após esforços das organizações brasileiras Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (Laprev), o Centro de Estudos Integrados Infância, Adolescência e Saúde (CEIAS), o Instituto Zero a Seis e o Grupo Especial de Interesse em Saúde da Criança e do Adolescente da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) em parceria com o Hospital da Criança de Westmead – Austrália, tornando-se um importante meio de divulgação e sensibilização do trauma craniano violento pediátrico na comunidade, principalmente devido ao seu caráter animado e ritmado. Fiquei encantada com o vídeo e surpresa com a constatação de que sacudir o bebê uma única vez poderia levar a consequências tão graves para o desenvolvimento infantil.

Neste sentido, considerando o baixo custo para divulgação do vídeo, uma vez que se encontrava traduzido e disponível gratuitamente na internet, e a necessidade de prevenção desses casos, dada à alta taxa de mortalidade associada a esta forma de maus-tratos, surgiu a pergunta de pesquisa que norteou a presente dissertação: o vídeo seria capaz de aumentar o conhecimento de pais de recém-nascidos sobre o trauma craniano violento pediátrico, de modo a auxiliar na prevenção desta forma de maus-tratos?

Antes de prosseguir, cabe destacar a ausência de consenso na literatura sobre a terminologia utilizada para designar esta forma de maus-tratos, sendo encontrados termos como *síndrome do bebê sacudido*, *trauma craniano abusivo*, *trauma craniano não-acidental*, *trauma craniano violento* ou *trauma craniano infligido*. Em uma tentativa de superar algumas limitações decorrentes dessa multiplicidade de termos e definições, em abril de 2012, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) recomendou a utilização do termo trauma craniano violento pediátrico (Parks, Anest, Hill & Karch, 2012). Em consonância a esta recomendação, no presente trabalho será empregada a terminologia trauma craniano violento (TCV), por ser uma versão reduzida do termo sugerido pelo CDC e permitir maior concisão do texto.

A busca por uma resposta pela pergunta de pesquisa acima descrita ocorreu em quatro etapas. Primeiramente, foi realizada uma revisão na literatura nacional e internacional de modo a traçar um panorama atual do trauma craniano violento, enquanto uma forma de maus-tratos infantis. A partir dos dados coletados no pré-teste, ou seja, no momento anterior à intervenção com os materiais informativos, foi possível realizar um levantamento do conhecimento atual dos pais sobre o TCV, bem como de suas crenças sobre punição corporal em bebês. Tais levantamentos foram importantes para identificar as principais lacunas no conhecimento e a existência de possíveis

crenças inadequadas dos pais relacionadas ao cuidado do bebê, auxiliando a elaboração de futuras intervenções.

A última etapa consistiu na avaliação da eficácia de três materiais informativos diferentes para o aumento do conhecimento de pais brasileiros sobre esta forma de maus-tratos. Os materiais consistiram em um vídeo sobre o trauma craniano violento, um panfleto sobre o TCV e um vídeo sobre segurança infantil, tendo este último funcionado como controle para a avaliação.

Cada uma destas etapas encontra-se descrita em quatro artigos que compõem esta dissertação. O primeiro artigo, intitulado “Trauma craniano violento pediátrico: uma revisão da literatura”, contempla a primeira etapa do estudo e tem como objetivo revisar a literatura científica sobre esta forma de maus-tratos, destacando algumas considerações sobre sua definição, prevalência, sinais e sintomas, consequências, fatores de risco para sua ocorrência e, principalmente, estratégias para sua prevenção.

Tal artigo foi escrito em conjunto com a pediatra Dr^a Evelyn Eisenstein, membro da Banca Examinadora da Qualificação e pesquisadora da área de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, que trouxe contribuições valiosas para a construção do texto. Dada a escassez de publicações nacionais sobre esta temática e a necessidade de envolver os pediatras na prevenção desta forma de maus-tratos, este artigo foi submetido e aceito (encontra-se no prelo) para publicação na revista *Jornal de Pediatria*, periódico bimensal de grande circulação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

O segundo artigo da presente dissertação é intitulado “Avaliação do conhecimento sobre trauma craniano violento por pais brasileiros” e tem como objetivo investigar o conhecimento de pais sobre algumas características associadas a esta forma de maus-tratos, tais como o padrão de choro do bebê nos primeiros meses de vidas, as estratégias para lidar com o choro e as consequências de sacudi-lo. A hipótese que

norteia esse estudo é que o conhecimento dos cuidadores sobre estas características podem influenciar na escolha de estratégias adequadas para lidar com o choro do bebê, prevenindo a ocorrência desta forma de maus-tratos (Altman et al., 2011, Dias et al., 2005).

O terceiro artigo, intitulado “Crenças sobre punição corporal: um estudo sobre o trauma craniano violento”, decorre da terceira etapa do estudo e objetiva investigar a crença de pais brasileiros sobre a punição corporal em bebês. A curiosidade em fazer um levantamento sobre essas crenças surgiu a partir da literatura internacional que aponta que a ocorrência do TCV pode não estar associada somente à tentativa do cuidador lidar com os sentimentos negativos gerados pelo choro do bebê, mas também à tentativa de disciplinar o bebê (Davies & Gardwood, 2001; Russell, 2010; Russel & Britner, 2006).

Por fim, a última etapa do estudo encontra-se descrita no quarto artigo intitulado “Avaliação de material preventivo sobre trauma craniano violento”. Este artigo foi escrito em parceria com a pesquisadora Sue Foley, que faz parte da equipe do Programa *The Shaken Baby Prevention Project* do *The Children’s Hospital at Westmead* – Austrália e possibilitou a tradução para o português dos materiais desenvolvidos pela sua equipe e utilizados no presente estudo, sendo eles o vídeo *Responding to a crying baby* e o panfleto *Never shake a baby*.

Espera-se que esses estudos possam fornecer um primeiro panorama do trauma craniano violento no Brasil, contribuindo para a literatura científica da área. Além disso, espera-se que seus resultados possam fornecer embasamento para futuras ações de prevenção desta forma de maus-tratos tão grave ao desenvolvimento infantil.

Referências Bibliográficas

- Altman, R.L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K. & Brand, D.A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*, 128, e1164-e1172.
- Davies, W. H. & Gardwood, M. M. (2001). Who are the perpetrators and why they do it? In: S. Lazoritz & V. J. Palusci (Eds.). *The Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary approach* (pp. 41-54). New York, NY: The Hawroth Maltreatment & Trauma Press.
- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing Abusive Head Trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115(4), 470-477.
- Parks, S. E., Annest, J. L., Hill, H. Á. & Karch, D. L. (2012). *Pediatric abusive head trauma: Recommended definitions for public health surveillance and research*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Russell, B. S. (2010). Revisiting the measurement of Shaken Baby Syndrome Awareness. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 671-676.
- Russell, B. S. & Britner, P. A. (2006). Measuring Shaken Baby Syndrome Awareness: preliminary reability of a caregiver attitudes and beliefs survey. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 765-777.

Trauma craniano violento pediátrico: Uma revisão da literatura

Lopes, N. R. L., Eisenstein, E. & Williams, L. C. A. (submetido). Trauma craniano violento pediátrico: Uma revisão da literatura. *Jornal de Pediatria*.

RESUMO

Objetivo: Fornecer uma revisão de literatura científica sobre trauma craniano violento pediátrico enquanto uma forma de maus-tratos físicos contra bebês e crianças, ressaltando prevalência, sinais e sintomas, consequências, fatores de risco para sua ocorrência e, principalmente, estratégias de prevenção.

Fontes dos dados: Revisão nas bases de dados MEDLINE, SciELO, LILACS e Web of Science no período de 2001 a 2012 utilizando os termos “*síndrome do bebê sacudido*” e “*trauma craniano violento*” em inglês, espanhol e português.

Síntese dos dados: O trauma craniano violento é definido como a lesão ao crânio ou ao conteúdo intracraniano de um bebê ou criança menor de cinco anos devido a um impacto brusco intencional e/ou a uma sacudida violenta. Ocorre principalmente com bebês e crianças menores de 1 ano de idade, e pode resultar em consequências graves, desde deficiências físicas ou mentais, até a morte. Apesar de haver sinais específicos para esta forma de maus-tratos, eles podem se confundir com doenças comuns em crianças ou traumas cranianos acidentais, sendo imprescindível o preparo clínico dos profissionais envolvidos na avaliação dos casos para o diagnóstico correto. As estratégias de prevenção devem incluir tanto a identificação precoce dos casos, como a educação parental sobre o desenvolvimento infantil, especialmente sobre o padrão de choro do bebê.

Conclusões: Considerando a gravidade do trauma craniano violento pediátrico, é fundamental que estratégias de prevenção sejam implementadas e avaliadas no contexto brasileiro. Sugere-se que indicadores de sua incidência sejam pesquisados nacionalmente.

Palavras-chave: Trauma craniano violento, Síndrome do bebê sacudido, Maus-tratos infantis, Violência física.

ABSTRACT

Objectives: To provide a review of scientific literature on abusive head trauma as a form of physical abuse against young children, emphasizing its prevalence, signs and symptoms, consequences, risk factors and prevention strategies.

Sources: A review of MEDLINE, SciELO, LILACS and Web of Science databases covering the period from 2001 to 2012 was conducted. Studies with the keywords “*shaken baby syndrome*”, “*abusive head trauma*” and “*pediatric abusive head trauma*” in Spanish and Portuguese correlates were selected.

Summary of the findings: Pediatric abusive head trauma is defined as an injury to the skull or intracranial contents of an infant or child under 5 years of age due to inflicted blunt impact and/or violent shaking. It occurs mainly in infants and young children, and results in serious consequences, like physical and mental disabilities, and death even. Although there are specific signs and symptoms for this form of abuse, they can be confused with common diseases in young children or accidental head trauma. Therefore, clinical training of professionals involved with the evaluation of cases for the correct diagnosis is important. Prevention strategies should include both early case identification, as well as parent training on child development, especially on the pattern of the crying baby.

Conclusions: Considering the seriousness of pediatric abusive head trauma, it is essential that preventing strategies are implemented and evaluated in the Brazilian context. It is suggested that national prevalence indicators should be investigated.

Keywords: Pediatric abusive head trauma, Shaken baby syndrome, Child maltreatment. Physical abuse.

A violência contra crianças e adolescentes é um problema frequente e grave em nossa sociedade. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN – Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças) mostram que, no ano de 2002, mais de 53.000 crianças menores de 15 anos de idade morreram no mundo em decorrência de situações de maus-tratos¹. Dentre as formas de maus-tratos, cabe destacar por sua gravidade o trauma craniano violento pediátrico. Ainda no ano de 2002, estima-se que 1.400 crianças morreram devido aos maus-tratos nos Estados Unidos², sendo que o trauma craniano violento pediátrico corresponde a 80% dessas mortes, sendo a principal causa de morte de crianças vítimas de maus-tratos³. Segundo Lazoritz e Palusci, estima-se que, nos Estados Unidos, mais de 250 crianças morrem anualmente após serem submetidas a uma sacudida violenta^{3,4,5}.

Apesar desta realidade, o trauma craniano violento pediátrico, doravante referido apenas por trauma craniano violento (TCV), pode ser prevenido, tendo o pediatra um papel importante nestas ações^{6,7,8}. Frequentemente, os pediatras estão presentes em momentos estressantes e desafiadores para a família, especialmente aqueles ligados ao cuidado da criança. Além disso, tais profissionais possuem o contato com os recursos comunitários que podem auxiliar a família a enfrentar suas dificuldades, o que os coloca em uma posição única para prevenir os maus-tratos e promover o bem-estar futuro da criança⁶.

Neste sentido, é importante que o pediatra compreenda as situações que comumente levam à ocorrência do trauma craniano violento, identificando os fatores de risco presentes na família e fornecendo apoio adequado para a superação destas dificuldades^{8,9}. O presente artigo tem como objetivo traçar um panorama do trauma craniano violento, ressaltando prevalência, sinais, consequências, fatores de risco para

sua ocorrência e possíveis estratégias para sua prevenção, de modo a auxiliar o pediatra em sua prática clínica.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão nas bases de dados MEDLINE, SciELO, LILACS e Web of Science no período de 2001 a dezembro de 2012, utilizando os termos “*síndrome do bebê sacudido*” e “*trauma craniano violento*” e seus correlatos em inglês e espanhol. Foram encontrados 238 artigos científicos, capítulos de livros ou livros com as palavras-chave. Desses, foram selecionados 173 artigos, uma vez que 65 foram desconsiderados por se tratarem de outra temática, estarem em idioma diferente do inglês, espanhol e português ou não disponibilizarem o texto completo.

Trauma craniano violento

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doença dos Estados Unidos, o trauma craniano violento pode ser definido como uma lesão ao crânio ou ao conteúdo intracraniano de um bebê ou criança menor de cinco anos devido a um impacto brusco intencional e/ou a uma sacudida violenta. São excluídas dessa definição lesões não intencionais resultantes de supervisão negligente, feridas por arma de fogo ou facada e trauma penetrante¹⁰.

O uso do termo trauma craniano violento é recente e será utilizado no presente artigo de acordo com recomendação feita em abril de 2012 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Entretanto, cabe destacar, que podem ser encontrados outros termos na literatura que descrevem a mesma condição, tais como síndrome do bebê sacudido, trauma craniano abusivo, trauma craniano não-acidental ou trauma craniano infligido.

Case, Graham, Handy, Jentzen e Monteleone apontam que a forma de sacudir o bebê que resulta em lesões cerebrais significativas envolve segurar a criança pelo tórax

ou por uma extremidade e sacudi-la violentamente para frente e para trás, fazendo com que a cabeça chicoteie com acelerações e desacelerações repetidas em cada direção¹¹. Entretanto, é importante ressaltar que ainda não há consenso na literatura se apenas sacudir o bebê pode gerar as lesões cerebrais observadas, ou se seria necessário o impacto da cabeça da criança em alguma superfície^{12,13,14}, e qual seria a força necessária a ser infligida no bebê para causá-las^{14,15}.

Quando o trauma craniano violento ocorre em decorrência de sacudidas violentas, pode ser observado um padrão característico de ferimentos, que podem incluir hemorragias na retina, fraturas, principalmente nas costelas e no final de ossos longos e padrões reconhecidos de ferimentos cerebrais^{13,16,17,18,19}. De acordo com a Joint Statement on Shaken Baby Syndrome - Declaração Conjunta sobre a Síndrome do Bebê Sacudido¹⁶, quando há o impacto da cabeça do bebê contra algum objeto, podem ocorrer ferimentos adicionais, tais como contusões, lacerações ou fraturas¹⁶. Ressalta-se que, mesmo no caso em que há impacto, os sinais das lesões podem não ser visíveis, uma vez que o choque pode ocorrer contra um objeto macio, como um colchão ou travesseiro¹⁶.

De acordo com Frasier, a idade média em que as crianças costumam ser sacudidas varia aproximadamente de 4 a 6 meses¹², sendo que as crianças que sofreram traumas cranianos em decorrência de acidentes são, em média, 10 meses mais velhas². Estes dados vão ao encontro da literatura que indica que crianças menores de 1 ano de idade estão mais suscetíveis a sofrerem lesões cerebrais em decorrência de maus-tratos infantis do que de acidentes^{20,21}.

Esta maior susceptibilidade pode estar relacionada ao fato de, em comparação com crianças com mais idade, os bebês ficarem mais frequentemente sozinhos com seus cuidadores, necessitarem constantemente de cuidado e não poderem fornecer relatos

sobre sua história¹². Além disso, o bebê é particularmente mais suscetível ao trauma craniano violento devido ao fato de sua cabeça ser relativamente maior e ao seu cérebro ser relativamente mais pesado do que seu corpo e pelo fato de os músculos do pescoço ainda não estarem totalmente desenvolvidos e fortalecidos, já que a sustentação da cabeça acontece em torno dos 2 aos 4 meses de vida¹⁶.

Incidência do trauma craniano violento

A incidência do trauma craniano violento tem sido apontada por estudos recentes realizados na Escócia, Estados Unidos, Nova Zelândia e Suíça variando de 14,7 a 38,5 casos a cada 100.000 crianças, sendo a incidência maior para crianças menores de 1 ano^{22,23,24,25,26,27,28}. Destaca-se que, no último levantamento realizado pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos, a incidência no país foi de 0,76 casos fatais de TCV a cada 100.000 crianças com até 4 anos de idade, aumentando para 2,14 quando foram consideradas apenas crianças menores de 1 ano²¹. No Brasil, ainda não existem estudos que avaliem a incidência do trauma craniano violento.

É importante ressaltar que estas taxas podem estar subestimadas, visto que muitos casos não são reconhecidos como decorrentes de episódios de violência ou sequer chegam aos serviços de saúde, para que sejam identificados^{12, 27}. Nos Estados Unidos, estima-se que 85% das mortes resultantes de maus-tratos infantis sejam atribuídas a outras causas nos atestados de óbito, tais como hemorragias internas, que não são registradas como decorrentes de situações de violência³. Além disso, outra dificuldade encontrada refere-se à falta de consenso na área sobre a definição do TCV, bem como sobre os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) a serem utilizados para sua caracterização^{10,21,27,29,30}. Esses fatos indicam que o número real de casos do trauma craniano violento pode ser ainda maior, o que ressalta a importância de estudos mais atualizados sobre este tema.

Outra estratégia para investigar a incidência do trauma cerebral violento pediátrico em determinada região pode ser o levantamento das principais estratégias utilizadas por pais ou outros cuidadores para disciplinar ou acalmar seus bebês¹². Em estudo realizado por Theodore e Runyan na Carolina do Norte e do Sul, 2,6% dos pais de crianças menores de dois anos relataram que já haviam sacudido seus filhos como forma de discipliná-los³¹. No Brasil, 10% das mães entrevistadas em um estudo realizado em Embú-SP, relataram ter sacudido seus filhos menores de 2 anos de idade no último ano³².

Em outro estudo realizado com 142 profissionais de Unidades de Saúde da Família de uma cidade de pequeno porte de Pernambuco, 60,8% relataram já ter sacudido uma criança ou um bebê, sendo que 50,5% sacudiram para fazê-lo dormir e 25,7% para parar seu choro³³. Neste sentido, apesar da ausência de estudos que investiguem a prevalência do trauma craniano violento no Brasil, estes estudos apontam para a ocorrência frequente desta forma de maus-tratos no contexto brasileiro.

Sinais do trauma craniano violento

A tríade de sinais que descreve o trauma craniano violento caracteriza-se por: hematoma subdural, edema cerebral e hemorragia na retina^{12,18,19,34}. Apesar de nem sempre ser decorrente de situações de violência, em crianças mais novas esta parece ser a principal causa de hematomas subdurais³⁵. Além disso, esta lesão parece ser o principal sinal encontrado em vítimas do trauma craniano violento^{2,18}, sendo descrita em 83-90% dos casos diagnosticados⁹. Esses dados apontam a importância de se desconfiar de maus-tratos diante de hematomas subdurais diagnosticados em bebês.

Outro sinal que tem sido fortemente relacionado ao trauma craniano violento é a hemorragia na retina^{18,19}. Apesar da presença dessa lesão não ser exclusiva para o diagnóstico, uma revisão recente da literatura aponta a ocorrência de hemorragia na

retina em 74% dos casos de TCV e em 82% dos casos fatais³⁵. De acordo com Frasier, se não há um histórico maior de trauma craniano acidental pediátrico, como acidente de carro ou queda de altura significativa, a hemorragia na retina deve ser um sinal de alerta para trauma cerebral violento pediátrico¹². Reforçando esta ideia, o estudo de Keenan e colaboradores apontou que 80% das crianças vítimas do TCV apresentaram lesões oftalmológicas, porcentagem bem maior do que as crianças que sofreram trauma craniano acidental pediátrico, que variou de 6 a 8%³⁶. Além disso, quando ocorre hemorragia na retina em decorrência de acidentes, ela se mostra mais moderada do que quando ocorre por situações de violência¹². Neste sentido, ressalta-se a importância do exame oftalmológico para a identificação de casos de maus-tratos em bebês. Tal prática auxiliaria na diminuição do número de diagnósticos falhos e, conseqüentemente, na prevenção da recorrência do trauma craniano violento.

Ressalta-se, porém, que nem todas as vítimas irão apresentar esta tríade, existindo outras repercussões que poderiam indicar a ocorrência de trauma craniano violento. Dentre eles estão: infecção das vias respiratórias superiores, vômitos incoercíveis, diarreia, diminuição do apetite, irritabilidade, letargia, apneia, convulsão, história de trauma menor³⁷. Além disso, segundo o National Center on Shaken Baby Syndrome (NCSBS), a criança pode apresentar sinais de diminuição do tônus muscular, deglutição e sucção pobres, rigidez na postura, dificuldade na respiração, a cabeça ou a testa parecem maiores do que o normal, incapacidade de levantar a cabeça, incapacidade dos olhos de focalizar ou de seguir movimento, tamanho desigual das pupilas e ausência de sorrisos ou vocalizações¹⁷.

Após revisão da literatura, Sieswerda-Hoogendoorn, Boos, Spivack, Bilo e van Rijn apontam que as principais manifestações neurológicas decorrentes do TCV são: estado alterado de consciência (77%), convulsão (43-50%), vômitos (15%) e atraso no

desenvolvimento (12%)⁹. De acordo com o NCSBS, são raras as marcas de pressões fortes nos braços ou no peito¹⁷.

Muitas vezes, em casos menos graves, os sinais do TCV podem não ser reconhecidos, fazendo com que a mesma não seja diagnosticada corretamente¹⁷. Hennes, Kini e Palusci apontam que alguns dos sinais do trauma craniano violento podem imitar outras doenças comuns em crianças, tais como infecção viral, cólicas ou intolerância alimentar³⁷. Tais dados apontam para a necessidade de uma avaliação apropriada da criança para que esta forma de maus-tratos possa ser identificada precocemente e tratada adequadamente⁹. De acordo com a Declaração Conjunta sobre a Síndrome do Bebê Sacudido, quanto mais sério for o ferimento neurológico da criança, mais severos são os sinais e mais curto o período entre a sacudida e o aparecimento dos sinais¹⁶.

Consequências do trauma craniano violento

Segundo Case, Graham, Handy, Jentzen & Monteleone ferimentos na cabeça correspondem a 80% dos ferimentos fatais decorrentes de maus-tratos infantis em crianças mais novas¹¹. Em contraste, de acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, de 25 a 30% de crianças vítimas do TCV morrem e apenas 15% sobrevivem sem qualquer seqüela³⁸.

Em estudo realizado na Suíça, apenas 28,8% das vítimas recuperaram-se totalmente do TCV, sendo que 53,3% apresentaram deficiências severas ou moderadas em decorrência desta forma de maus-tratos²⁸. Cabe ressaltar que as características clínicas apresentadas pela vítima no momento da lesão parecem influenciar seu desenvolvimento futuro. Por exemplo, no estudo de Greiner, Lawrence, Horn, Newmeyer e Makoroff, as vítimas de TCV que apresentaram convulsões no momento da admissão ao hospital, exibiram, no follow-up, escores menores em uma escala para

avaliar desenvolvimento motor, visual e de linguagem em comparação às vítimas sem histórico de convulsões³⁹.

Dentre as consequências imediatas desta forma de maus-tratos, podem ser citadas: parada ou comprometimento respiratório, irritabilidade, convulsões, rigidez na postura, diminuição do nível de consciência, vômito, diminuição da alimentação, inabilidade de sugar ou engolir, parada cardíaca ou morte¹⁷. As consequências a longo-prazo incluem dificuldade de aprendizagem, problemas com a visão, incluindo cegueira, deficiência física e auditiva, paralisia cerebral, problemas com a fala, convulsões, déficit cognitivo e morte^{16,17}. Dados canadenses indicam que bebês que aparentam estar bem quando recebem alta hospitalar, podem apresentar evidências de dificuldades cognitivas e de aprendizagem tardiamente, possivelmente na idade escolar¹⁶. É preocupante se especular sobre a frequência das dificuldades de aprendizagem encontrada nas várias escolas brasileiras e a possível associação etiológica com maus-tratos, inclusive desde a primeira infância.

Fatores de risco para trauma craniano violento

Hennes, Kini e Palusci apontam a existência de diversas situações que aumentam a probabilidade do trauma craniano violento ocorrer, ou seja, que são fatores de risco para sua ocorrência. Dentre elas, os autores citam família monoparentais, mães menores de 18 anos, mães com escolaridade baixa, mães que não fizeram o acompanhamento pré-natal e famílias com baixo status socioeconômico³⁷. Além disso, os autores ressaltam que há algumas características do bebê que parecem aumentar a probabilidade de ocorrência do trauma craniano violento, como a criança ser menor de um ano, ser do sexo masculino e ter nascido prematura ou com baixo peso³⁷.

Mais recentemente, Stephens, Kaltner, Larkins, Franklin, Taey, Stewart e Stewart propuseram um modelo de três componentes para explicar a etiologia do trauma

craniano violento. Neste modelo, fatores relacionados ao bebê, fatores situacionais e fatores relacionados ao cuidador interagem e levam à ocorrência do TCV⁴⁰. Os fatores relacionados ao bebê referem-se a características do desenvolvimento infantil, como o choro e a ansiedade de separação. Os fatores situacionais referem-se a situações de estresse, como desastres naturais, status socioeconômico da família, dificuldades durante a gestação e isolamento familiar. Por último, os fatores do cuidador podem envolver a falta do conhecimento sobre o padrão normal de choro do bebê e sobre os riscos de sacudi-lo, tolerância à frustração, falta de experiência como cuidador de outras crianças, psicopatologia e ciúme do relacionamento do bebê com outros cuidadores⁴¹. Dentre estes fatores, o choro do bebê têm sido referido na literatura como o principal gatilho para a ocorrência do trauma craniano violento^{11,37,41,42}.

O choro do bebê

O choro é um meio importante de comunicação para os bebês, especialmente para os recém-nascidos^{43,44,45}. Como nessa fase os bebês são quase inteiramente dependentes de seu cuidador, o choro assume um importante papel na garantia da sobrevivência, da saúde e do desenvolvimento da criança^{43,44}. Apesar da sua importância, diversos estudos têm apontado propriedades específicas do choro que contribuem para o sentimento de frustração que muitos cuidadores podem sentir nos primeiros meses de vida de seu bebê^{46,47}. Estas propriedades específicas estabelecem um padrão de choro, descrito pela primeira vez por Brazelton. Em seu estudo, Brazelton pediu para 80 mães manterem um registro diário do choro de seu bebê durante as 12 primeiras semanas de vida dele. Ao analisar as informações obtidas, o autor obteve uma curva em formato de “n”, em que o eixo das ordenadas refere-se ao número de horas que o bebê chora ao longo de um dia, e o eixo das abscissas se refere à idade do bebê em semanas⁴⁸.

O padrão de choro encontrado por Brazelton caracteriza-se pelo aumento na média diária de duração do choro nas primeiras semanas de vida do bebê, atingindo um pico por volta do segundo mês (6ª semana) e uma diminuição na média diária de choro após o pico⁴⁸. Após o quarto mês de vida ocorre uma diminuição nos períodos de choro inconsolável, o choro se torna mais intencional e mais relacionado com os eventos ambientais⁴⁹.

Este mesmo padrão foi observado em replicações do estudo de Brazelton para uma população semelhante, ou seja, de bebês humanos ocidentais^{50,51,52,53,54} e em populações diferentes, como em estudos com bebês humanos nascidos em uma sociedade caçadora no noroeste de Botsuana (!Kung San), com bebês humanos pré-termo e com bebês mamíferos não primatas^{55,56,57,58}, sugerindo que este padrão é robusto e universal. Além disso, o fato do estudo de Brazelton ter sido replicado em diferentes épocas é mais uma evidência de que este padrão de choro é universal, persistindo ao longo do tempo. Cabe ressaltar que, apesar de haver diferenças individuais na quantidade de tempo que cada bebê chora por dia, para todos há um aumento nesta média diária de choro, que, ao atingir seu pico, começa a diminuir novamente.

O padrão de choro inclui também episódios de choro prolongado, inconsolável e imprevisível, que ocorrem normalmente no final da tarde ou início da noite e são acompanhados por expressões faciais de dor e aumento do tônus muscular^{59,60}. Estas características do choro eram usualmente associadas à ocorrência de cólica nos bebês. Entretanto, de acordo com Barr, Paterson, MacMartin, Lehtonen e Young apesar destes episódios ocorrerem com maior frequência em bebês que apresentam cólicas frequentes, eles não são exclusivos desta população. Além disso, segundo estes autores, estes

episódios são específicos dos primeiros meses de vida do bebê, não sendo comum ocorrerem após este período⁴⁶.

Apesar de o choro ser normal para esse período de vida do bebê, ele pode ocasionar frustração e estresse na família, fatores que parecem contribuir para a ocorrência do TCV^{59,60}. Barr, Trent e Cross e Lee, Barr, Catherine e Wicks investigaram se a curva de incidência de casos do trauma craniano violento de acordo com a idade da vítima correspondia à curva de duração média do choro de acordo com a idade do bebê, sendo que a única diferença entre os estudos é que no primeiro caso, foram investigados casos de TCV que foram registrados em hospitais da Califórnia⁵⁹ enquanto no segundo estudo, foram investigados casos de TCV publicados pela mídia⁶⁰. Os resultados de ambos os estudos indicaram que as curvas de choro e de ocorrência do trauma craniano violento eram bastante similares, o que fornece evidências empíricas para a suposição de que o choro do bebê é um fator precipitante para a ocorrência desta forma de maus-tratos^{59,60}.

De acordo com Lee, Barr, Catherine & Wicks, a confirmação dessa suposição oferece também evidências ainda mais significativas para a importância dos programas de prevenção do trauma craniano violento que devem ocorrer pelo menos até o segundo mês de vida do bebê, a fim de serem efetivos. Além disso, os autores ressaltam que os programas de prevenção devem combinar o entendimento das propriedades específicas do choro nos primeiros meses de vida do bebê, o potencial que o choro tem de frustrar os cuidadores, o tempo limitado para ocorrência dos episódios de choro inconsoláveis no desenvolvimento do bebê e o entendimento de que a única consequência negativa e grave do choro nos primeiros meses é a ocorrência do TCV e outras formas de maus-tratos infantis⁶⁰. Russell aponta, ainda, a necessidade de ensinar aos pais como lidar

com os sentimentos negativos gerados pelo choro do bebê, ressaltando a importância da auto regulação emocional dos cuidadores para a prevenção de casos do TCV⁶¹.

Prevenção do trauma craniano violento

Algumas peculiaridades do trauma craniano violento o colocam em uma posição especial para ações de prevenção, se comparado com outras formas de maus-tratos em crianças. Em primeiro lugar, o TCV apresenta um comportamento de risco evidente (sacudir) e um estímulo antecedente fortemente associado à sua ocorrência (choro do bebê), possibilitando que as ações preventivas sejam mais objetivas e direcionadas⁶². Outra característica importante desta forma de maus-tratos se refere às evidências empíricas da eficácia de programas breves de educação parental para prevenir o TCV^{25,63}.

Além disso, dada a gravidade de suas consequências, o TCV está, geralmente, associado a custos econômicos significativos para o governo⁶². Em estudo realizado por Friedman, Sharpein e Kelly na Nova Zelândia, os gastos totais ao longo da vida com cada criança vítima do trauma cerebral violento é de aproximadamente NZ\$ 1.008.344,00, o que equivale a US\$ 796.591,76⁶⁴. Em contrapartida, os custos para implementação dos programas de educação parental variam de US\$ 4,50⁶³ a US\$ 10,00²⁵ por criança. A diferença entre os custos associados às vítimas do TCV e aqueles associados às ações de prevenção, torna evidente a vantagem econômica dos programas de prevenção primária. Ressalta-se, ainda, que os levantamentos citados não consideram os impactos sociais e emocionais para as famílias de crianças vítimas do TCV, que, muitas vezes, se manterão ao longo de toda a vida.

Na literatura revisada foram encontrados oito estudos que descrevem e programas de prevenção do trauma craniano violento^{25,63,65,66,67,68,69,70}. Todos os programas descritos envolvem ações educativas destinadas a pais de recém-nascidos

antes de receberem alta da maternidade. Em apenas um estudo esta intervenção foi realizada por residentes em medicina⁶⁷, sendo em sua maioria realizada por enfermeiros^{25,65,66,67,68,69,70}.

Os principais materiais utilizados incluíram vídeos e panfletos sobre os riscos de sacudir um bebê, o padrão de choro do bebê nos primeiros meses de vida e as estratégias que os pais poderiam utilizar quando se sentissem frustrados ou irritados com o choro do bebê^{25,63,65,66,67,69,70}. Outros materiais utilizados incluem pôsteres^{25,69}, cartões⁶⁸ e imãs de geladeira^{67,70}. Vale destacar que cinco estudos solicitavam aos pais a assinatura de um termo de compromisso com os dizeres “Eu sei que sacudir um bebê é perigoso e concordo em compartilhar este conhecimento com outras pessoas”^{25,63,66,70}. De acordo com Stewart e colaboradores, a utilização deste termo é importante visto que estabelece um “contrato social” entre a comunidade e os pais, aumentando a participação ativa dos cuidadores na prevenção do TCV⁶⁵.

Todos os programas descritos pela literatura apresentaram resultados positivos em suas avaliações, entretanto, cabe apontar que apenas três utilizaram medidas empíricas para avaliar mudança de comportamento ou conhecimento dos cuidadores^{25,63,70}. Deyo, Skybo e Carroll utilizaram um questionário para avaliar o conhecimento dos participantes sobre o trauma craniano violento antes e após a intervenção, observando um aumento significativo no conhecimento sobre o padrão de choro do bebê nos primeiros meses de vida⁷⁰. Dias e colaboradores e Altman e colaboradores investigaram se a implementação do programa reduziria o número de casos de TCV, tendo encontrado reduções de 47% e 75%, respectivamente^{25,63}. Vale ressaltar que esses resultados foram comparados com os de outras regiões que não implementaram ações de prevenção do TCV naquele período, tendo sido observado que a redução do número de casos só ocorreu para as áreas de abrangência do programa^{25,63}.

Os demais estudos utilizaram medidas subjetivas para avaliação de seus programas, tais como: perguntar aos participantes se acreditavam que a intervenção havia sido útil; se indicariam os materiais a outra pessoa; ou se recordavam de ter passado pela intervenção após alguns meses^{65,66,67,68,69}. Apesar desses resultados indicarem uma boa aceitação destes programas pelos pais e cuidadores, os mesmos não evidenciam a eficácia em alterar conhecimento ou comportamento.

Além da educação parental na maternidade, a literatura aponta a necessidade de capacitação de profissionais de diversas áreas, tanto para que eles sejam agentes de prevenção, implementando programas de prevenção em seus locais de trabalho e/ou identificando e notificando casos de trauma craniano violento, bem como prevenindo a ocorrência desta forma de maus-tratos por parte de profissionais que são responsáveis pelo cuidado de bebês ou crianças pequenas^{33,66,71,72}. A capacitação e o treinamento constante de profissionais de saúde são extremamente relevantes, visto que profissionais capacitados para reconhecer precocemente possíveis sinais do TCV ajudam a prevenir que novos episódios, muitas vezes mais graves, ocorram¹².

No Brasil, não existem estudos que descrevam ou avaliem estratégias de prevenção do trauma craniano violento. Entretanto, uma parceria entre o The Children's Hospital at Westmead (Hospital da Criança de Westmead), em Sydney, Austrália com o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV) da UFSCAR em São Carlos, SP, o Centro de Estudos Integrados Infância, Adolescência e Saúde (CEIIAS), do Rio de Janeiro, RJ, o Instituto Zero a Seis em São Paulo, SP e o Grupo Especial de Interesse em Saúde da Criança e do Adolescente da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) resultou na tradução e adaptação do vídeo "Responding to a crying baby" para três idiomas (espanhol, português – Portugal e português – Brasil) e em uma campanha na mídia para a divulgação do TCV, lançada aos 19 de novembro de 2009.

O vídeo, originalmente desenvolvido pela equipe do programa de prevenção The Shaken Baby Prevention Project (SBSPP- Projeto de Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido) do Hospital da Criança de Westmead, Austrália, mostra um casal de cuidadores tentando lidar com um bebê choroso, sendo que ao longo da animação são apresentadas informações sobre o padrão do choro do bebê nos primeiros meses de vida, bem como algumas estratégias adequadas para utilizar nestas situações⁶⁹. Este vídeo consiste no primeiro material brasileiro para ser utilizado na prevenção do trauma craniano violento e está disponível e gratuito para visualização online pelo endereço eletrônico: <http://www.youtube.com/watch?v=o0vASBX8CQ0>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma craniano violento é uma forma específica de maus-tratos contra bebês e crianças geralmente menores de 1 ano de idade, que gera consequências graves para o desenvolvimento de suas vítimas, bem como para toda a sociedade. O fato de haver um histórico de abusos anteriores à lesão que fez a criança chegar ao serviço de saúde, torna crucial a identificação pelo pediatra de casos potenciais de TCV^{16,36,73}. Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde fiquem atentos aos sinais e sintomas que a criança apresenta e verifiquem se as lesões correspondem com a história contada pelos pais ou outros cuidadores. Se a história se mostrar controversa, duvidosa ou falsa, o abuso deveria se tornar a principal suspeita para os profissionais envolvidos com o caso⁷³.

Além disso, a Associação Americana de Pediatria (AAP) indica que os médicos, especialmente os pediatras, obtenham um histórico cuidadoso da criança atendida, buscando identificar fatores de risco e proteção presentes na família, e informem aos pais que, muitas vezes, a frustração e a raiva são sentimentos que também acompanharão a parentagem, oferecendo orientações sobre quais estágios de

desenvolvimento infantil estão mais propensas a gerar estes sentimentos, bem como quais estratégias podem ser utilizadas para enfrentar estas situações de maneira saudável^{6,74}. A AAP recomenda, ainda, que os pediatras conversem com os pais sobre o choro do bebê, explicando seu padrão nos primeiros meses e oferecendo recursos para os cuidadores lidarem com esta situação, bem como sobre as práticas disciplinares que os mesmos utilizam com seus filhos, incentivando o uso de estratégias alternativas à punição corporal⁶.

Ainda mais importante que a identificação precoce dos casos são as ações de prevenção primária e secundária, que objetivam diminuir a ocorrência primeira do TCV. Tendo em vista a escassez de estudos e estratégias de prevenção desta forma de maus-tratos no Brasil, considera-se extremamente relevante que ações preventivas, como as descritas no artigo, sejam implementadas e avaliadas empiricamente no contexto nacional. Em especial, ressalta-se a necessidade de se criar mecanismos de controle nacional da prevalência do trauma craniano violento, de modo que se possa verificar a amplitude desta questão no Brasil, bem como possibilitar um índice para o sucesso das estratégias preventivas.

Por fim, apesar de ações específicas para a prevenção do TCV serem importantes, não se deve desconsiderar o foco na prevenção das outras formas de maus-tratos e negligência contra crianças. Isto porque, muitas vezes, o trauma craniano violento situa-se no fim de um espectro de condições que incluem outras lesões abusivas não cerebrais, negligência e abuso emocional¹², de forma que o conhecimento do pediatra para a prevenção destas formas de maus-tratos pode contribuir indiretamente para a prevenção do trauma craniano violento e vice-versa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO Press; 2006.
2. Feldman KW, Bethel R, Shugerman RP, Grossman DC, Grady MS, Ellenbogen RG. The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: a prospective study. *Pediatrics*. 2001; 108:636-46.
3. Selehl-Had H, Brandt JD, Rosas AJ, Rogers KK. Findings in older children with abusive head injury: event history analysis result. *Pediatrics*. 2006; 117:1039-44.
4. Lazoritz S, Palusci VJ. *The Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary approach*. Binghamton: The Haworth Maltreatment & Trauma Press; 2001.
5. Kajese TM, Nguyen LT, Pham GQ, Pham VK, Melhorn K, Kallail KJ. Characteristics of child abuse homicides in the state of Kansas from 1994 to 2007. *Child Abuse Negl*. 2011; 35:147-54.
6. Flaherty EG, Stirling J, The Committee on Child Abuse and Neglect. The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2012; 128:833-41.
7. Kemp A, Coles L. The role of health professionals in preventing non-accidental head injury. *Child Abuse Rev*. 2003; 12:374-83.
8. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychological problems and prevent child maltreatment. *Acad Pediatr*. 2011; 11:474-80.
9. Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B, Bilo RAC, van Rijn RR. Abusive head trauma – part I. Clinical aspects. *Eur J Pediatr*. 2012; 171:415-23.
10. Parks SE, Annet JL, Hill HA, Karch DL. *Pediatric abusive head trauma: recommended definitions for public health surveillance and research*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
11. Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA. Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *Am J Forensic Med Pathol*. 2001; 22:112-22.
12. Frasier LD. Abusive head trauma in infants and young children: a unique contributor to developmental disabilities. *Pediatr Clin North Am*. 2008; 55:1269-85.
13. Bell E, Shouldice M, Levin AV. Abusive head trauma: a perpetrator confesses. *Child Abuse Negl*. 2011; 35:74-7.
14. Nambu S, Nasu A, Shigeru N, Fujiwara S. Shaken-related child abuse: vigorous shaking of pram. *Pediatr Int*. 2012; 54:431-3.

15. Spivack B. Biomechanics of abusive head trauma. In: Lazoritz S, Palusci VJ, editors. *The Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary approach*. Binghamton: The Haworth Maltreatment & Trauma Press; 2001, p. 55-78.
16. Health Canada. *Joint Statement on Shaken Baby Syndrome*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services; 2001.
17. Case MD, editor. What does science tell us about abusive head trauma in infants and young children? [Internet]. Farmington: National Center on Shaken Baby Syndrome [cited 2010 Jul 13]. Available from: <http://www.dontshake.org/sbs.php?topNavID=3&subNavID=25&navID=283>.
18. Kemp AM. Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011; 96:202-8.
19. Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics*. 2012; 130:315-23.
20. Molina DK, Clarkson A, Farley KL, Farley NJ. A review of blunt force injury homicides of children aged 0 to 5 years in Bexar County, Texas, from 1998 to 2009. *Am J Forensic Med Pathol*. 2012; 33:344-8.
21. Parks SE, Kegler SR, Annest JL, Mercey JA. Characteristics of fatal abusive head trauma among children in the USA: 2003-2007: an application of the CDC operational case definition to national vital statistics data. *Inj Prev*. 2012; 18:193-9.
22. Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*. 2000; 356:1571-2.
23. Keenan H, Runyan D. Shaken Baby Syndrome: Lethal Inflicted Traumatic Brain Injury in young children. *N C Med J*. 2001; 62:345-8.
24. Keenan H, Runyan K, Marshall S, Nocera M, Merten D, Sinal S. A population-based study of Inflicted Traumatic Brain Injury in young children. *JAMA*. 2003; 290:621-6.
25. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Manzur P, Li V, Shaffer ML. Preventing Abusive Head Trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*. 2005; 115:470-7.
26. Kelly P, Farrant B. Shaken Baby Syndrome in New Zealand, 2000-2002. *J Paediatr Child Health*. 2008; 44:99-107.
27. Parks S, Sugerman D, Xu L, Coronado V. Characteristics of non-fatal abusive head trauma among children in the USA, 2003-2008: application of the CDC operational case definition to national hospital inpatient data. *Inj Prev*. 2012; 18:392-8.

28. Fanconi M, Lips U. Shaken baby syndrome in Switzerland: results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *Eur J Pediatr.* 2010; 169:1023-28.
29. Schnitzer PG, Slusher PL, Kruse RL, Tartelon MM. Identification of ICD codes suggestive of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2011; 35:3-17.
30. Fujiwara T, Barr RG, Brandt RF, Rajaball F, Pike I. Using international classification of diseases 10th edition, codes to estimate abusive head trauma in children. *Am J Prev Med.* 2012; 43:215-20.
31. Theodore AD, Runyan DK. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2006; 30:1353-63.
32. Runyan DK, Shankar V, Hassan F, Hunter WM, Jaund D, Paula CD, et al. International variations in harsh child discipline. *Pediatrics.* 2010; 126:e701-11.
33. Fernandes VM, Silva NL, Javorski M. Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido: conhecimento da equipe de Saúde da Família. *Nursing.* 2010; 13:304-8.
34. Squier W. The "Shaken Baby" syndrome: pathology and mechanisms. *Acta neuropathol.* 2011; 122:519-42.
35. Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs MB, Moran KT, Martin FJ, Coroneo MT. A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology.* 2010; 117:983-92.
36. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA.* 1999; 290:621-6.
37. Hennes H, Kini N, Palusci VJ. The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of Shaken Baby Syndrome. In: Lazowitz S, Palusci VJ, editors. *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach.* Binghamton: The Haworth Maltreatment & Trauma Press; 2001, p. 19-40.
38. Center of Disease and Control. Child Maltreatment: Factsheet [Internet] Atlanta: National Center for Injury Prevention & Control; 2007 [cited 2010 Jul 13] Available from: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/cmfacts.htm>
39. Greiner MV, Lawrence AP, Horn P, Newmeyer AJ, Markoroff KI. Early clinical indicators of developmental outcomes in abusive head trauma. *Childs Nerv Syst.* 2012; 28:889-96.
40. Stephens A, Kaltner M, Larkins S, Franklin RC, Taey K, Stewart R, et al. Infant abusive head trauma: incidence, outcomes and awareness. *Aust Fam Physician.* 2012; 41:823-6.

41. Brooks W, Weathers L. Overview of Shaken Baby Syndrome. In: Lazoritz S, Palusci VJ, editors. *The Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary approach*. Binghamton: The Haworth Maltreatment & Trauma Press; 2001, p. 1-8.
42. Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Shaken Baby Syndrome: rotational cranial injuries. *Pediatrics*. 2001; 108:206-10.
43. Stifter CA. Crying behavior and its impact on psychosocial child development [Internet]. *Encyclopedia on Early Childhood Development*; 2005 [cited 2010 Jun 25]. Available from: <http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/StifterANGxp.pdf>
44. Lopez FA, Junior DC. *Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade – dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais*. Barueri: Manole; 2010.
45. Seidl-de-Moura ML, Ribas AFP. *Bebês recém-nascidos: ciência para conhecer e afeto para cuidar – descubra as capacidades dos bebês*. Curitiba: Juruá Editora, 2012.
46. Barr RG, Paterson JA, MacMartin LM, Lehtonen L, Yong SN. Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic. *J Dev Behav Pediatr*. 2005; 26:14-23.
47. Barr RG, St.James-Roberts I, Keefe MR. *New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature and management*. Skillman: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001.
48. Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics*. 1962; 29:579-88.
49. Gustafson GE, Green JA. Developmental coordination of cry sounds with visual regard and gestures. *Infant Behav Dev*. 1991; 14:51-7.
50. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infant, sometimes called “colic”. *Pediatrics*. 1954; 14:421-34.
51. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 1986; 77:641-8.
52. St.James-Roberts I, Halil T. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991; 32:951-68.
53. Alvarez M, St.James-Roberts I. Infant fussing and crying patterns in the first year in an urban community in Denmark. *Acta Paediatr*. 1996; 85:463-6.
54. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286:322-6.

55. Barr RG, Konner M, Bakeman R, Adamson L. Crying in !Kung san infants: a test of the cultural specificity hypothesis. *Dev Med Child Neurol.* 1991; 33:601-10.
56. Barr RG, Chen S, Hopkins B, Westra T. Crying patterns in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 1996; 38:345-55.
57. Hofer MA. Infant crying: An evolutionary perspective. In: Barr RG, St.James-Roberts I, Keefe MR, editors. *New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature and management.* Skillman: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001, p. 59-70.
58. Pettijohn TF. Attachment and separation distress in the infant guinea pig. *Dev Psychobiol.* 1979; 12:73-81.
59. Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Negl.* 2006; 30:7-16.
60. Lee C, Barr RG, Catherine N, Wicks A. Age-related incidence of publicly reported Shaken Baby Syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *J Dev Behav Pediatr.* 2007; 28:288-93.
61. Russell BS. Revisiting the measurement of Shaken Baby Syndrome Awareness. *Child Abuse Negl.* 2010; 34:671-6.
62. Barr RG. Preventing abusive head trauma resulting from failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2012; 109:17294-301.
63. Altman RL, Canter J, Patrick PA, Daley N, Butt NK, Brand DA. Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics.* 2011; 128:e1164-72.
64. Friedman J, Reed P, Sharplin P, Kelly P. Primary prevention of pediatric abusive head trauma: a cost audit and cost-utility analysis. *Child Abuse Negl.* 2012; 36:760-70.
65. Stewart TC, Polgar D, Gilliland J, Tanner DA, Girotti MJ, Parry N, et al. Shaken baby syndrome and a triple-dose strategy for its prevention. *J Trauma.* 2011; 71:1801-7.
66. Maskauskas L, Beaton K, Meservey M. Preventing Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary response to six tragedies. *Nurs Womens Health.* 2009; 13:325-30.
67. Bechtel K, Le K, Martin KD, Shah N, Leventhal JM, Colson E. Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. *Acad Pediatr.* 2011; 11:481-6.

68. Goulet C, Frapier JY, Fortin S, Déziel L, Lampron A, Boulanger M. Developmental and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009; 38:7-21.
69. Tolliday F, Simons M, Foley S, Benson S, Stephens A, Rose D. From inspiration to action: the Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney. *Communities, Children and Families in Australia.* 2010; 5:31-47.
70. Deyo G, Skybo T, Carroll A. Secondary analysis of the “Love Me... Never Shake Me” SBS education program. *Child Abuse Negl.* 2008; 32:1017-25.
71. Walls C. Shaken Baby Syndrome education: a role for nurse practitioners working with families of small children. *J Pediatr Health Care.* 2006; 20:304-10.
72. Ward M, Bennett S, King J. Prevention of Shaken Baby Syndrome: never shake a baby. *Paediatr Child Health.* 2004; 9:319-21.
73. Gerber P, Coffman K. Nonaccidental head trauma in infants. *Child Nerv Sys.* 2007; 23:499-507.
74. Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *J Pediatr.* 2005; 81:s123-36.

Avaliação do conhecimento sobre trauma craniano violento por pais brasileiros

Lopes, N. R. L. & Williams, L. C. A. (a ser submetido). Avaliação do conhecimento sobre trauma craniano violento por pais brasileiros.

Título Abreviado: Conhecimento sobre trauma craniano violento

Resumo

A ocorrência do trauma craniano violento (TCV) pode estar associada à falta de conhecimento de cuidadores sobre o desenvolvimento infantil. Neste sentido, o presente estudo pretende investigar o conhecimento de pais sobre o padrão de choro do bebê, as estratégias para lidar com o choro e as consequências de sacudi-lo. Participaram da pesquisa 83 mães e 7 pais de recém-nascidos, que responderam ao instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê*. Os resultados do estudo sugerem um desconhecimento por parte dos pais e cuidadores sobre o TCV, principalmente no que se refere à sua gravidade. Além disso, 34.4% dos participantes relataram que sacudiriam seus bebês para fazê-los parar de chorar, ressaltando a necessidade de pesquisas e intervenções para prevenção do TCV.

Abstract

Abusive head trauma (AHT) occurrence may be associated to the caregiver's lack of knowledge about child development. This study aims to investigate parental knowledge regarding the pattern of a crying baby, the strategies used with a crying baby and the consequences of shaking. Participants were 83 mothers and seven fathers of newborns who responded the *Crying Baby Questionnaire*. Results suggest a lack of knowledge about AHT, especially regarding its severity. Furthermore, 34.4% of participants reported that they would shake their babies to make them stop crying. These results highlight the need of future studies and interventions on AHT prevention.

O trauma craniano violento (TCV) é descrito pelo Centro de Controle e Prevenção de Doença dos Estados Unidos como qualquer lesão craniana ou intracraniana decorrente de impacto brusco ou sacudida violenta em um bebê ou criança menor de 5 anos (Parks, Anest, Hill & Karch, 2012). Neste sentido, a criança é submetida a severas e repetidas forças de aceleração e desaceleração com ou sem o impacto direto da cabeça do bebê que resultam em um padrão característico de ferimentos, podendo incluir hemorragias na retina, fraturas, principalmente nas costelas e no final de ossos longos e padrões reconhecidos de ferimentos cerebrais (*Health Canada*, 2001; *National Center o Shaken Baby Syndrome*, s.d.).

De acordo com Case, Graham, Handy, Jentzen e Monteleone (2001), dentre as crianças que sofrem do trauma craniano violento, de 7 a 30%, aproximadamente, morrem, de 30 a 50% apresentam déficits cognitivos e neurológicos significativos; e 30% têm chance de recuperação total (Case, Graham, Handy, Jentzen & Monteleone, 2001). Para o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (*Center of Disease and Control*, 2007), de 25 a 30% de crianças vítimas do TCV morrem e apenas 15% sobrevivem sem qualquer sequela, apontando para a gravidade desta forma de maus-tratos.

Uma característica relevante desta forma de violência é o fato de o choro do bebê ser referido como o principal gatilho para sua ocorrência (Brooks & Weathers, 2001; Case et al., 2001; *Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics*, 2001; Hennes, Kini, & Palusci, 2001). Apesar de ser um importante meio de comunicação do bebê, o choro pode gerar sentimentos negativos nos cuidadores, sendo que alguns estudos apontam propriedades específicas do mesmo que contribuem para o sentimento de frustração que muitos cuidadores podem experimentar nos primeiros meses de vida de seu bebê (Barr, Paterson, MacMartin,

Lehtonen, & Young, 2005; Barr, St. James-Roberts & Keefe, 2001). Estas propriedades podem ser resumidas por um aumento na média diária de duração do choro nas primeiras semanas de vida do bebê, que atinge um pico por volta do segundo mês (6ª semana), apresentando uma redução após o pico. Após o quarto mês de vida o choro se torna mais intencional e mais relacionado com os eventos ambientais (Brazelton, 1972).

Além disso, o padrão de choro do bebê inclui ainda episódios de choro prolongado, inconsolável e imprevisível, que ocorrem normalmente no final da tarde ou início da noite e são acompanhados por expressões faciais de dor e aumento do tônus muscular (Barr, Trent & Cross, 2006; Lee, Barr, Catherine & Wicks, 2007). De acordo com Barr, Trent e Cross (2006) e Lee e colaboradores (2007) estas características contribuem de forma decisiva para a ocorrência do TCV.

Dada a especificidade do mecanismo de lesão desta forma de maus-tratos, bem como o fato de o choro do bebê ser seu principal fator de risco, diversos programas tem sido desenvolvidos e implementados exclusivamente para a prevenção do TCV (Deyo, Skybo & Carroll, 2008; Dias et al., 2005; Keenan & Leventhal, 2010; Runyan et al., 2009; Tolliday et al., 2010). Em sua grande maioria, estes programas objetivam fornecer informações sobre o padrão normal do choro do bebê e os riscos de sacudi-lo, bem como ensinar aos pais e cuidadores técnicas para lidar de forma saudável com seu bebê, principalmente quando ele chora (Deyo, Skybo & Carroll, 2008; Dias et al., 2005; Frasier, 2008; Keenan & Leventhal, 2010; Runyan et al., 2009; Tolliday et al., 2010).

Em revisão bibliográfica sobre o trauma craniano violento realizada por Lopes, Eisenstein e Williams (no prelo), foram encontrados apenas dois estudos publicados sobre esta temática envolvendo o Brasil nos últimos 11 anos (Fernandes, Silva & Javorski, 2010; Runyan et al., 2010). Fernandes, Silva e Javorski (2010) investigaram o conhecimento de 142 profissionais de uma equipe de Saúde da Família de um município

do interior de Pernambuco a respeito desta forma de maus-tratos. Dentre os resultados, destaca-se que 97% desses profissionais não conheciam o TCV e 60,8% relataram já ter sacudido uma criança.

O estudo de Runyan e colaboradores (2010) teve como objetivo investigar o uso de diferentes estratégias disciplinares por mães no cuidado de seus filhos em seis países diferentes, sendo eles Brasil, Chile, Egito, Índia, Filipinas e Estados Unidos. No Brasil foram entrevistadas 813 mães de um município do interior do estado de São Paulo. Noventa e seis por cento delas afirmaram utilizar estratégias disciplinares consideradas não violentas e apenas 2,3% relataram utilizar estratégias físicas avaliadas como severas, tais como queimar ou espancar a criança. Dentre as estratégias físicas severas utilizadas, destaca-se o sacudir uma criança menor de 2 anos de idade, com 10% das mães afirmando já terem utilizado esta estratégia no último ano (Runyan et al., 2010).

Ainda que estes estudos apresentem algumas limitações, seus resultados indicam que o sacudir é uma estratégia que tem sido utilizada por cuidadores e profissionais brasileiros no cuidado do bebê. Considerando o dado que 97% dos profissionais de saúde entrevistados não conheciam o TCV (Fernandes, Silva & Javorski, 2010), pode-se supor que este desconhecimento seja ainda maior na população em geral.

De acordo com Showers (2001), o primeiro passo para a prevenção desta forma de maus-tratos é a conscientização da população sobre os riscos de sacudir um bebê e o padrão normal de choro nos seus primeiros meses de vida. Tendo em vista a ausência de ações preventivas direcionadas para o TCV no Brasil, identificar as falhas ou lacunas do conhecimento de pais e cuidadores sobre esta forma de maus-tratos pode contribuir para a elaboração de políticas públicas mais eficientes e econômicas. Isto porque, reduz o número de informações a serem divulgadas, focalizando apenas naquelas em que a população parece desconhecer.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo investigar o conhecimento de pais e cuidadores sobre o padrão de choro do bebê nas primeiras semanas de vida, bem como as principais estratégias para lidar com o choro e as consequências de se sacudir um bebê.

Método

Participantes

Participaram do estudo 90 cuidadores, sendo 82 mães, 07 pais de bebês recém-nascidos (com idades de 1 a 3 dias) e uma gestante. Todos os cuidadores se encontravam na maternidade por ocasião do nascimento dos filhos. A idade dos participantes variou de 14 a 42 anos, sendo que a média foi de 26 anos.

A escolaridade dos participantes variou de Ensino Fundamental Incompleto a Ensino Superior Completo, sendo que 32% apresentavam Ensino Médio Completo e 21% Ensino Médio Incompleto. Em relação à condição socioeconômica, 49% dos participantes eram da classe C, que corresponde a uma renda familiar média entre R\$ 962,00 e R\$ 1.459,00.

Oitenta por cento dos participantes afirmaram ter tido experiência prévia no cuidado de bebês, sendo que desses, 91% afirmaram uma frequência de cuidado de cinco dias por semana ou mais.

Local

A coleta de dados foi realizada na maternidade de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo (221.950 habitantes)².

Instrumentos

Considerando a inexistência de instrumentos nacionais específicos para medir o conhecimento sobre o trauma craniano violento, foi utilizado o *Crying Baby*

² Fonte de Dados: Contagem da População de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Questionnaire (Questionário sobre o Choro do Bebê), desenvolvido por Tolliday e colaboradores (2010), na Austrália, com o intuito de avaliar o programa de prevenção *Shaken Baby Prevention Project* (Projeto de Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido) implementado no *The Children's Hospital at Weastmead* (Hospital da Criança de Weastmead). Este questionário pretende avaliar o conhecimento de pais e cuidadores sobre as razões para o choro do bebê e as consequências de sacudi-lo, bem como avaliar o potencial de uso de diferentes estratégias para lidar com o choro do bebê. Cabe destacar que não foram encontradas informações sobre as propriedades psicométricas desse instrumento em sua versão original.

Para utilização no Brasil, o instrumento foi traduzido e adaptado após autorização dos autores. Este processo iniciou-se com a tradução literal de cada afirmativa e/ou questão dos questionários pela primeira autora e revisada pela segunda. Em seguida, cada item foi avaliado quanto à gramática, semântica, sintaxe e pertinência. O questionário foi, então, enviado a três juízes, sendo um pesquisador da área de violência contra criança e dois da área de desenvolvimento infantil, para que os mesmos analisassem a representatividade e a clareza dos itens. Cada juiz recebeu uma carta solicitando a colaboração na avaliação do instrumento, uma cópia do instrumento e um material escrito apresentando a descrição e especificidade teórica do material. As sugestões de cada juiz foram avaliadas e, quando consideradas pertinentes, incluídas no instrumento.

Além disso, foi realizado um estudo piloto com 52 estudantes universitários e profissionais da área da saúde e educação, durante a realização de um seminário sobre trauma craniano violento. O questionário foi aplicado a todos os participantes do seminário antes e após a realização de uma palestra sobre o TCV e a exibição do vídeo *Lidando com o Choro do Bebê*. A avaliação dos resultados mostrou que, após a palestra

e a exibição do vídeo, os participantes passaram a atribuir a razão do choro menos a características do bebê e mais a fatores ambientais e a estimar de forma mais acurada a média de horas que o bebê costuma chorar por dia. Estes resultados forneceram indícios de que o instrumento conseguia medir alteração de conhecimento e atitude sobre o TCV, demonstrando-se útil para utilização no presente estudo.

Entretanto, o instrumento mostrou-se limitado para avaliação do conhecimento sobre as estratégias adequadas para lidar com o choro do bebê e sobre as consequências de se sacudir um bebê. Isso ocorreu em função de essas questões serem abertas, permitindo respostas evasivas e que dificultariam a análise estatística dos dados. Neste sentido, as questões foram reformuladas de modo que se tornassem fechadas.

Em sua versão final, o *Questionário sobre o Choro do Bebê* reformulado aborda cinco aspectos relacionados ao trauma craniano violento: a) possíveis razões para o choro do bebê (20 itens), b) estratégias para lidar com o choro do bebê (23 itens), c) consequências de se sacudir um bebê (15 itens), d) número de horas que um bebê pode chorar por dia (1 item) e e) sentimentos associados ao cuidado do bebê (1 item). A Tabela 1 apresenta as questões de cada aspecto do instrumento, bem como um exemplo de item e suas opções de respostas.

Procedimento

Cuidados éticos.

A maternidade foi contatada para que autorizasse a realização da coleta de dados em suas dependências. Após autorização, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, que emitiu parecer favorável à realização da pesquisa (Parecer nº 338/2011).

Tabela 1

Exemplos de questão, item e opções de respostas para cada aspecto do instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê*.

Aspecto	Questão	Item	Opções de Resposta				
Razões	O que você acha que pode fazer um bebê chorar?	O bebê estar doente.	Discordo Fortemente	Discordo	Não Sei	Concordo	Concordo Totalmente
Estratégias	Imagine que você está sozinho, cuidando de um bebê e este não para de chorar. Atribua uma nota de 0 a 5 para cada alternativa abaixo de acordo com o que você faria nesta situação.	Alimentaria o bebê novamente.	Nunca Faria	Provavelmente Não Faria	Não Sei	Provavelmente Faria	Certamente Faria
Consequências	O que você acredita que pode acontecer com o bebê se ele for sacudido?	O bebê pode vomitar.		Sim	Não		Não Sei
Sentimento	Cuidar de um bebê pode ser cansativo e estressante.		Discordo Fortemente	Discordo	Não Sei	Concordo	Concordo Totalmente
Número de Horas	Quantas horas por dia um bebê normal e saudável pode chorar?		0 a 1	2 a 3	4 a 5		6 ou mais

Coleta de dados.

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, iniciou-se a coleta de dados na maternidade. Os nomes e os leitos das possíveis participantes eram fornecidos pelas enfermeiras do serviço de Banco de Leite da maternidade. Essas profissionais realizavam um levantamento diário de todas as mulheres que haviam tido filho no dia anterior para que pudessem passar as orientações sobre aleitamento. Este levantamento era passado para a primeira autora, que realizava o sorteio de duas mães para realizar a intervenção.

A primeira autora se dirigia até o leito da puérpera sorteada, convidando-a a participar da pesquisa. Em caso de recusa ou desistência, era sorteada outra mãe. Na maternidade onde ocorreu a coleta de dados havia três possibilidades de configuração dos quartos: 1) quatro leitos e um banheiro compartilhado; 2) dois leitos e um banheiro compartilhado com outro quarto com dois leitos; e 3) um leito com banheiro privado. Assim, quando as participantes eram internadas em quartos com mais de um leito, todas as outras mães internadas no mesmo quarto eram também convidadas a participar da pesquisa.

Ao lado do leito de cada participante, a primeira autora explicava os objetivos, o procedimento, os riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia de seu anonimato. Quando o parceiro da puérpera estava presente no quarto, ele também era convidado a participar do estudo. Era, então, solicitado o consentimento da participação de ambos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada participante deveria assinar o seu próprio TCLE, ou seja, um para a puérpera e outro para o parceiro.

Em seguida o *Questionário sobre o Choro do Bebê* era respondido por meio de entrevista, ou seja, a primeira autora lia os itens e anotava as respostas dos participantes.

Nas ocasiões em que o parceiro também participava do estudo, ele respondia o questionário individualmente, ao mesmo tempo em que a primeira autora aplicava o instrumento com a mãe. A coleta de dados ocorreu ao longo de 8 meses.

Análise dos Dados

Para análise dos dados obtidos por meio do *Questionário sobre o Choro do Bebê*, foram realizadas análises descritivas utilizando o software SPSS versão 18, tendo sido calculada a frequência de respostas.

Resultados e Discussão

As análises descritivas serão apresentadas de acordo com cada aspecto medido pelo instrumento: a) possíveis razões para o choro do bebê; b) estratégias para lidar com o choro do bebê; c) consequências de sacudir o bebê; d) número diário de horas que um bebê pode chorar; e e) sentimentos associados ao cuidado do bebê.

Possíveis Razões Para o Choro do Bebê

Em relação às possíveis razões para o choro do bebê, os itens foram agrupados em quatro categorias: a) razões relacionadas às condições do bebê (6 itens); b) razões relacionadas às características de personalidade do bebê (10 itens); c) razões relacionadas ao cuidador ou ao ambiente (2 itens); e d) padrão de choro do bebê (2 itens). Para análise dos dados, as respostas *Discordo Totalmente e Discordo* foram agrupadas na categoria *Discordo*. Da mesma forma, as respostas *Concordo Totalmente e Concordo* foram agrupadas na categoria *Concordo*.

As razões relacionadas às condições do bebê incluem aquelas relativas ao seu estado, tais como estar com fome, com dor ou doente. As razões relacionadas às características de personalidade do bebê referem-se a seus traços pessoais, tais como ser “mimado” ou impaciente. Por último, entendem-se condições do cuidador ou do ambiente como aos estados do cuidador, como estar estressado, e do ambiente, como

estar barulhento. A categoria “padrão de choro do bebê” inclui os itens que não se referem às razões do choro, mas questionam o conhecimento dos cuidadores sobre seu padrão. A Tabela 2 apresenta as porcentagens de resposta para cada item do questionário relativo às razões do choro do bebê separados por categoria.

Tabela 2

Porcentagens de resposta para cada item do questionário relativo às razões do choro do bebê (n=90).

Itens	% de Respostas Concordo	% de Respostas Discordo	% de Respostas Não Sei
Características de Personalidade do Bebê	55.5	29.0	14.7
Bebê é mimado	76.7	13.3	10.0
Bebê é mal comportado	41.1	40.0	18.9
Bebê é genioso	53.3	31.1	15.6
Bebê é muito exigente	37.8	41.1	21.1
Bebê é teimoso	50.0	35.6	14.4
Bebê é impaciente	76.7	14.4	8.9
Condições do Bebê	84.1	10.4	5.4
Bebê estar doente	94.4	3.3	2.2
Bebê estar cansado	64.4	26.7	8.9
Bebê estar com fome	99.0	0.0	1.0
Bebê estar com fralda suja	95.6	4.4	0.0
Bebê estar com dor	99.0	0.0	1.0
Leite da mamadeira está ruim	83.3	8.9	7.8
Bebê estar entediado	62.2	23.3	14.4
Bebê estar triste	56.7	28.9	14.4
Bebê estar reclamando de algo	93.3	3.3	3.3
Bebê querer colo	93.3	4.4	2.2
Condições do Cuidador ou do Ambiente	78.9	11.1	10.0
Cuidador está estressado	74.4	12.2	13.3
Ambiente está barulhento	83.3	10.0	6.7
Padrão de Choro do Bebê	49.4	4.4	46.1
É natural que um bebê chore	80.0	2.2	17.8
Os bebês choram sem motivo	18.9	6.7	74.4

Os participantes tenderam a concordar mais com motivos relacionados às condições do bebê (84.1%), do que a suas características de personalidade (55.5%) ou às condições do cuidador ou do ambiente (78.9%). Dentre as razões apontadas como *menos* prováveis de fazer o bebê chorar estão aquelas relacionadas com as características do bebê (29%), principalmente o bebê ser exigente e mal comportado, com 41.1% e 40% de discordância, respectivamente. Em suma, apesar de os participantes atribuírem com frequência as razões do choro a condições do bebê, eles também consideraram que as características de personalidade do bebê podem contribuir para este comportamento.

Considerar a atribuição feita pelos pais ou cuidadores sobre as possíveis razões do choro é importante, visto que esta crença poderá influenciar a escolha das estratégias que utilizarão no cuidado com seu bebê (Nash, Morris & Goodman, 2008). Neste sentido, considerar o choro como consequência de um traço de personalidade do bebê, parece limitar o número de estratégias possíveis para lidar com tal comportamento.

Quando é mencionado traço de personalidade, trata-se de uma característica relativamente estável na forma de pensar, sentir e se comportar (Sisto, 2004), sendo, neste sentido, difícil de ser modificada e, assim podendo permanecer com o bebê por um longo período ou até o final de sua vida. Desta forma, esse caráter imutável da personalidade pode implicar na ideia que não existe o que possa ser feito para mudar o comportamento do indivíduo, neste caso, o choro do bebê. Com isso, o cuidador dificilmente considerará utilizar, por exemplo, estratégias relacionadas ao cuidador ou ao ambiente.

Por outro lado, atribuir as causas do choro a fatores externos ao bebê, como, por exemplo, ao seu estado atual ou à condição do ambiente, aumenta o número de estratégias disponíveis para o cuidador lidar com o choro, diminuindo a possibilidade do

aparecimento de sentimentos de frustração ou raiva e diminuindo a probabilidade de o cuidador sacudir seu bebê. Neste sentido, ressalta-se a importância de intervenções educacionais, que possam alterar as crenças dos cuidadores sobre as possíveis causas do choro do bebê para a prevenção do trauma craniano violento.

Em relação ao padrão de choro do bebê, 80% dos participantes concordaram ser natural um bebê chorar e 74.4% discordaram que o choro do bebê poderia ocorrer sem qualquer razão.

Após a aplicação do instrumento, observou-se que os participantes tiveram dificuldade em responder ao item “Bebês choram sem motivo”. Este item objetivava investigar se os pais identificariam a possibilidade de ocorrência de episódios de choro inconsolável e sem razão aparente, como o proposto na literatura (Barr et al., 2005; Barr, Trent, & Cross, 2006; Lee et al., 2007). Entretanto, a redação do item impede que ele seja compreendido. Sugere-se, assim, que este item seja alterado para “Bebês choram sem uma razão aparente”.

Nash, Morris e Goodman (2008) investigaram a opinião de 24 mães e dois pais sobre os sentimentos evocados pelo choro do bebê, fatores que influenciam o modo como lidam com o choro do bebê e as possíveis razões para o choro. Os pais entrevistados relataram que um dos principais motivos para o choro do bebê era ganhar atenção.

No presente estudo, não foi investigada diretamente a concordância dos pais em relação à razão “ganhar atenção”. Entretanto, foi investigada a razão “querer colo”, que, frequentemente, é interpretada como uma forma de ganhar atenção do cuidador. Nesse sentido, o presente estudo parece corroborar os dados de Nash, Morris e Goodman (2008), uma vez que 93.3% dos participantes concordaram que o bebê querer colo pode ser um possível motivo para o choro. De acordo com Nash, Morris e Goodman (2008) é

importante ter cautela com esta percepção dos pais acerca do choro do bebê, visto que, em alguns casos, acreditar que um bebê chore apenas para ganhar atenção pode gerar sentimentos de ressentimento e frustração, aumentando o risco para ocorrência de maus-tratos, especialmente o trauma craniano violento (Nash, Morris & Goodman, 2008).

Estratégias Para Lidar Com o Choro do Bebê

As alternativas de estratégias para lidar com o choro do bebê oferecidas pelo instrumento *Questionário sobre o Choro do Bebê* podem ser classificadas em cinco categorias, à saber: a) estratégias relacionadas à satisfação das necessidades básicas do bebê (3 itens), b) estratégias relacionadas ao cuidador, ou seja, estratégias que o cuidador pode utilizar para regular suas próprias emoções (6 itens); c) estratégias relacionadas ao ambiente do bebê (3 itens); d) estratégias negativas ao desenvolvimento do bebê (3 itens); e e) estratégias relacionadas ao bebê, ou seja, aquelas em que o cuidador lida diretamente com o bebê, excluindo a satisfação de necessidades básicas (8 itens). Para análise dos dados, as respostas *Discordo Totalmente e Discordo* foram agrupadas na categoria *Discordo*. Da mesma forma, as respostas *Concordo Totalmente e Concordo* foram agrupadas na categoria *Concordo*.

A Tabela 3 apresenta as porcentagens de resposta para cada item do questionário relativo às estratégias para lidar com o choro do bebê, separados por categoria. Dentre as principais estratégias utilizadas pelos participantes encontram-se as relacionadas ao bebê (88.6%) e à satisfação de suas necessidades básicas (88.5%). Estes dados corroboram os encontrados no estudo australiano de Tolliday e colaboradores (2010), em que 116 cuidadores responderam ao *Crying Baby Questionnaire*. No estudo, 84% dos participantes relataram que utilizariam estratégias relacionadas diretamente ao bebê para lidar com seu choro.

Tabela 3

Porcentagens de resposta para cada item do questionário relativo às estratégias para lidar com o choro do bebê (n=90).

Itens	% Faria	% Não Faria	% Não Sei
Estratégias Relacionadas à Satisfação das Necessidades Básicas do Bebê	88.5	7.0	4.4
Alimentar o bebê novamente	92.2	6.7	1.1
Trocar a fralda	100.0	0.0	0.0
Trocar a roupa	73.3	14.4	12.2
Estratégias Relacionadas ao Bebê	88.6	8.3	3.1
Abraçaria o bebê.	95.6	3.3	1.1
Faria uma massagem no bebê	94.4	4.4	1.1
Daria chupeta para o bebê	62.2	7.8	30.0
Traria o bebê para perto do corpo	100.0	0.0	0.0
Distrairia o bebê com brinquedos	86.7	10.0	3.3
Levaria o bebê para um passeio ao ar livre	87.8	4.4	7.8
Cantaria uma música para o bebê.	90.0	7.8	2.2
Ninaria o bebê	92.2	6.7	1.1
Estratégias Relacionadas ao Ambiente	62.6	31.1	6.3
Colocaria uma música para o bebê	72.2	18.9	8.9
Colocaria o bebê em um lugar mais escuro	20.0	71.1	8.9
Colocaria o bebê em um lugar mais tranquilo, com menos barulho	95.6	3.3	1.1
Estratégias Relacionadas ao Cuidador	41.7	53.3	5.0
Colocaria o bebê no berço	24.4	68.9	6.7
Deixaria o bebê sozinho no berço e sairia do quarto por um tempo para respirar fundo e se acalmar	10.0	87.8	2.2
Consultaria um pediatra ou outro profissional de saúde	96.7	2.2	1.1
Pediria para alguém mais experiente cuidar do bebê	62.2	25.6	12.2
Pediria para alguém mais calmo cuidar do bebê	54.4	38.9	6.7
Deixaria o bebê sozinho no berço e sairia do quarto por um tempo para assistir televisão ou ouvir uma música	2.2	96.7	1.1
Estratégias Negativas	12.2	84.4	3.3
Gritaria com o bebê	1.1	98.9	0.0
Daria um tapa na bundinha do bebê	1.1	97.8	1.1
Sacudiria o bebê para tentar acalmá-lo	34.4	56.7	8.9

Em contraste, as estratégias menos prováveis de serem utilizadas foram as negativas (84.4% de discordância) e as relacionadas ao cuidador (53.3% de discordância). Estes resultados parecem reforçar a hipótese de que as crenças sobre as razões do choro do bebê influenciam a escolha das estratégias para lidar com ele. O fato de que 55.5% dos participantes atribuíram ao choro razões relacionadas à personalidade do bebê pode oferecer uma das explicações para a discordância em relação às estratégias relacionadas ao cuidador.

Outra explicação para esta discordância pode estar relacionada a uma possível crença de que, quando o bebê chora, o cuidador deve manter-se próximo a ele. Dentre as estratégias relacionadas ao bebê mais utilizadas, estão “Trazer o bebê para perto do corpo” (100%) e “Abraçar o bebê” (95.6%). Em contrapartida, as estratégias menos utilizadas relacionadas ao cuidador foram: “Deixar o bebê sozinho e sair do quarto por um tempo para assistir televisão ou ouvir uma música” (2.2%), “Deixar o bebê sozinho e sair do quarto por um tempo para respirar fundo e se acalmar” (10%) e “Colocar o bebê no berço” (24.4%).

A proximidade ao bebê nestas situações é adequada e recomendada para o fortalecimento do vínculo cuidador – bebê (Lopez & Júnior, 2010). Entretanto, estas estratégias são adequadas somente quando os cuidadores encontram-se calmos e pacientes. Quando o choro gera sentimentos de frustração, incapacidade, raiva ou desespero, a estratégia mais adequada para esta situação consiste em afastar-se do ruído do choro, deixando o bebê sozinho em um lugar seguro ou, quando possível, na companhia de alguém mais experiente e calmo (Runyan & Zolotor, 2009). Neste sentido, é importante ensinar aos pais identificarem seus próprios sentimentos, especialmente a raiva, o estresse e a frustração, como lidar de forma adequada com estes

sentimentos e, principalmente que estratégias podem utilizar nestes momentos para lidar de forma segura com o bebê choroso (Runyan & Zolotor, 2009).

De acordo com Nash, Morris e Goodman (2008), parece haver uma diferença de gênero em relação à estratégia de pedir ajuda para lidar com bebê. Em seu estudo, metade dos cuidadores entrevistados relatou que, diante do choro do filho, os pais (homens) passavam o cuidado para a mãe ou avó do bebê (Nash, Morris & Goodman, 2008). No presente estudo, as mães concordaram mais em pedir ajuda (62.7% de concordância para o item referente a pedir ajuda para alguém mais experiente e 55.4% para o item referente a pedir ajudar para alguém mais calmo) do que os pais (42.9% para ambos os itens). Entretanto, ressalta-se a necessidade de mais estudos que investiguem esta questão, visto que o número relativamente reduzido de pais na amostra impossibilita conclusões definitivas.

Apesar da alta discordância dos participantes em relação às estratégias relacionadas ao cuidador, elas foram mais prováveis de serem utilizadas no presente estudo do que no Tolliday e colaboradores (2010). Nesse estudo, apenas 11% dos participantes consideraram utilizá-las. Além disso, os participantes do presente estudo foram mais prováveis de utilizar as estratégias relacionadas ao ambiente do bebê (62.6%) do que a amostra australiana (5%). Estes dados parecem indicar uma diferença cultural em relação às estratégias utilizadas pelos cuidadores para lidar com o bebê, ressaltando a necessidade de estudos nacionais sobre o tema.

Em relação ao item “Sacudiria o bebê para tentar acalmá-lo”, 34% dos participantes assinalaram *Certamente Faria* ou *Provavelmente Faria*, revelando um dado preocupante. Apesar de não ser maioria, a porcentagem de participantes que considerou sacudir o bebê como uma estratégia para lidar com o choro foi maior do que no estudo de Runyan e colaboradores (2010), em que 10% das 813 mães de Embú-SP

entrevistadas relataram ter sacudido seus filhos menores de 2 anos de idade no último ano.

Entretanto, vale ressaltar que o presente estudo investigou a probabilidade de os pais utilizarem o sacudir como estratégia para acalmar o bebê, enquanto Runyan et al. (2010) investigaram a ocorrência passada de eventos envolvendo o sacudir em bebês menores de 2 anos de idade. Desta forma, pode-se esperar uma porcentagem maior tal como a obtida no presente estudo, já que considerar o sacudir como estratégia para lidar com o bebê tem menos implicações negativas do que admitir o ato de se sacudir o próprio filho.

Outra questão que merece destaque refere-se ao fato de o presente instrumento não deixar exatamente claro o que consiste “sacudir um bebê”. Deste modo, é possível que os participantes tenham entendido o termo “sacudir” como balançar ou ninar, estratégias apropriadas que não levam às consequências negativas do sacudir de forma violenta. Ressalta-se, assim, a necessidade de aprimoramento do instrumento, de forma a esclarecer o que consiste o comportamento de sacudir um bebê.

Número de Horas Diárias de Choro do Bebê

A Figura 1 apresenta a porcentagem de participantes que escolheu cada um dos períodos oferecidos como opção de resposta, ou seja, de 0 a 1 hora, de 2 a 3 horas, de 4 a 5 horas e de 6 horas ou mais. Apenas 32% dos participantes afirmaram corretamente o número de horas que um bebê normal e saudável pode chorar por dia (de 2 a 3 horas) (Tolliday et. al, 2010).

Pode-se observar um desconhecimento dos participantes sobre o número médio de horas que um bebê saudável pode chorar por dia, visto que as porcentagens para cada opção foram próximas uma das outras. Entretanto, este desconhecimento parece não ser uma questão apenas desta amostra, visto que no estudo de Tolliday e colaboradores

(2010) na Austrália, 40% dos participantes relataram corretamente o número médio de horas de choro por dia, porcentagem próxima à do presente estudo.

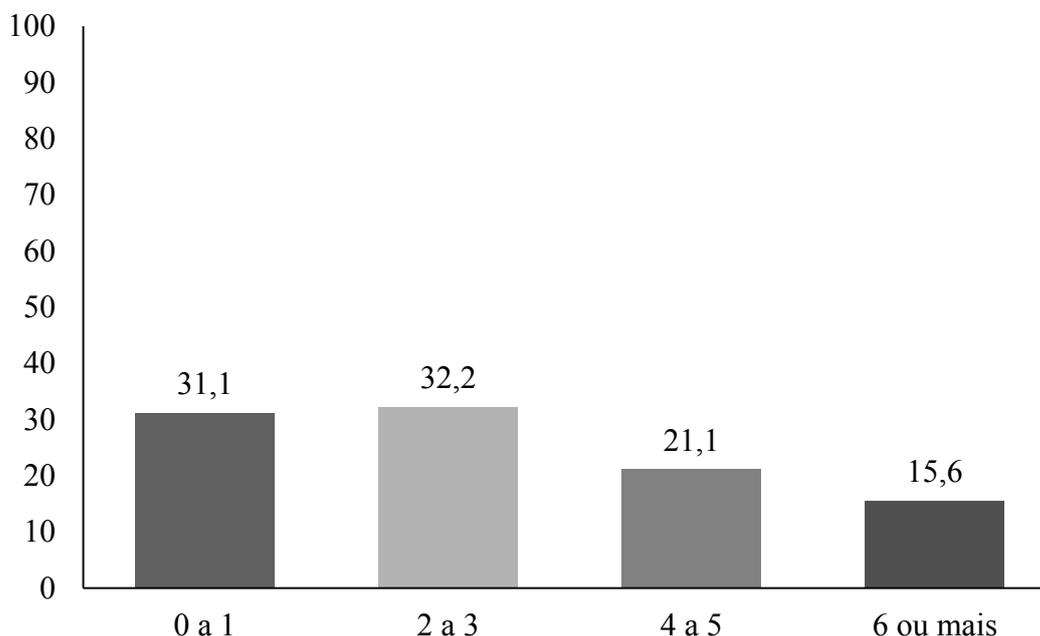


Figura 1. Frequência (%) de cada opção de resposta para a questão sobre o número de horas diário do choro do bebê.

Estes dados apontam a necessidade de ações educativas dirigidas a pais e outros cuidadores sobre desenvolvimento infantil, de modo que, informados, possam criar expectativas mais realistas sobre o comportamento de seus bebês. No estudo de Tolliday e colaboradores (2010), a exibição de um vídeo informativo sobre trauma craniano violento aumentou o conhecimento dos participantes sobre o padrão de choro do bebê, indicando algumas possibilidades de intervenções breves que podem ser realizadas no contexto brasileiro.

Sentimentos Associados ao Cuidado do Bebê

Nash, Morris e Goodman (2008) destacam a importância de se investigar os sentimentos associados ao choro do bebê, tendo em vista que a ocorrência do trauma craniano violento tem sido relacionada com sentimentos negativos dos pais em relação

ao cuidado com o bebê. No presente estudo, 73% dos participantes afirmaram que cuidar de um bebê pode ser cansativo e estressante. Este resultado pode ser considerado relevante no sentido que, ao acreditar que o cuidado de um bebê nem sempre é uma tarefa fácil, pais e cuidadores podem estar mais abertos a programas que os auxiliem a lidar com os próprios sentimentos no cuidado com o filho, bem como solicitar ajuda de redes de apoio.

Considerando que 53.3% dos participantes afirmaram que não utilizariam estratégias relacionadas ao cuidador para lidar com um bebê choroso, destaca-se a necessidade de ensinar a estes pais que a utilização destas estratégias pode ser adequada e saudável, no sentido de regular suas próprias emoções e prevenir agressões contra o bebê. Entretanto, sugere-se a inclusão no questionário de outros itens relacionados aos sentimentos evocados no cuidado do bebê. No estudo de Nash, Morris e Goodman (2008), por exemplo, os pais relataram, principalmente, sentirem-se culpados por não serem capazes de acalmar seus bebês. Pensando em possíveis intervenções com pais de recém-nascidos, torna-se relevante a investigação dessas questões no contexto brasileiro.

Consequências de se Sacudir o Bebê

Os itens referentes às consequências de se sacudir um bebê foram classificados em três categorias: a) consequências graves (9 itens); b) consequências não graves (4 itens); e c) consequências inadequadas, ou seja, itens que não correspondem a consequências reais de se sacudir um bebê (2 itens). A Tabela 4 apresenta as porcentagens de resposta para cada item do questionário relativo às consequências de sacudir um bebê, separados por categoria.

Tabela 4

Porcentagens de resposta para cada item do questionário relativo às consequências de sacudir um bebê (n=90).

Itens	% de Sim	% de Não	% de Não Sei
Consequências Graves	50.1	15.6	34.3
Futuramente o bebê pode ter problemas para aprender	62.2	13.3	24.0
Futuramente o bebê pode ter problemas com a fala	48.9	13.3	38.0
O bebê pode desenvolver deficiência física	55.6	11.1	33.0
O bebê pode desenvolver deficiência mental	52.2	15.6	32.0
O bebê pode desenvolver problemas com a visão	31.1	24.4	43.0
O bebê pode ter paralisia cerebral	38.9	20.0	41.0
O bebê pode ter parada cardíaca	33.3	21.1	46.0
O bebê pode ter convulsões	63.3	6.7	30.0
Pode levar à morte do bebê	65.6	13.3	21.0
Consequências Não Graves	90.0	2.5	7.5
O bebê pode vomitar	100.0	0.0	0.0
O bebê pode não conseguir se alimentar	77.8	3.3	19.0
O bebê pode ficar mais nervoso	90.0	4.4	6.0
O bebê pode chorar mais	93.3	2.2	4.0
Consequências Inadequadas	15.6	75.0	9.4
Nada	7.8	80.0	12.0
O bebê pode se acalmar	23.3	70.0	7.0

Observa-se que a categoria que obteve maior concordância foi *Consequências Não Graves*, com 90% dos participantes respondendo *Sim*. Em contraste, a categoria *Consequências Inadequadas* obteve maior discordância, com 75% dos participantes respondendo *Não*. Estes dados parecem indicar que os participantes do estudo acreditam que sacudir um bebê pode trazer consequências negativas a ele, sendo as mais frequentemente apontadas: vômitos (100%), ficar ainda mais nervoso (90%), chorar ainda mais (93.3%) e dificuldade para se alimentar (77.8%).

Entretanto, pode-se observar que 34.4% dos participantes responderam *Não Sei* para os itens da categoria *Consequências Graves*, indicando que, apesar de acreditarem

que sacudir um bebê leva a consequências negativas, parecem não saber se as mesmas podem ser graves. Neste sentido, os resultados apontam para uma falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos dessa forma de violência para suas vítimas. Estes resultados são similares aos encontrados por Tolliday e colaboradores (2010), em que apenas 17% dos participantes acreditavam que sacudir um bebê poderia levar à morte.

Observa-se, ainda, que 23.3% dos participantes afirmaram que sacudir o bebê pode ajudar a acalmá-lo. Considerando este resultado em conjunto com o dado anterior de que 34.4% sacudiriam seu bebê para tentar acalmá-lo, pode-se inferir que existe uma amostra expressiva de participantes, ainda que não a maioria, que acredita que sacudir o bebê pode trazer benefícios, aumentando a probabilidade de fazê-lo.

Cabe ressaltar, entretanto, que esta porcentagem é consideravelmente menor do que a encontrada no estudo de Tolliday e colaboradores (2010), na Austrália, em que 64% dos participantes acreditavam que sacudir um bebê poderia acalmá-lo. Estes resultados apontam, novamente, para uma possível diferença cultural em relação às crenças e práticas relacionadas ao cuidado do bebê. Esta diferença evidencia a necessidade de estudos nacionais sobre o tema, de modo que as intervenções para prevenção do trauma craniano violento estejam mais adequadas para o contexto brasileiro.

Conclusão

O presente estudo sugere um desconhecimento parcial por parte dos pais e cuidadores sobre o trauma craniano violento, principalmente no que refere à sua gravidade. Além disso, o estudo aponta para uma possível crença por parte de alguns pais de que o choro do bebê é ocasionado por traços pessoais do bebê, o que prejudica as possíveis intervenções nestas situações. Ressalta-se, entretanto, que estes resultados

não podem ser ampliados para a população brasileira, mas indicam direções possíveis e necessárias de investigação de pesquisas posteriores no Brasil.

Em estudo realizado por Runyan e colaboradores (2010) em município de médio porte do Estado de São Paulo, 10% das mães relataram já ter sacudido seus filhos no último ano quando estes tinham menos de 2 anos de idade (Runyan et. al., 2010). Observa-se, assim, que o aparente desconhecimento do TCV no Brasil não parece significar a inexistência desta forma de maus-tratos no país. A principal implicação deste desconhecimento é a ausência de intervenções e programas específicos para a prevenção de casos de TCV.

Neste sentido, uma importante contribuição do presente estudo refere-se à identificação das lacunas do conhecimento de pais e cuidadores sobre o TCV, indicando que, para serem efetivas, as ações de prevenção deveriam direcionar suas mensagens para os riscos decorrentes de sacudir um bebê, bem como ao padrão de choro nos primeiros meses de vida. A crença de que o bebê não deva ser deixado chorando sozinho, observada no presente estudo, também deve ser considerada na elaboração de ações preventivas do TCV, de modo a orientar pais e cuidadores sobre estratégias adequadas para lidar com seus próprios sentimentos, sendo uma delas afastar-se do bebê.

Entretanto, cabe destacar, que o instrumento utilizado no presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, ele inclui um número reduzido de itens relacionados ao padrão de choro do bebê nos primeiros meses de vida. Além disso, em relação às estratégias para lidar com o choro do bebê, o instrumento apresenta um número reduzido de estratégias relacionadas à regulação emocional do cuidador que não envolvem afastar-se do bebê. Desta forma, para estudos posteriores, sugere-se que o instrumento seja reformulado e tenha suas propriedades psicométricas integralmente

avaliadas, de modo a torna-lo mais acurado para a avaliação do conhecimento sobre TCV.

Referências Bibliográficas

- Barr, R. G., Paterson, J. A., MacMartin, L. M., Lehtonen, L., & Young, S. N. (2005). Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(1), 14-23.
- Barr, R. G., St.James-Roberts, I. & Keefe, M. R. (2001). *New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature and management*. Skillman: Johnson & Johnson Pediatric Institute.
- Barr, R. G., Trent, R. B., & 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(1), 7-16.
- Brazelton, T. B. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29, 579-588.
- Brooks, W., & Weathers, L. (2001). Overview of Shaken Baby Syndrome. In: S. Lazoritz, & V. J. Palusci, *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach* (pp. 1-8). Binghamton, NY: The Haworth Maltreatment & trauma Press.
- Case, M. E., Graham, M. A., Handy, T. C., Jentzen, J. M., & Monteleone, J. A. (2001). Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 22(2), 112-122.
- Center of Disease and Control. (2007). *Child Maltreatment: Factsheet*. Acesso em 13 de Julho de 2010, disponível em <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/cmfacts.htm>
- Commitee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. (2001). Shaken Baby Syndrome: Rotational cranial injuries - technical report. *Pediatrics*, 108(1), 206-210.
- Deyo, G., Skybo, T., & Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the "Love Me...Never Shake Me" SBS education program. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1017-1025.

- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing Abusive Head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115(4), 470-477.
- Fernandes, V. M., Silva, N. L., & Javorski, M. (2010). Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido: Conhecimento da equipe de Saúde da Família. *Nursing*, 13(145), 304-308.
- Frasier, L. D. (2008). Abusive head trauma in infants and young children: A unique contributor to developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6), 1269-1285.
- Health Canada. (2001). *Joint Statement on Shaken Baby Syndrome*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Hennes, H., Kini, N., & Palusci, V. J. (2001). The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of Shaken Baby Syndrome. In: S. Lazoritz, & V. J. Palusci (Eds.), *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach* (pp. 19-40). Binghamton, NY: The Hayworth Maltreatment & trauma Press.
- Keenan, H. T., & Leventhal, J. M. (2010). A Case-Control Study to Evaluate Utah's Shaken Baby Prevention Program. *Academic Pediatrics*, 10(6), 389-394.
- Lee, C., Barr, R. G., 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(4), 288-293.
- Lopes, N. R. L., Eisenstein, E. & Williams, L. C. A. (no prelo). Trauma craniano violento pediátrico: Uma revisão da literatura. *Jornal de Pediatria*.
- Lopez, F. A. & Júnior, D. C. (2010). *Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade – dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais*. Barueri, SP: Manole.

- Nash, C., Morris, J. & Goodman, B. (2008). A study describing mothers' opinion of the crying behavior of infants under one year of age. *Child Abuse Review*, 17, 191-200.
- National Center on Shaken Baby Syndrome. (s.d.). *What does science tell us about abusive head trauma in infants and young children?* Acesso em 13 de Julho de 2010, disponível em <http://www.dontshake.org/sbs.php?topNavID=3&subNavID=25&navID=280>.
- Parks, S.E., Annett, J.L., Hill, H.A. & Karch, D.L. (2012). *Pediatric abusive head trauma: Recommended definitions for public health surveillance and research*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Runyan, D. K., Shankar, V., Hassan, F., Hunter, W. M., Jain, D., Paula, C. S., Bangdiwala, S. I., Ramiro, L. S., Muñoz, S. R., Vizcarra, B. & Bordin, I. A. (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126(3), e701-e711.
- Runyan, D. K., Hennink-Kaminski, H. J., Zolotor, A. J., Barr, R. G., Murphy, R. A., Barr, M., Sullivan, K, Dougall, E. K. & Nocera, M.. (2009). Designing and Testing a Shaken Baby Syndrome Prevention Program - The Period of PURPLE Crying: Keeping babies safe in North Carolina. *Social Marketing Quarterly*, 15(4), 2-24.
- Runyan, D. K. & Zolotor, A. (2009). The Period of PURPLE Crying: Keeping babies safe in North Carolina. In: K. A. Dodge & D. L. Coleman (Eds.), *Preventing Child Maltreatment – Community Approaches* (pp. 102-118). New York, NY: The Guilford Press.
- Showers, J. (2001). Preventing Shaken Baby Syndrome. In: S. Lazowitz, & V. J. Palusci (Eds.), *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach* (pp. 349-365). Binghamton, NY: The Hayworth Maltreatment & trauma Press.
- Sisto, F. F. (2004). Traços de personalidade de crianças e emoções: Evidência de validade. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(29), 359-369.

Tolliday, F., Simons, M., Foley, S., Benson, S., Stephens, A., & Rose, D. (2010). From inspiration to action: The Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney. *Communities, Children and Families in Australia*, 5(2), 31-47.

**Crenças sobre punição corporal em bebês: Um estudo sobre trauma craniano
violento**

Lopes, N. R. L. & Williams, L. C. A. (a ser submetido). Crenças sobre punição corporal em bebês: um estudo sobre trauma craniano violento.

Diversos estudos abordam a temática da parentagem e da punição corporal como forma de disciplinar crianças, entretanto poucos concentram sua atenção sobre as estratégias que os pais tem utilizado para disciplinar bebês (Chung et al., 2009, Combs-Orme & Cain, 2008, Feigelman et al., 2009, MacKenzie, Nicklas, Brooks-Gun & Waldfogel, 2011, Regelado, Sareen, Inkelas, Wissow & Halfon, 2004, Reich, Penner, Duncan & Auger, 2012, Slade & Wissow, 2004). De acordo com uma revisão bibliográfica realizada por Walker e Kirby (2010), nos Estados Unidos, entre 2000 e 2008 foram encontrados apenas 14 artigos sobre estratégias disciplinares utilizadas com crianças menores de 5 anos de idade.

Combs-Orme e Cain (2008) apontam que apenas uma minoria de pais usa a punição corporal em bebês, sendo que a probabilidade de uso aumenta de acordo com o aumento da idade da criança. No estudo de Slade e Wissow (2004) realizado nos Estados Unidos, 40% dos pais de crianças menores de 2 anos de idade relataram ter dado palmada em seus filhos na última semana. Em contraste, no estudo de Regelado, Sareen, Inkelas, Wissow e Halfon (2004), também realizado nos Estados Unidos, 6% dos pais relataram ter utilizado a palmada em seus bebês de 4 a 6 meses de idade e 29% em seus bebês de 10 a 18 meses de idade. Combs-Orme e Cain (2008) encontraram que 17% dos pais relataram ter dado palmada no filho menor de 13 meses na última semana, sendo que a proporção diminui de acordo com a idade. Nesse mesmo estudo, nenhum pai relatou utilizar a palmada na faixa etária até 6 meses. Quando considerada a faixa etária entre 6 e 7 meses a porcentagem subiu para 10,2%; na faixa etária entre 7 e 8 meses subiu para 12,2%; entre 8 e 9 meses, subiu para 15%; entre 9-10 meses para 33,3%; entre 11 e 12 meses para 40%; e entre 12 e 13 meses para 75% (Combs-Orme & Cain, 2008).

É importante destacar que neste último estudo o termo “palmada” não foi conceituado para os participantes. Os autores destacam que isso pode ter contribuído para subestimar a extensão do uso da punição corporal de forma geral, uma vez que eventos graves como o sacudir podem não ter sido incluídos (Combs-Orme & Cain, 2008). Destaca-se, assim, a necessidade de se investigar outras estratégias de punição corporal, diferentes da palmada, que pais e cuidadores têm utilizado com bebês. Neste sentido, alguns autores têm apontado que o sacudir pode ser utilizado não apenas como uma estratégia para acalmar o choro do bebê, mas também para discipliná-lo (Davies & Gardwood, 2001; Russell, 2010; Russel & Britner, 2006).

Apesar dessa consideração, foi encontrado apenas um estudo que investigou o uso do sacudir enquanto estratégia disciplinar para crianças menores de dois anos (Runyan et al., 2010). Neste estudo, foram entrevistadas mães de seis países diferentes (Brasil, Chile, Egito, Estados Unidos, Filipinas e Índia) sobre as estratégias que elas utilizaram no último mês para educar seus filhos. A porcentagem de uso do sacudir em crianças menores de 2 anos variou de 0%, em Chennai, uma comunidade urbana da Índia, a 63% em Lucknow, comunidade rural também indiana. Dentre os países participantes, a porcentagem de uso do sacudir em crianças menores de 2 anos de idade foi de 2,6% nos Estados Unidos, 10% no Brasil, 12% no Egito, 19% nas Filipinas e 24% no Chile (Runyan et al., 2010).

Investigar quais estratégias têm sido utilizadas por pais para disciplinar seus filhos, especialmente bebês, é importante para que seja possível pensar em intervenções que previnam o uso da punição corporal. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar as estratégias que pais de recém-nascidos utilizariam para disciplinar e acalmar seus bebês.

Método

Participantes

Participaram do estudo 82 mães e 7 pais de recém-nascidos e uma gestante que estavam na maternidade em decorrência do nascimento de seus filhos, totalizando 90 cuidadores.

A idade média dos participantes foi 26 anos, variando de 14 a 42 anos. Noventa por cento dos bebês tinham apenas 1 dia de vida, sendo que a idade deles variou de 0 a 3 dias. Quarenta e nove por cento dos participantes foram classificados como classe C em relação à condição socioeconômica, que corresponde a uma renda familiar média entre R\$ 962,00 e R\$ 1.459,00.

Trinta e dois por cento dos participantes apresentavam Ensino Médio Completo, tendo a escolaridade variado de Ensino Fundamental Incompleto a Ensino Superior Completo.

Local

O estudo foi realizado em uma maternidade de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

Instrumento

Foi utilizado o questionário *Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment – Short Version* (Questionário sobre o Conhecimento acerca da Síndrome do Bebê Sacudido – Versão Reduzida) (Russell, 2010) traduzido para o português após autorização da autora. O objetivo deste questionário é medir a atitude de cuidadores em relação à Síndrome do Bebê Sacudido. Para isso, este instrumento apresenta duas partes. A primeira refere-se a uma questão sobre o tempo em que um cuidador pode deixar o bebê chorando sozinho, tendo como opções de resposta *Nunca*, *Até 5 Minutos*, *Até 15 Minutos*, *Até 30 Minutos* ou *Mais de 30 Minutos*.

A segunda inclui 12 itens que descrevem estratégias para lidar com o bebê, como por exemplo, “Alimentar o bebê”, de modo que o respondente deve avaliar cada estratégia quanto à sua possibilidade para acalmar, disciplinar ou prejudicar o bebê, totalizando 60 itens. Para cada item, deve ser dada uma nota de 0 a 6, que corresponde às opções de resposta *Discordo Fortemente, Discordo, Discordo Às Vezes, Concordo Às Vezes, Concordo* e *Concordo Fortemente*. Cada item do questionário deve receber três notas, uma para cada escala avaliada (disciplinar, acalmar e prejudicar).

Os índices de consistência interna encontrados por Russell (2010) para o *Questionário sobre o Conhecimento acerca da Síndrome do Bebê Sacudido – Versão Reduzida* foram de 0,76 para a escala “acalmar”, 0,79 para a escala “disciplinar” e 0,70 para a escala “prejudicar”. O grau de colinearidade entre as três escalas foi calculado por meio da análise de Correlação de Pearson, sendo as escalas significativamente correlacionadas, com escores variando de 0,57 para 0,68.

A escolha deste instrumento para o presente estudo se deveu ao fato de ser o único instrumento existente sobre o TCV que trata o sacudir como uma possível estratégia disciplinar no cuidado do bebê.

Foi realizada a tradução literal de cada item do questionário pela primeira autora e revisado pela segunda. Após avaliação quanto à gramática, semântica, sintaxe e pertinência, o questionário foi enviado a três juízes para que analisassem a representatividade e a clareza dos itens. As sugestões de cada juiz foram avaliadas e, quando consideradas pertinentes, incluídas no instrumento.

Procedimento

Inicialmente foi realizado contato com a maternidade para que autorizasse a realização do estudo em suas dependências. Após sua autorização, o projeto foi avaliado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, obtendo parecer favorável à realização do estudo (Parecer nº 338/2011).

Em seguida à aprovação pelo Comitê de Ética, a coleta de dados teve início. Diariamente, as enfermeiras do serviço de Banco de Leite da maternidade realizavam um levantamento de todas as mulheres que haviam tido filho no dia anterior, de modo que pudessem passar orientações sobre aleitamento para todas as puérperas da maternidade. Este levantamento era passado para a primeira autora, que realizava, por dia, o sorteio de duas mães para participar do estudo. A primeira autora se dirigia, então, até o leito da puérpera sorteada e a convidava para participar da pesquisa. Caso ela recusasse ou desistisse, outra mãe era sorteada.

Havia três possibilidades de configuração dos quartos na maternidade, sendo elas: quatro leitos e um banheiro compartilhado, dois leitos e um banheiro compartilhado com outro quarto com dois leitos e um leito com banheiro privado. Deste modo, se as participantes estivessem internadas em quarto com mais de um leito, todas as mães internadas neste quarto eram também convidadas a participar do estudo. Quando o parceiro da puérpera estava presente no quarto, também era feito um convite para que participasse do estudo.

Ao lado do leito da participante, a pesquisadora explicava os objetivos, o procedimento, os riscos e os benefícios do estudo, bem como a garantia de seu anonimato. Em seguida, o consentimento de participação no estudo era solicitado para a puérpera e, quando era o caso, para seu parceiro, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada participante deveria assinar seu próprio termo, sendo um para a mãe e outro para o pai. Por fim, os participantes respondiam ao *Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido – Versão Reduzida*.

Análise dos Dados

Foram realizadas análises descritivas utilizando o software estatístico SPSS, versão 18.

Resultados e Discussão

Em relação à primeira parte do *Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido – Versão Reduzida*, a Figura 1 mostra as porcentagens de respostas dadas para cada intervalo de tempo que um bebê pode ficar chorando sozinho. De acordo com a Figura 1, pode ser observado que a maioria dos participantes (67.8%) acredita que o bebê nunca deve ser deixado chorando sozinho. Além disso, observa-se que 28.9% dos participantes concorda que o tempo máximo que um bebê pode ser deixado chorando sozinho é de até 5 minutos.

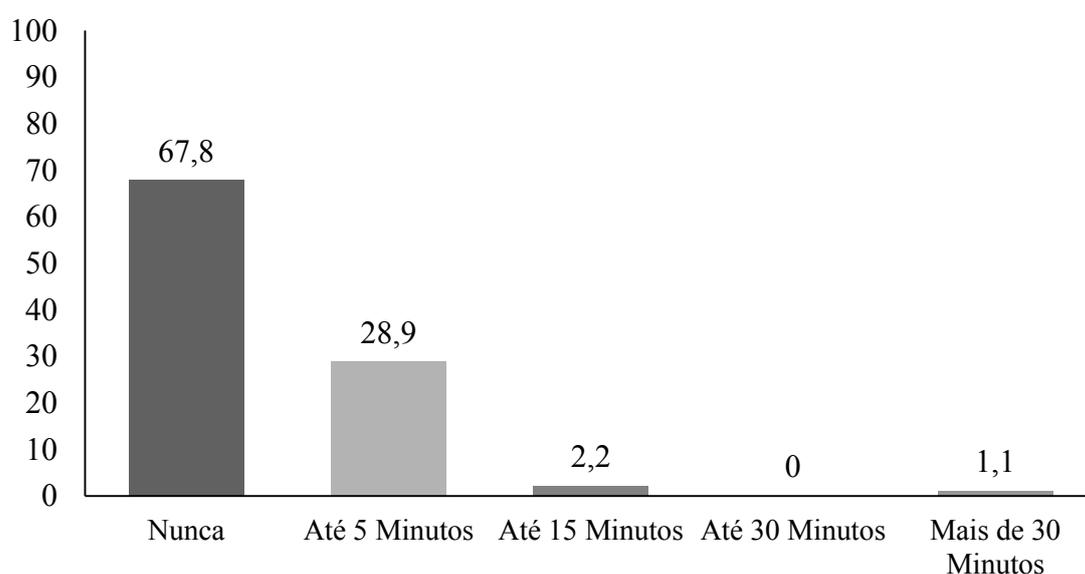


Figura 1. Porcentagem de respostas para cada intervalo de tempo que um bebê pode ficar chorando sozinho (n=90).

Em estudo realizado por Nash, Morris e Goodman (2008), 24 mães de bebês foram entrevistadas sobre sua opinião acerca do choro do bebê. Dentre elas, metade

afirmou sentir-se culpada quando seu bebê chorava por períodos prolongados, pois sentia-se incapaz de confortá-lo. De acordo com esses autores, esse sentimento decorre de crenças culturais que afirmam que os pais devem saber como consolar seus bebês.

Neste sentido, uma possível hipótese explicativa para a alta concordância com as opções de resposta *Nunca* e *Até 5 minutos* para essa questão pode ser uma crença de que os pais devem estar próximos aos filhos quando estes choram, uma vez que é seu papel enquanto cuidador acalmá-lo. A confirmação desta hipótese pode contribuir de maneira significativa para fundamentar ações de prevenção dos maus-tratos infantis, especialmente do trauma craniano violento, já que sentimentos negativos têm sido descritos como gatilhos para sua ocorrência (Barr, Trent & Cross, 2006; Lee et al., 2007, Fujiwara et al., 2011).

Barr, Trent e Cross (2006) e Lee e colaboradores (2007), ao investigarem a associação do choro e a ocorrência do TCV, encontraram uma correspondência entre a curva de incidência de casos do TCV e a curva do padrão de choro do bebê, proposta por Brazelton (1962). Para os autores, a explicação para essa associação está relacionada com os sentimentos de culpa, frustração e incapacidade gerados pelo choro do bebê, que acabam recorrendo a estratégias violentas, como o sacudir, numa tentativa de fazê-lo parar de chorar (Barr, Trent & Cross, 2006; Lee et al., 2007).

A Tabela 1 apresenta a porcentagem de discordância e concordância para cada item da segunda parte do *Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido – Versão Reduzida* em cada um dos aspectos avaliados (disciplinar, tranquilizar e prejudicar). Para análise dos dados, as respostas *Discordo Fortemente*, *Discordo* e *Às Vezes Discordo* foram agrupadas na categoria *Discordo*. Da mesma forma, as respostas *Concordo Fortemente*, *Concordo* e *Às Vezes Concordo* foram agrupadas na categoria *Concordo*.

Tabela 1

Porcentagens de resposta para cada item do questionário em cada um dos aspectos avaliados (n=90).

Itens	<u>Disciplinadora</u>			<u>Tranquilizadora</u>			<u>Prejudicial</u>		
	% Discordância	% Concordância	% Sem Reposta	% Discordância	% Concordância	% Sem Reposta	% Discordância	% Concordância	% Sem Reposta
Balançar o bebê em uma cadeira de balanço	72.2	26.7	1.1	6.7	92.2	1.1	63.3	36.7	0.0
Distrair o bebê com um brinquedo ou com comida	40.0	57.8	2.2	13.3	85.6	1.1	68.9	31.1	0.0
Andar enquanto segura o bebê	51.1	46.7	2.2	10.0	88.9	1.1	86.7	11.1	2.2
Falar com o bebê	4.4	93.3	2.2	1.1	96.7	2.2	94.4	4.4	1.1
Repreender o bebê verbalmente	57.8	41.1	1.1	91.1	7.8	1.1	31.1	68.9	0.0
Segurar o bebê	42.2	56.7	1.1	6.7	92.2	1.1	85.6	14.4	0.0
Alimentar o Bebê	21.1	77.8	1.1	5.6	93.3	1.1	96.7	3.3	0.0
Gritar com o bebê	98.9	0.0	1.1	97.8	1.1	1.1	6.7	93.3	0.0
Negar ou retirar a comida do bebê	85.6	12.2	2.2	96.7	2.2	1.1	16.7	83.3	0.0
Sacudir o bebê	91.1	7.8	1.1	80.0	16.7	3.3	17.8	82.2	0.0
Espancar o bebê	98.9	0.0	1.1	98.9	0.0	1.1	5.6	94.4	0.0
Bater no bebê	93.3	5.6	1.1	98.9	0.0	1.1	6.7	93.3	0.0

Pode-se observar que a estratégia considerada mais provável de ser utilizada para disciplinar o bebê foi “Falar com o bebê”, com 93.3% de concordância. As menos prováveis foram “Espancar” e “Gritar”, ambas com 98.9% de discordância e “Bater” e “Sacudir”, com 93.3% e 91.1% de discordância respectivamente. Estes resultados parecem ir contra a hipótese que, muitas vezes, o trauma craniano violento decorra da tentativa dos cuidadores de disciplinar seu bebê. No presente estudo, a porcentagem de participantes que concordaram que sacudir seria uma estratégia adequada para disciplinar seu bebê foi de apenas 7.8%. Ao comparar este dado com o fato de 16.7% dos participantes concordarem que sacudir o bebê pode acalmá-lo, pode-se supor que, talvez no Brasil, os cuidadores utilizem o sacudir mais como uma estratégia para acalmar o bebê, do que discipliná-lo, o que difere da literatura norte-americana (Combs-Orme & Cain, 2008; Davies & Gardwood, 2001; Russell & Britner, 2006; Russell, 2010). Entretanto, destaca-se a necessidade de mais estudos para a confirmação desta hipótese.

Além disso, pode-se observar que a porcentagem de cuidadores que concordam com o bater como estratégia de disciplina do bebê é de apenas 5.6%, taxa menor do que a encontrada em outros estudos, que variou de 10.2% a 67% (Combs-Orme & Cain, 2008; Kim, Pears, Fisher, Connelly & Landsverk, 2010). Entretanto, cabe destacar que o presente estudo investigou a *possibilidade* de o cuidador utilizar o bater como estratégia de disciplina, enquanto os outros estudos investigaram o *uso* destas estratégias na semana anterior ao estudo (Combs-Orme & Cain, 2008; Kim, Pears, Fisher, Connelly & Landsverk, 2010).

Estudos recentes tem apontado o aumento do uso de disciplina severa conforme o aumento da idade da criança (Combs-Orme & Cain, 2008; Kim, Pears, Fisher, Connelly & Landsverk, 2010), o que pode explicar a porcentagem menor encontrada no

presente estudo, já que ele foi conduzido com cuidadores de recém-nascidos. Outra hipótese explicativa para esta taxa reduzida pode ser o fato de o questionário ter sido aplicado como forma de entrevista, aumentando a influência da desejabilidade social nos resultados.

Apesar da baixa concordância dos participantes do presente estudo em relação à utilização da punição corporal para disciplinar bebês, vale destacar que este resultado não implica na não utilização destas estratégias. Roberts (2000) aponta que, apesar da aceitação do uso da punição corporal estar diminuindo na Suécia, país pioneiro em estabelecer legislação contra o uso de castigos corporais, a utilização destas práticas não tem apresentado o mesmo declínio. Estes resultados corroboram com os encontrados por Cappa e Khan (2011), em que a punição corporal é utilizada em larga extensão mesmo por cuidadores que relataram não aprovar tal prática.

Neste sentido, ter crenças contrárias em relação à punição corporal parece não explicar totalmente a sua não utilização por pais e cuidadores. Vittrup, Holden & Buck (2006) apontam que outro fator que pode influenciar a decisão de utilizar a punição corporal, além da aceitação desta prática, é o estado emocional no momento da disciplina. Ressalta-se, assim, a importância do ensino de estratégias de auto-controle e manejo do estresse para pais de recém-nascidos para a prevenção do trauma craniano violento, visto que o choro do bebê tem sido apontado na literatura como um gerador de sentimentos de estresse, frustração e raiva (Barr, Trent & Cross, 2006; Frasier, 2008; Lee et al., 2007).

Em relação ao aspecto tranquilizador, as estratégias mais prováveis de serem utilizadas foram “Falar com o bebê”, “Alimentar o bebê”, com 96.7% e 93.3% de concordância, e “Segurar o bebê” e “Balançar o bebê na cadeira de balanço”, ambas com 92.2% de concordância. Já as estratégias menos prováveis foram “Bater” e

“Espancar”, ambas com 98.9% de discordância, e “Negar ou retirar a comida do bebê” e “Repreender o bebê verbalmente”, com 96.7% e 91.1% de discordância respectivamente.

As estratégias avaliadas como mais prejudiciais ao bebê foram “Espancar”, com 94.4% de concordância, e “Bater” e “Gritar” ambas com 93.3% de concordância. As avaliadas como menos prejudiciais foram “Alimentar o bebê” e “Falar com o bebê”, com 96.7% e 94.4% de discordância, respectivamente. As estratégias consideradas menos prejudiciais ao bebê foram também as mais prováveis de serem utilizadas tanto para acalmar, quanto para disciplinar o bebê. Estes dados sugerem que a avaliação que os cuidadores fazem do caráter prejudicial de determinada estratégia pode influenciar sua adoção no cuidado com o bebê. Esta hipótese parece ser corroborada também pelo fato de que as estratégias avaliadas como mais prejudiciais, ou seja, espancar, bater e gritar, também foram menos consideradas para acalmar e disciplinar o bebê. São necessários outros estudos para a confirmação desta hipótese que, se verdadeira, aponta para a importância de ensinar aos pais os riscos de estratégias como o sacudir para o bebê. Deste modo, as ações de prevenção dos maus-tratos contra bebês, especialmente o trauma craniano violento, devem considerar não apenas o ensino de estratégias adequadas para lidar com o choro e a disciplina do bebê, mas também os riscos que as inadequadas apresentam para o desenvolvimento infantil.

Conclusão

Os resultados do presente estudo não corroboram a hipótese de Davies e Gardwood (2001), Russell (2010) e Russel e Britner (2006) de que o sacudir é, muitas vezes, utilizado como estratégia de disciplinar o bebê, visto que apenas 7,8% dos pais concordaram que sacudir o bebê é uma forma de discipliná-lo. Entretanto, é importante destacar que estes resultados não implicam na não utilização do sacudir como forma de

punição corporal por pais e cuidadores, visto que as crenças à respeito das estratégias disciplinares não são os únicos determinantes de sua utilização.

Além disso, vale ressaltar que o presente estudo apresenta algumas limitações que impossibilitam a generalização de seus resultados. Em primeiro lugar, a amostra utilizada, além de reduzida, é característica de apenas uma região de São Paulo, sendo necessários novos estudos com amostras mais amplas. Outra limitação refere-se à metodologia utilizada, já que o questionário foi aplicado em forma de entrevista, aumentando a interferência da desejabilidade social das respostas. Deste modo, sugere-se, também, que sejam utilizadas outras metodologias para investigar as estratégias que cuidadores têm utilizado para disciplinar seu bebê, tais como a observação ou a auto aplicação de instrumentos. Outra limitação do estudo refere-se ao instrumento, que não teve todas as propriedades psicométricas avaliadas após sua tradução para o português.

Por fim, o presente estudo investigou um número limitado de estratégias disciplinares, especialmente aquelas consideradas adequadas para serem utilizadas com bebês. Sugere-se, assim, a inclusão de novos itens que descrevam outras práticas disciplinares, tanto adequadas, como inadequadas, de modo que se possa obter um panorama mais abrangente sobre como os pais têm educado seus bebês.

Referências Bibliográficas

- Barr, R. G., Trent, R. B. & 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(1), 7-16.
- Brazelton, T. B. (1972). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29, 579-588.
- Cappa, C. & Khan, S. M. (2011). Understanding caregivers' attitudes towards physical punishment of children: Evidence from 34 low- and middle-income countries. *Child Abuse & Neglect*, 35, 1009-1021.
- Combs-Orme, T. & Cain, D. S. (2008). Predictors of mothers' use of spanking with their infants. *Child Abuse & Neglect*, 32, 649-657.
- Chung, E. K., Mathew, L., Rothkopf, A. C., Elo, I. T., Coyne, J. C. & Culhane, J. F. (2009). Parenting attitudes and infant spankin: The influence of childhood experiences. *Pediatrics*. 124(2), e278-2286.
- Davies, W. H. & Gardwood, M. M. (2001). Who are the perpetrators and why they do it? In: S. Lazoritz & V. J. Palusci (Eds.). *The Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary approach* (pp. 41-54). New York, NY: The Hawroth Maltreatment & Trauma Press.
- Feigelman, S., Dubowitz, H., Lane, W., Prescott, L., Meyer, W., Tracy, J. K. & Kim, J. (2009). Screening for harsh punishment in a pediatric primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 33, 269-277.
- Frasier, L. D. (2008). Abusive head trauma in infants and young children: a unique contributor to developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6), 1269-1285.
- Fujiwara, T., Barr, R. G., Brant, R. & Barr, M. (2011). Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. *Journal of Pediatrics*, 159(3), 425-430.

- Kim, H. K., Pears, K. C., Fisher, P. A., Connelly, C. D. & Landsverk, J. A. (2010). Trajectories of maternal harsh parenting in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 897-906.
- Lee, C., Barr, R. G., 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(4), 288-293.
- MacKenzie, M. J., Nicklas, E., Brooks-Gunn, J. & Waldfogel, J. (2011). Who spansks infants and toddlers? Evidence from the fragile families and child well-being study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1364-1373.
- Regalado, M., Sareen, H., Inkelas, M., Wissow, L. S. & Halfon, N. (2004). Parents' discipline of young children: results from the National Survey of Early Childhood Health. *Pediatrics*, 113(6), 1952-1958.
- Reich, S. M., Penner, E. K., Duncan, G. J. & Auger, A. (2012). Using baby books to change new mothers' attitudes about corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 36, 108-117.
- Roberts, J. V. (2000). Changing public attitudes towards corporal punishment: The effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse & Neglect*, 24(8), 1027-1035.
- Runyan, D. K., Shankar, V. Hassan, F., Hunter, W. M., Dipty, J. Paula, C. S., Bangdiwala, S. I., Ramiro, L. S., Muñoz, S. R., Vizcarra, B. & Bordin, I. A. (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126(3), e1-e11.
- Russell, B. S. (2010). Revisiting the measurement of Shaken Baby Syndrome Awareness. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 671-676.
- Russell, B. S. & Britner, P. A. (2006). Measuring Shaken Baby Syndrome Awareness: preliminary reability of a caregiver attitudes and beliefs survey. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 765-777.

- Slade, E. P. & Wissow, L. S. (2004). Spanking in early childhood and later behavior problems: a prospective study of infants and young toddlers. *Pediatrics*, 113(5), 1321-1330.
- Vittrup, B., Holden, G. W. & Buck, J. (2006). Attitudes predict the use physical punishment: A prospective study in the emergence of disciplinary practices. *Pediatrics*, 117(6), 2055-2064.
- Walker, L. O. & Kirby, R. S. (2010). Conceptual and measurement issues in early parenting practices research: an epidemiologic perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 958-970.
- Wirtz, R. & Trent, R. B. (2008). Passive surveillance of shaken baby syndrome using hospital inpatient data. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(4), S134-S139.

Avaliação de material preventivo sobre o trauma craniano violento

Lopes, N. R. L., Foley, S. & Williams, L. C. A. (a ser submetido). Avaliação de material preventivo sobre o trauma craniano violento.

O trauma craniano violento (TCV) é uma forma de maus-tratos infantis que pode ser definido como qualquer lesão ao crânio ou ao seu conteúdo decorrente de sacudida violenta e/ou impacto em um bebê ou criança com idade inferior a 5 anos (Parks, Anest, Hill & Karch, 2012). Estas lesões podem levar a consequências gravíssimas ao desenvolvimento infantil, incluindo a morte (Case, Graham, Handy, Jentzen & Monteleone, 2001; *Center of Disease Control*, 2007). Em estudo recente realizado em Kansas, Estados Unidos, dos 170 casos fatais de maus-tratos infantis entre 1994 e 2007 42,9% foram decorrentes do TCV (Kajese et al., 2011).

De acordo com Barr (2012), o trauma craniano violento apresenta algumas características específicas que o diferenciam de outras formas de maus-tratos e o torna um alvo especial para estratégias de prevenção. Dentre estas características destaca-se a presença de um estímulo antecedente fortemente associado à sua ocorrência, o choro do bebê (Barr, Trent & Cross, 2006; Lee, Barr, Catherine & Wicks, 2007), e um comportamento de risco específico, sacudir o bebê (Barr, 2012). Neste sentido, as estratégias para sua prevenção devem ser diferenciadas e envolver ações destinadas a mostrar os riscos de sacudir um bebê, bem como mudar o significado do choro do bebê entre pais e cuidadores, passando a considerá-lo como parte normal do desenvolvimento infantil (Barr, 2012; Brooks & Weethers, 2001; *Committee on Child Abuse and Neglect of American Academy of Pediatrics*, 2001, *Health Canada*, 2001; Hennes, Kini e Palusci, 2001; Frasier, 2008).

Diversos programas têm sido descritos na literatura em decorrência de sua efetividade na prevenção do TCV (Altman et al., 2011; Bechtel et al., 2011; Deyo, Skybo & Carroll, 2008; Dias et al., 2005; Goulet et al., 2009; Meskaukas, Beaton & Meservey, 2009; Stewart et al., 2011), sendo seus principais componentes: exibição de vídeos, leitura de cartilhas, panfletos e cartões, discussão com enfermeiros a partir dos

materiais e assinatura de um termo de comprometimento a não sacudir seu bebê e compartilhar as informações recebidas com outros cuidadores.

Entretanto, a avaliação integral destes programas pode impedir a identificação dos componentes que mais contribuam para sua efetividade, podendo torná-los onerosos e difíceis de serem implementados, especialmente em comunidades com poucos recursos financeiros. O estudo de Keenan e Leventhal (2010) é um exemplo da importância de avaliar os componentes de um programa antes de sua implementação. Nesse estudo, a exibição de uma entre duas opções de vídeo sobre o trauma craniano violento não foi associada à redução do número de casos desta forma de maus-tratos (Keenan & Leventhal, 2010), ainda que um dos vídeos avaliados seja o mesmo utilizado em programas empiricamente avaliados como sendo efetivos para redução do TCV (Altman et al., 2011; Dias et al., 2005). Desta forma, considerando que os materiais educativos são os principais componentes utilizados pelos programas de prevenção do TCV, destaca-se a necessidade de avaliá-los empiricamente.

Após revisão da literatura, foram encontrados apenas seis estudos que investigaram a eficácia de materiais educativos em mudar o conhecimento e a atitude de pais e cuidadores sobre o trauma craniano violento (Barr, Barr et al., 2009; Barr, Rivara et al., 2009; Fujiwara et al., 2012; Keenan & Leventhal, 2010; Russell, Trudeau & Britner, 2008; Tolliday et al., 2010). Barr, Barr et al. (2009), Barr, Rivara et al. (2009) e Fujiwara et al. (2012) avaliaram o material *The Period of PURPLE Crying*, desenvolvido nos Estados Unidos pelo *National Center on Shaken Baby Syndrome* (Centro Nacional sobre a Síndrome do Bebê Sacudido – NCSBS), sendo o primeiro estudo realizado em Vancouver, Canadá; o segundo em Washington, Estados Unidos; e o último em Tóquio, Japão.

O material *The Period of PURPLE Crying* é composto por um DVD com duração de 10 minutos e uma cartilha de 11 páginas que abordam a definição do trauma craniano violento e o padrão normal do choro dos bebês nos primeiros meses de vida, especialmente no que se refere aos períodos de choro inconsolável e os sentimentos de frustração decorrentes. Além disso, o material sugere três ações que os cuidadores devem considerar ao cuidar de um bebê: 1) aumentar as respostas de carregar e andar com o bebê no colo, confortá-lo e conversar com ele; 2) ao sentir-se frustrado diante do choro do bebê, entender que é adequado deixá-lo em um lugar seguro, saindo do ambiente por um curto período, tentando se acalmar e retornando para ver se ele está bem; e 3) nunca sacudir ou machucar o bebê (Barr, Barr et al., 2009; Barr, Rivara et al., 2009; Fujiwara et al., 2012). Os participantes dos estudos foram divididos em dois grupos, sendo que um recebeu o material *The Period of PURPLE Crying* (grupo experimental), e o outro um material sobre segurança infantil, composto por um DVD e dois panfletos (grupo controle). Os participantes foram avaliados, nos três estudos, após dois meses do nascimento de seu bebê de acordo com suas respostas a duas escalas de conhecimento sobre o choro do bebê e os perigos de sacudi-lo, três escalas sobre as respostas comportamentais relacionadas ao choro do bebê e três questões sobre o compartilhamento das informações recebidas por meio dos materiais. Cabe destacar que não foram informadas quaisquer propriedades psicométricas das escalas utilizadas nos estudos.

Participaram do estudo canadense 1.279 mães de recém-nascidos, no estudo americano 2.738 mães e no japonês, 230 mães. Em todos os estudos, o grupo experimental apresentou aumento do conhecimento sobre o choro do bebê e relatou compartilhar mais as informações recebidas sobre ser adequada a estratégia de sair de perto do bebê quando seu choro gerar sentimentos de frustração (Barr, Barr et al., 2009;

Barr, Rivara et al., 2009; Fujiwara et al., 2012). Além disso, tanto no estudo de Barr, Barr et al. (2009), como no de Barr, Rivara et al. (2009), a mudança de conhecimento e atitude ocorreu independente do participante ter apenas assistido ao vídeo, apenas lido o panfleto ou ambos, evidenciando a eficácia de cada um dos componentes do material *The Period of PURPLE Crying*.

Em outro estudo, Toliday et al. (2010) buscaram avaliar a eficácia de um material desenvolvido pela equipe do *Shaken Baby Prevention Project* (Projeto de Prevenção do Bebê Sacudido) do *Children's Hospital at Westmead* (Hospital da Criança de Westmead), Austrália, em mudar o conhecimento de pais sobre o trauma craniano violento. O material é composto do vídeo animado *Responding to a Crying Baby* (Lidando com o Choro do Bebê), que mostra um casal de pais tentando lidar com o filho que chora de forma inconsolável, e de um panfleto informativo sobre o trauma craniano violento (Tolliday et al., 2010). Participaram do estudo 116 pais de recém-nascidos, que foram avaliados antes, logo após e três meses após a intervenção com o vídeo. Para o estudo, foi elaborado o instrumento *Crying Baby Questionnaire*, que contém questões sobre as possíveis razões do choro do bebê, as estratégias para lidar com o choro, as consequências de sacudir um bebê e os sentimentos associados ao cuidado do bebê.

Os resultados do estudo indicaram que o material gerou um aumento significativo no conhecimento sobre as consequências negativas de sacudir um bebê, bem como tornou mais provável a utilização de estratégias relacionadas à mudança do bebê de ambiente e à regulação dos próprios sentimentos para lidar com o choro do bebê. Além disso, após três meses da intervenção, 78% dos participantes relataram ter procurado auxílio diante do choro inconsolável do filho. Outro dado relevante refere-se ao fato que 37% dos participantes relataram ter assistido ao material novamente, sugerindo que assisti-lo foi útil para o cuidado com seu bebê (Tolliday et al., 2010).

Entretanto, cabe ressaltar que o instrumento não teve suas propriedades psicométricas avaliadas e possui algumas questões abertas, dificultando as análises estatísticas para comparação entre os diferentes momentos de avaliação (pré-teste, pós-teste e follow-up).

O vídeo *Responding to a Crying Baby* foi traduzido, adaptado e dublado para 19 idiomas, incluindo português (Brasil), português (Portugal) e espanhol. Considerando a multiplicidade de idiomas para os quais o material encontra-se traduzido, Tolliday et al. (2010) ressaltam a necessidade de avaliá-lo após cada tradução, de modo a adaptá-lo conforme as especificidades culturais de cada país.

Apesar desses estudos indicarem a eficácia de materiais sobre o trauma craniano violento produzirem mudança de conhecimento e atitude de pais e cuidadores no cuidado com o bebê, o estudo de Russell, Trudeau & Britner (2008) aponta que nem todos os materiais são igualmente efetivos. As autoras investigaram três materiais diferentes: 1) panfleto; 2) vídeo educativo, em que são ensinadas estratégias seguras para lidar com o bebê; e 3) vídeo de testemunho, em que familiares de vítimas do TCV contam sua experiência e as estratégias para lidar com o bebê não ganham destaque, são apenas mencionadas. Participaram do estudo 264 adultos entre pais e não cuidadores, divididos em três condições: a) apenas panfleto, b) panfleto associado ao vídeo educativo e c) panfleto associado ao vídeo de testemunho. Foi utilizada a primeira versão do questionário *Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment*, que avalia quatro construtos relacionados ao trauma craniano violento: 1) atitudes relacionadas à regulação emocional do adulto; 2) atitudes relacionadas a acalmar o bebê; 3) atitudes relacionadas a disciplinar o bebê; e 4) conhecimento básico do cuidador. Algumas propriedades do questionário foram avaliadas, sendo que os índices de consistência interna das escalas variaram de 0.72 a 0.90 e os escores calculados pela análise de

Correlação de Pearson foram todos abaixo de 0.2, indicando que as escalas não são relacionadas entre si.

Os resultados desse estudo demonstraram que apesar da utilização da combinação vídeo e panfleto ser mais efetiva do que apenas o panfleto, a utilização de um vídeo educativo se mostrou mais efetiva do que a de um vídeo de testemunho, ainda que o conteúdo de ambos fosse similar (Russell, Trudeau & Britner, 2008).

Neste sentido, considerando a escassez de estudos nacionais sobre o TCV e sua prevenção, suas graves consequências para o desenvolvimento infantil e a possibilidade de mudança no conhecimento e na atitude de pais relacionados ao padrão de choro do bebê e a essa forma de trauma após exposição a matérias educativos, o presente artigo pretende comparar a eficácia de diferentes materiais preventivos sobre o trauma craniano violento, sendo estes o vídeo australiano *Lidando com o Choro do Bebê*, traduzido e adaptado para o português do Brasil, um panfleto informativo, também desenvolvido pela equipe australiana do Hospital da Criança de Westmead e traduzido para o português do Brasil, e um vídeo sobre segurança infantil que não aborda a temática do TCV, utilizado para controle da avaliação.

Método

Participantes

Participaram do estudo 90 cuidadores, distribuídos aleatoriamente em três condições experimentais, à saber: *grupo vídeo experimental*, *grupo panfleto* e *grupo vídeo controle*. A Tabela 1 apresenta a caracterização sócio demográfica da amostra de acordo com cada grupo. Para todas as variáveis investigadas são apresentadas as porcentagens de participantes em cada condição, com exceção da idade que é descrita pela média e desvio padrão em cada grupo.

Tabela 1.

Caracterização sócio demográfica da amostra.

	Vídeo Experimental	Panfleto	Vídeo Controle	Total
Idade				
Média	26,6	25,7	26,8	26,4
DP	6,8	5,6	6,7	6,3
Sexo (%)				
Masculino	6,7	13,3	3,3	7,8
Feminino	93,3	86,7	96,7	92,2
Etnia (%)				
Branco	46,7	66,7	70,0	61,1
Mulato	30,0	20,0	23,3	24,4
Negro	20,0	10,0	6,7	12,2
Índio	3,3	3,3	0,0	2,2
Escolaridade (%)				
Fundamental incompleto	6,7	10,0	23,3	13,3
Fundamental completo	16,7	13,3	16,7	15,6
Médio incompleto	23,3	16,7	23,3	21,1
Médio completo	33,3	40,0	23,3	32,2
Superior incompleto	6,7	3,3	3,3	4,4
Superior completo	13,3	16,7	10,0	13,3
Pós-Graduação	0,0	0,0	0,0	0,0
Renda Familiar Média^a (%)				
US\$ 4.067,37	0,0	0,0	6,7	2,2
US\$ 3.802,10	6,7	6,7	6,7	6,7
US\$ 1.302,34	26,7	30,0	30,0	28,9
US\$ 715,41	40,0	46,7	30,0	38,9
US\$ 471,71	16,7	0,0	13,3	10,0
US\$ 333,43	6,7	16,7	13,3	12,2
US\$ 203,49	3,3	0,0	0,0	1,1

^aValores descritos em dólares americanos. Cotação realizada no dia 24 de janeiro de 2013.

Para investigar se existiam diferenças significativas entre os grupos em relação aos aspectos sócio demográficos, foram utilizados o teste estatístico Qui-Quadrado para as variáveis etnia, escolaridade e condições socioeconômicas, e o teste estatístico ANOVA para a variável idade. Não foram observadas diferenças significativas para todas as variáveis investigadas (idade, $p=0.793$, etnia, $p=0.52$, escolaridade, $p=0.818$ e

condição socioeconômica, $p=0.361$), sugerindo que o processo de atribuição aleatória entre os grupos foi efetivo.

Local

As coletas de dados referentes ao pré e pós-teste foram realizadas na maternidade de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, Brasil. A coleta de dados referente ao follo-up foi realizada por meio de contato telefônico.

Considerações Éticas

A maternidade foi contatada para que autorizasse a realização da coleta de dados em suas dependências. Após autorização, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, que emitiu parecer favorável à realização da pesquisa.

Instrumentos

Considerando a inexistência de instrumentos brasileiros específicos para medir o conhecimento sobre o trauma craniano violento, foram traduzidos dois instrumentos internacionais elaborados especificamente para esse fim, sendo eles o *Crying Baby Questionnaire* (Tolliday et al., 2010), desenvolvido na Austrália, e o *Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment – Short Version* (Russel, 2010), elaborado nos Estados Unidos. Além disso, foram utilizados três roteiros de entrevista, um para cada período avaliado (pré-teste, pós-teste e follow-up).

Questionário sobre o choro do bebê.

Este questionário foi elaborado com base no instrumento *Crying Baby Questionnaire* (Questionário sobre o Choro do Bebê - QCB), desenvolvido por Tolliday et al. (2010) para avaliação do *Shaken Baby Prevention Project* do *The Children's Hospital at Weastmead* – Austrália. Após autorização dos autores, a tradução literal de

cada afirmativa e/ou questão dos questionários foi realizada pelas autoras, de modo a avaliá-lo quanto à gramática, semântica, sintaxe e pertinência. Em seguida, foram investigadas as evidências de validade do instrumento, a partir da avaliação de três juízes da área de desenvolvimento infantil ou maus-tratos infantis. Por último, foi realizado um estudo piloto com 52 estudantes universitários e profissionais da área da saúde e educação, demonstrando que o instrumento mostrou-se pouco sensível para medir variações pequenas de conhecimento. Neste sentido, as questões abertas foram substituídas por questões fechadas, de modo a facilitar a comparação entre os diferentes momentos avaliativos.

Desta forma, a versão final do *Questionário sobre o Choro do Bebê* é composto por 20 itens que investigam as possíveis razões para um bebê chorar; 23 itens que avaliam a concordância em relação às estratégias para lidar com o choro do bebê; uma questão sobre o padrão do choro do bebê; uma questão sobre os sentimentos associados ao cuidado do bebê; e 15 itens sobre as consequências de sacudir um bebê.

Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido.

O *Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido* (QCSBS) é uma tradução do instrumento “*Shaken Baby Syndrome Awareness Assessment – Short Version*” (Russel, 2010), que é composto por uma questão sobre o tempo adequado para um cuidador deixar o bebê chorando sozinho e por três escalas que avaliam a concordância de 12 estratégias para: 1) acalmar o bebê; 2) disciplinar o bebê; e 3) prejudicar o bebê. O processo de tradução desse instrumento ocorreu após autorização da autora e de maneira similar ao do *Questionário sobre o Choro do Bebê*, ou seja, foi realizada tradução literal de cada item pela pelas autoras. Além disso, foi realizada validade de conteúdo por meio de avaliação de três juízes com experiência na área de

desenvolvimento infantil ou maus-tratos infantis. Entretanto, não foi realizado estudo piloto para este instrumento.

Em sua versão final, o instrumento manteve o mesmo número de questões que sua versão original, ou seja, uma questão sobre o tempo adequado para deixar o bebê chorando sozinho, sendo as opções de respostas *Nunca, Até 5 minutos, Até 15 Minutos, Até 30 Minutos* ou *Mais de 30 Minutos*, e 12 itens que descrevem estratégias para lidar com o bebê. Cada item deve ser avaliado quanto ao seu potencial para acalmar, disciplinar ou prejudicar o bebê utilizando a escala *Concordo Fortemente, Concordo, Às Vezes Concordo, Às Vezes Discordo, Discordo e Discordo Fortemente*.

Roteiro de entrevista pré-teste.

O *Roteiro de Entrevista Pré-Teste* é composto por cinco questões que investigam idade, sexo, etnia e escolaridade dos participantes.

Roteiro de entrevista pós-teste.

O *Roteiro de Entrevista Pós-Teste* é composto por uma questão que investiga se o participante acredita ter um melhor entendimento de porque razão um bebê não deve ser sacudido, uma questão que investiga se o participante acredita ter aprendido algumas maneiras de agir quando o bebê está chorando, uma questão que investiga se o participante gostou do material e outra sobre se o participante acredita que o material é informativo. Por último, há uma questão que avalia se o participante indicaria o material para outra pessoa.

Roteiro de entrevista follow-up.

O *Roteiro de Entrevista Follow-Up* contém três questões sobre o trabalho atual do participante, duas questões sobre a possibilidade de deixar o bebê com outro cuidador quando necessário, quatro questões sobre o material recebido na intervenção e seis questões sobre o cuidado do bebê.

Material de Intervenção

Vídeo Lidando com o choro do bebê.

Para o grupo *vídeo experimental* foi exibido o vídeo *Lidando com o Choro do Bebê*, desenvolvido pela equipe do programa *The Shaken Baby Prevention Project* do *The Children's Hospital at Westmead* – Austrália, na versão traduzida e adaptada para o português (Brasil)³. O vídeo brasileiro apresenta as mesmas imagens em desenho animado do vídeo australiano, porém tem o áudio traduzido para o português. O vídeo, que tem duração aproximada de 3 minutos, mostra um casal animado de jovens pais tentando lidar com o choro incontrolável do seu filho.

As principais mensagens transmitidas pelo vídeo são: 1) “Ser pai ou mãe não é fácil, é fazer sempre o melhor, mesmo quando as coisas vão de mal a pior.”; 2) “A cabeça do bebê é muito grande e o pescoço muito frágil, não pode sacudir, na hora de colocar para dormir”; 3) “Se você o sacudir, o cérebro do bebê talvez fique machucado, causando uma lesão séria, até mesmo fatal”; 4) “Saiba que os bebês choram normalmente duas ou três horas por dia, é uma das formas que ele tem de se comunicar.”; e 5) informações a respeito de diversas estratégias para lidar com o choro do bebê, como por exemplo, “Tente fazer uma massagem com carinho, cante uma música, dance um pouquinho, faça algo diferente, enrole seu bebê numa mantinha, trazendo bem pertinho do seu coração, e leve a um lugar calmo e escurinho.”.

A escolha pela utilização deste vídeo deveu-se principalmente a dois fatores. Em primeiro lugar, o fato de o vídeo ser uma animação apresenta diversas vantagens: é atrativo para uma audiência ampla e variada, mantém-se atualizado ao longo do tempo

³ A tradução do material para português (Brasil e Portugal) e espanhol ocorreu por meio da parceria do *The Children's Hospital at Westmead* (Hospital da Criança de Westmead) com o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (Laprev), o Centro de Estudos Integrados Infância, Adolescência e Saúde (CEIIAS), o Instituto Zero a Seis e o Grupo Especial de Interesse em Saúde da Criança e do Adolescente da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE).

(ausência de detalhes temporais, como, por exemplo, as roupas e o cenário), pode ser facilmente dublado e editado, permitindo o alcance de diferentes grupos culturais e contém imagens que podem ser facilmente replicadas em materiais impressos (Tolliday et al., 2010). Além disso, o vídeo *Lidando com o Choro do Bebê* apresenta vantagens específicas, tais como: ser um dos poucos materiais que ensinam estratégias adequadas para lidar com o choro do bebê, apresentar linguagem ritmada, o que permite maior fixação das mensagens transmitidas, ter curta duração e não utilizar mensagens aversivas para alcançar a mudança comportamental desejada (Tolliday et al., 2010). O vídeo traduzido para o português pode ser visualizado gratuitamente pelo endereço eletrônico: <http://www.youtube.com/watch?v=o0vASBX8CQ0>.

Vídeo Segurança infantil.

O grupo *vídeo controle* assistiu a um conjunto de três vídeos desenvolvidos pela Organização Não Governamental *Criança Segura* sobre prevenção de afogamento, intoxicação por líquidos e queimaduras na cozinha, tendo cada vídeo duração aproximada de 1 minuto. Assim como o vídeo *Lidando com o Choro do Bebê*, o vídeo utilizado no grupo controle também está na forma de animação gráfica.

A escolha deste material se deveu a duas razões principais. Em primeiro lugar, ele é similar ao vídeo *Lidando com o Choro do Bebê* em vários aspectos: ambos são animações, em ambos são fornecidas informações teóricas sobre a temática abordada, ambos ensinam estratégias para prevenir a ocorrência das situações descritas (maus-tratos ou acidentes) e quando tomados em conjunto, os vídeos sobre Segurança Infantil apresentam a mesma duração do vídeo sobre o trauma craniano violento. Além disso, as informações fornecidas pelos vídeos também poderão ser úteis para os cuidadores no cuidado de seus bebês, auxiliando, inclusive, na prevenção de acidentes.

O material também poder ser visualizado gratuitamente pelos endereços eletrônicos: <http://www.youtube.com/watch?v=A9Dg5UZwgjA>

<http://www.youtube.com/watch?v=ZwKO9fLznhM>

http://www.youtube.com/watch?v=a_H37OnV-JU

Panfleto *Mesmo que você esteja com raiva, não marque bobeira, sacudir o bebê é a maior asneira!*

Além dos vídeos, foi utilizado o panfleto informativo *Mesmo que você esteja com raiva, não marque bobeira, sacudir o bebê é a maior asneira!*, elaborado pela equipe do Hospital da Criança de Westmead, Austrália e traduzido para o português (Brasil). Este panfleto, que foi distribuído apenas para o *grupo panfleto*, apresenta quatro tópicos principais: “Por que é perigoso sacudir o bebê?”, “Por que alguém sacudiria um bebê com violência?”, “O que sabemos sobre o choro do bebê?” e “Como lidar com um bebê choroso?”. Dentro desses tópicos são abordadas informações sobre o padrão do choro do bebê nos primeiros meses de vida, os riscos de sacudir um bebê e fornece estratégias alternativas para lidar com o choro incontrolável da criança, sendo as mensagens fundamentais do panfleto “Não sacuda seu bebê” e “Peça ajuda!”.

Procedimento

A primeira etapa do estudo, referente à coleta de dados do pré-teste e do pós-teste, foi realizada nas dependências da maternidade. Em cada dia de intervenção, foi realizado um sorteio, a fim de separar as puérperas entre as três condições experimentais (*vídeo controle, vídeo experimental e panfleto*). Os nomes e os leitos das possíveis participantes eram fornecidos pelas enfermeiras do serviço de Banco de Leite da maternidade, que realizavam diariamente um levantamento de todas as mulheres que haviam tido filho no dia anterior para que pudessem orientar sobre práticas adequadas

de aleitamento. Este levantamento era passado para a primeira autora, que realizava o sorteio de duas mães para realizar a intervenção.

A primeira autora se dirigia até o leito da puérpera sorteada e a convidava para participar da pesquisa. Em caso de recusa ou desistência, outra mãe era sorteada. Quando havia outras mães no mesmo quarto da participante sorteada, todas também eram convidadas a participar do estudo.

No leito de cada participante, a primeira autora explicava os objetivos, o procedimento, os riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia de seu anonimato. Quando o parceiro da puérpera estava presente no quarto, ele também era convidado a participar do estudo. Era, então, solicitado o consentimento da participação de ambos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada participante deveria assinar o seu próprio TCLE, ou seja, um para a puérpera e outro para o parceiro.

Após a assinatura do TCLE, os participantes respondiam aos instrumentos *Questionário sobre o Choro do Bebê* e *Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido*, bem como a uma entrevista que investigava aspectos sócio demográficos, tais como idade, escolaridade, condição socioeconômica e etnia. Em seguida, o material era apresentado de acordo com o grupo para o qual o participante havia sido sorteado, ou seja, para o grupo *vídeo experimental* era exibido o vídeo *Lidando com Choro do Bebê*, para o grupo *vídeo controle* era exibido o conjunto de três vídeos sobre segurança infantil e para o grupo *panfleto* a primeira autora lia o panfleto informativo sobre o trauma craniano violento em conjunto com o participante.

Após a intervenção, os instrumentos eram aplicados novamente, bem como o *Roteiro de Entrevista Pós-Teste*. A primeira autora ficava à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas ao final da intervenção.

Com o objetivo de verificar a manutenção de qualquer alteração de conhecimento entre os grupos, a primeira autora entrou em contato por telefone com cada um dos participantes para realização do follow-up após cerca de seis meses da intervenção na maternidade. Neste momento, foram aplicados os instrumentos QCB e QCSBS novamente, bem como o *Roteiro de Entrevista Follow-Up*. Durante a coleta de dados do follow-up, foram realizadas dez tentativas de contato telefônico com cada um dos participantes em diferentes períodos (manhã, tarde e noite) e dias, incluindo finais de semana.

Análise dos Dados

As análises estatísticas foram realizadas considerando apenas os participantes que responderam a todos os instrumentos em todos os períodos avaliados, totalizando 66 participantes, visto que 22 não puderam ser localizados e dois não quiseram participar do follow-up. O número de participantes em cada grupo foi de 19 cuidadores para o grupo vídeo experimental, 15 para o grupo vídeo controle e 26 para o grupo panfleto.

Considerando que as questões dos questionários apresentam muitos itens para serem avaliados, foi realizada análise fatorial, permitindo a redução da dimensão do problema a apenas uma variável por questão, aqui chamada de escore.

Para análise do QCB os 20 itens da questão 01 foram agrupados no conjunto *Razões do choro do bebê*, os 23 itens da questão 02 foram agrupados no conjunto *Estratégias para lidar com choro*, a questão 04 foi analisada como conjunto *Sentimentos associados ao cuidado do bebê* e os 15 itens da questão 05 foram agrupados no conjunto *Consequências de sacudir o bebê*.

Em relação às estratégias para lidar com o choro do bebê, a literatura tem apontado a importância de algumas para a prevenção do TCV, tais como deixar o bebê

chorando sozinho ou pedir ajuda (Barr, Barr et al., 2009; Barr, Rivara et al., 2009; Fujiwara et al., 2012; Tolliday et al., 2010). Neste sentido, a partir da literatura da área, os itens “Consultaria um pediatra ou outro profissional de saúde”, “Pediria para alguém mais experiente cuidar do bebê” e “Pediria para alguém mais calmo cuidar do bebê” foram agrupados no conjunto *Pedir ajuda*, os itens “Colocaria o bebê no berço”, “Deixaria o bebê no berço e sairia do quarto para respirar fundo e se acalmar” e “Deixaria o bebê sozinho no berço e sairia do quarto por um tempo para assistir TV ou ouvir uma música” foram agrupados no conjunto *Afastar-se do bebê* e o item “Sacudiria o bebê para tentar acalmá-lo” foi analisado separadamente como o conjunto *Sacudir*.

Para análise do QCSBS, as respostas referentes ao potencial tranquilizador das 12 estratégias avaliadas foram agrupadas no conjunto *Tranquilizador*, as respostas referentes ao potencial educativo das 12 estratégias foram agrupadas no conjunto *Disciplinador* e as respostas referentes ao potencial prejudicial das 12 estratégias foram agrupadas no conjunto *Prejudicial*.

Para cada um desses conjuntos foi calculado um escore diferente a partir dos dados dos três períodos avaliados (pré-teste, pós-teste e follow-up), de modo a aproveitar a maior variabilidade possível dos dados, bem como permitir que os três períodos fossem comparáveis quando observado apenas os escores.

Após o cálculo dos escores, foi conduzida uma ANOVA com medidas repetidas com o objetivo de comparar os três momentos avaliados (pré-teste, pós-teste e follow-up), bem como as três condições experimentais. Quando houve diferença significativa, foram realizados testes de comparação múltipla utilizando a correção de Bonferroni, de modo a identificar as diferenças apontadas pela ANOVA.

Por se tratarem de variáveis categóricas, a questão 03 do QCB, referente ao número médio de horas de choro por dia e as questões dos roteiros de entrevista pós-

teste e follow-up foram analisadas separadamente por meio do teste estatístico Qui-Quadrado.

Resultados

Questionário Sobre o Choro do Bebê

Razões do choro do bebê.

Em relação ao conjunto de itens relacionados às possíveis razões do choro do bebê, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nos três períodos avaliados ($F=2.107$; $p=0,131$), ou seja, os três grupos são equivalentes no pré-teste, no pós-teste e no follow-up. Entretanto, foi observada diferença significativa entre o pré-teste e o pós-teste (diferença de 0.203 pontos; $p=0.005$), entre o pós-teste e o follow-up (diferença de 0.289; $p=0.001$) e entre o pré-teste e o follow-up (diferença de 0.491; $p=0.000$) para os três grupos. Este resultado mostra um aumento no conhecimento para todos os participantes, dado que não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, ao longo dos três períodos analisados.

Estes resultados podem ser observados de forma mais clara pela Figura 1, que apresenta a média dos escores no conjunto *Razões do choro do bebê* para cada grupo em cada um dos momentos avaliados.

Estratégias para lidar com choro.

Para esse conjunto de itens, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos em nenhum dos três períodos analisados ($F=1.830$; $p=0.169$). Assim, da mesma forma como ocorreu para o conjunto de itens *Razões do choro do bebê*, os grupos podem ser considerados equivalentes no pré-teste, pós-teste e follow-up.

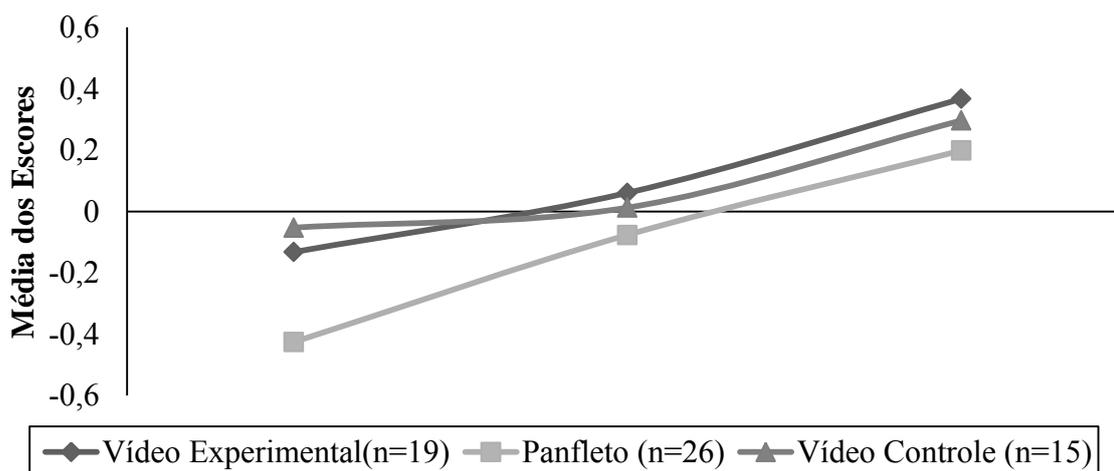


Figura 1. Média dos escores relacionados às razões do choro do bebê para cada grupo em cada período avaliado.

Entretanto, foi observado um aumento significativo dos escores entre o pré-teste e o pós-teste (diferença de 0.201 pontos; $p=0.000$) e entre o pré-teste e o follow-up (diferença de 0.212; $p=0.003$) para todos os grupos. O fato de não ter havido diferença significativa entre o pós-teste e o follow-up (diferença de 0.010 pontos; $p=1.000$) indica a manutenção do conhecimento entre esses períodos. O aumento de conhecimento entre o pré-teste e o pós-teste e a manutenção desse conhecimento entre o pós-teste e o follow-up em todos os grupos podem ser observados na Figura 2, que apresenta a média dos escores no conjunto *Estratégias para lidar com o choro* para cada grupo em cada um dos períodos analisados.

Pedir ajuda.

Foi observado um aumento significativo no conhecimento para todos os grupos entre o pré-teste e o pós-teste (diferença de 0.370 pontos; $p=0.000$). Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos em nenhum período analisado ($p=0.197$), permitindo considera-los equivalentes no pré-teste, pós-teste e follow-up.

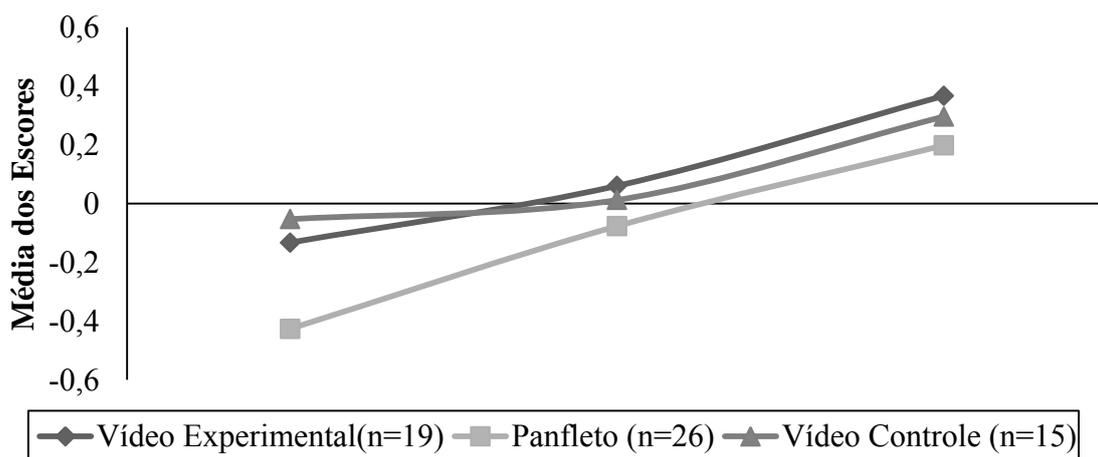


Figura 2. Média dos escores relacionados às estratégias para lidar com o choro do bebê para cada grupo em cada período avaliado.

Afastar-se do bebê.

As análises estatísticas apontaram para um aumento significativo do conhecimento entre o pré-teste e o pós-teste apenas para o grupo *panfleto* (diferença de 1.302 pontos; $p=0.000$), que apresenta escore significativamente maior que os grupos *vídeo experimental* (diferença de 0.870 pontos; $p=0,012$) e *vídeo controle* (diferença de 1.496 pontos; $p=0.000$), o que pode ser observado pela Figura 3.

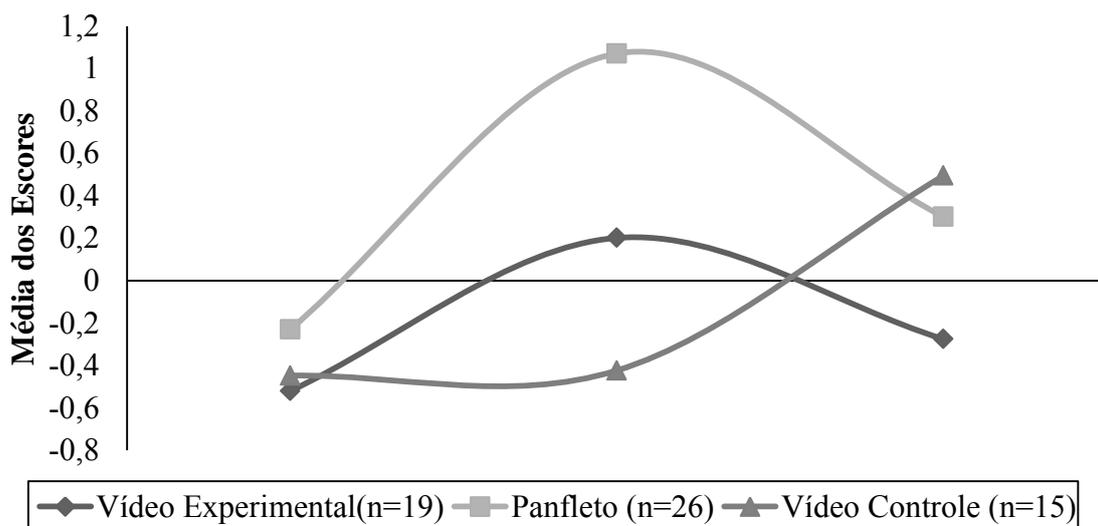


Figura 3. Média dos escores relacionados às estratégias de afastar-se do bebê para cada grupo em cada período avaliado.

Sacudir.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em nenhum dos períodos analisados. Entretanto, foi observada diferença significativa entre o pré-teste e o pós-teste (diferença de 1.033 pontos; $p=0.000$) e entre o pré-teste e o follow-up (diferença de 1.242 pontos; $p=0.000$) para todos os grupos analisados. A Figura 4 apresenta a média dos escores no item “Sacudiria o bebê para tentar acalmá-lo” para os três grupos nos três momentos avaliados. Como pode ser observado, há uma diminuição da concordância com o item com o passar do tempo para os três grupos.

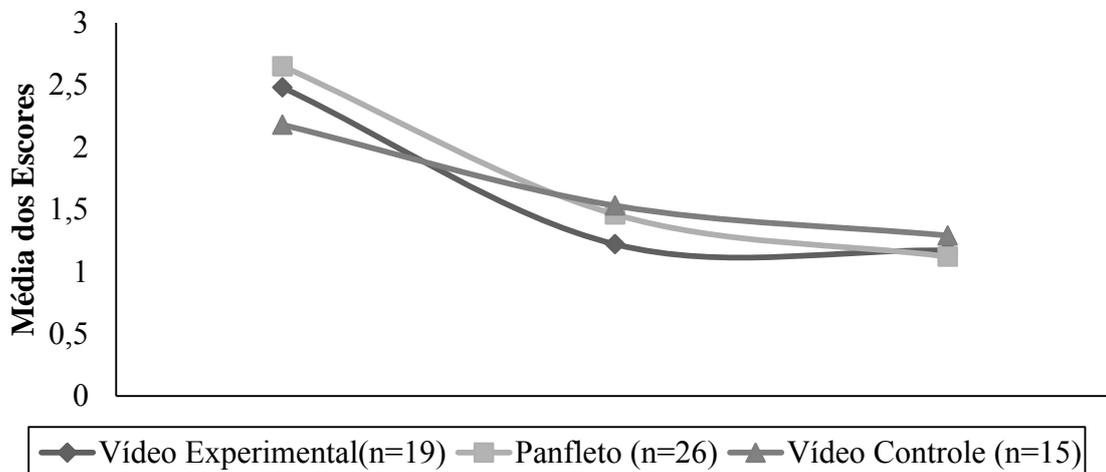


Figura 4. Média dos escores relacionados à estratégia sacudir um bebê para acalmá-lo para cada grupo em cada período avaliado.

Consequências de sacudir o bebê.

Para esse conjunto de itens foi observado um aumento significativo do conhecimento entre o pré-teste e o pós-teste (diferença de 0.265 pontos; $p=0.000$) e entre o pré-teste e o follow-up (diferença de 0.290 pontos; $p=0.002$) para os três grupos. Em relação aos grupos, no pós-teste foi observada diferença significativa entre o grupo *panfleto* e os grupos *vídeo experimental* e *vídeo controle* (diferença de 0.3553;

$p=0.042$). Como não houve diferença significativa entre os grupos *vídeo experimental* e *vídeo controle* em nenhum dos momentos avaliados, eles podem ser considerados equivalentes.

A Figura 5 apresenta a média dos escores para o conjunto *Consequências de sacudir o bebê* para cada um dos grupos nos três períodos avaliados. É possível observar que, apesar de haver aumento significativo do conhecimento entre o pré-teste e o pós-teste para os três grupos, ele foi significativamente maior no grupo *panfleto*.

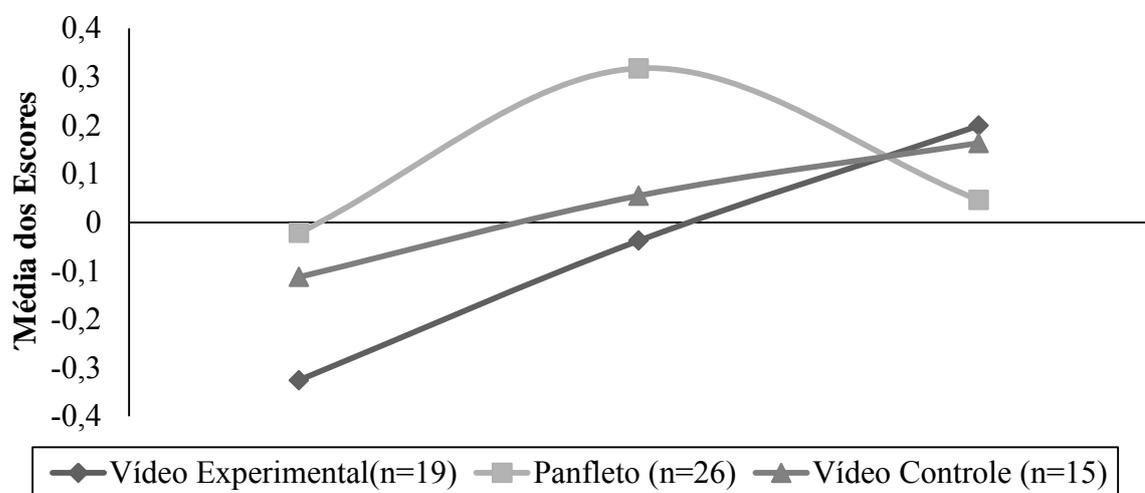


Figura 5. Média dos escores relacionados às consequências de sacudir um bebê para cada grupo em cada período avaliado.

Sentimentos associados ao cuidado do bebê.

Não foi observada diferença significativa entre os grupos ($F=1.564$; $p=0.217$) ou entre os três períodos avaliados ($F=2.542$; $p=0.099$).

Número médio de horas de choro.

Para análise da questão sobre o número médio de horas que um bebê pode chorar por dia, a opção de resposta *de 2 a 3 horas* foi considerada adequada, de acordo com Tolliday et al. (2010). Neste sentido, foi observada uma diferença significativa entre os três grupos apenas no pós-teste ($p=0.045$), tendo o grupo *vídeo experimental* o

melhor desempenho. Este resultado indica um aumento significativo do conhecimento entre o pré-teste e o pós-teste apenas para o grupo *vídeo experimental*, sem haver manutenção deste conhecimento, uma vez que não diferenças significativas entre os grupos no follow-up ($p=0.186$).

Questionário Sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido

Em relação aos conjuntos *Tranquilizador* e *Prejudicial* não foi observada diferença significativa entre os grupos ou entre os períodos avaliados. Entretanto, para o conjunto *Disciplinador* foi observada diminuição significativa dos escores entre o pré-teste e o follow-up (diferença de 0.254 pontos; $p=0.003$) e entre o pós-teste e o follow-up (diferença de 0.337 pontos; $p=0.002$) para os três grupos. Como não foi encontrada diferença significativa entre os grupos em nenhum dos três períodos avaliados, a diminuição dos escores ocorreu da mesma forma para todos os participantes da amostra.

A Figura 6 mostra a média de escores para o conjunto *Disciplinador* de acordo com cada grupo em cada um dos períodos analisados. Pode ser observado que, com o passar do tempo, os participantes passaram a discordar significativamente mais que as estratégias descritas no instrumento pudessem educar seus bebês.

Roteiro de Entrevista Pós-Teste

Em relação às questões do *Roteiro de Entrevista Pós-Teste*, os grupos *vídeo experimental* e *panfleto* concordaram significativamente mais com a afirmação que após a intervenção tinham um melhor entendimento do porquê um bebê não deve ser sacudido ($p=0.000$). Esses grupos apresentaram também concordância significativamente maior para a afirmação que aprenderam maneiras de agir quando o bebê está chorando ($p=0.000$) e que indicariam o material para outras pessoas ($p=0.000$), se comparados com o grupo *vídeo controle*. Para as outras questões não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

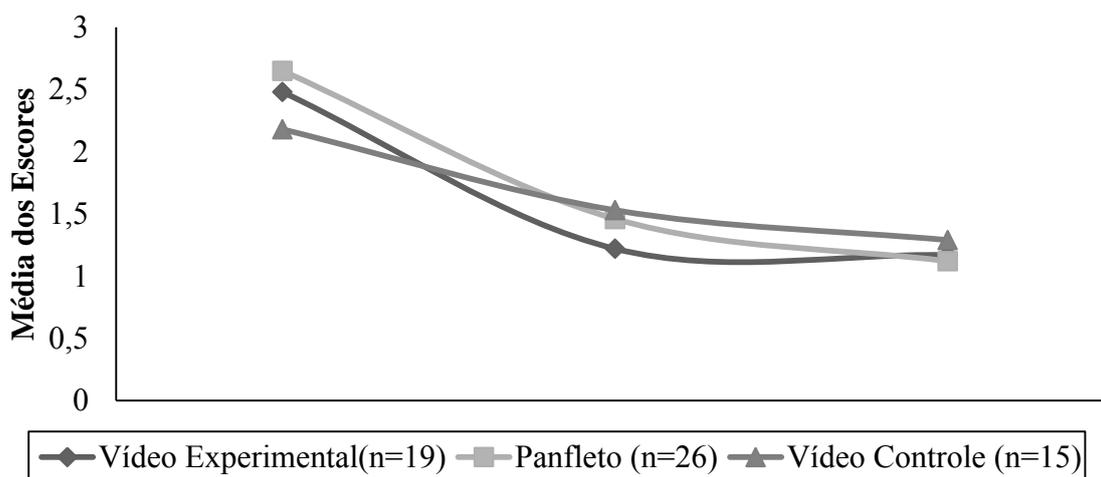


Figura 6. Média dos escores relacionados à estratégia sacudir um bebê para acalmá-lo para cada grupo em cada período avaliado.

Roteiro de Entrevista Follow-Up

Como não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para nenhuma das questões do *Roteiro de Entrevista Follow-up*, os resultados obtidos por meio deste instrumento foram descritos a partir de toda a amostra (n=66).

No momento do follow-up, a idade média do bebê foi de 6.7 meses, 44% dos participantes estava empregados e 80.3% tinham com quem deixar seu bebê caso precisassem sair sozinhos. Nessas situações, a principal pessoal com quem os participantes deixavam seus filhos era sua própria mãe, ou seja, a avó do bebê (34%). Considerando que os principais agressores do TCV são homens e babás, vale destacar que 13.5% relataram deixar seus bebês com familiares do sexo masculino, incluindo marido e pai, e 7.5% com babás.

Cinquenta e três por cento dos participantes relataram já ter passado por algum momento de frustração durante o cuidado do bebê, sendo que 62.9% afirmaram que este

momento envolveu o choro do bebê. Dentre as principais estratégias utilizadas para enfrentar esse momento destaca-se pedir ajuda (20%) e tentar se acalmar (14.3%).

Quando questionados se haviam procurado ajuda por alguma dificuldade encontrada no cuidado com o bebê, 35.3% afirmaram que sim. As principais dificuldades encontradas foram o bebê estar doente (27%) ou chorando (21.6%).

Em relação à intervenção na maternidade, 98.3% dos participantes acharam que o material recebido ajudou no cuidado com o filho e 60.3% relataram ter compartilhado as informações recebidas com outras pessoas.

Discussão

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a eficácia de diferentes materiais educativos em aumentar o conhecimento de pais sobre o trauma craniano violento. Neste sentido, alguns resultados parecem dar indícios da utilidade desses materiais para ações de prevenção do TCV, especialmente do panfleto.

O grupo *panfleto* apresentou um aumento significativo no conhecimento sobre as consequências de sacudir um bebê, o que corrobora os estudos de Barr, Barr et al. (2009), Barr, Rivara et al. (2009) e Tolliday et al. (2010). Esse mesmo grupo também apresentou aumento significativo no conhecimento sobre as estratégias relacionadas a afastar-se do bebê diante do choro inconsolável e frustrante, corroborando os resultados encontrados por Fujiwara et al. (2012) e Tolliday et al. (2010).

Outro dado que cabe ser destacado refere-se ao fato de que, no follow-up, apenas os participantes do grupo *panfleto* relataram ter utilizado a estratégia de sair de perto do bebê como forma de lidar com seu choro. Este resultado sugere que o aumento do conhecimento medido pelo *Questionário sobre o Choro do Bebê* parece refletir também em mudança de comportamento dos pais de recém-nascidos.

Além da melhora no desempenho do grupo *panfleto*, foi observando, ainda, um aumento significativo no conhecimento sobre o número médio diário de horas de choro do bebê para o *grupo experimental*. Entretanto, cabe destacar que diante da multiplicidade de questões presentes nos questionários utilizados, a alteração do conhecimento em apenas uma medida é um resultado pouco expressivo.

Neste sentido, o presente estudo parece não corroborar o estudo de Russell, Trudeau & Britner (2008), que observou uma eficácia maior das intervenções que associam o uso do panfleto e do vídeo educativo. Além disso, diferentemente do encontrado por Barr, Barr et al. (2009) e Barr, Rivara et al. (2009), os resultados deste estudo parecem indicar uma diferença na efetividade dos diferentes materiais utilizados em ações de prevenção, sendo necessárias novas avaliações de cada material separadamente.

Considerando a proximidade dos resultados encontrados no presente estudo com os encontrados por Tolliday et al.; o fato de o panfleto ter refletido na mudança de duas medidas, enquanto o vídeo *Lidando com o Choro do Bebê* apenas uma; e ao fato de no estudo de Tolliday et al. (2010) ter sido utilizada a combinação vídeo e panfleto, pode-se levantar a hipótese que a leitura do panfleto parece ser mais relevante para a mudança de conhecimento do que a exibição do vídeo. Entretanto, esta consideração merece algumas ressalvas. Em primeiro lugar, ressalta-se que no presente estudo foi realizada a leitura dos panfletos em conjunto com o participante, e não apenas sua distribuição na comunidade, o que pode ter contribuído para os resultados obtidos. Além disso, é preciso ter cautela ao afirmar que o desempenho do grupo *panfleto* foi melhor que o do grupo *vídeo experimental*, uma vez que para ambos os grupos o número de medidas com diferença significativa entre os diferentes momentos avaliados foi reduzido. Por fim, ressalta-se que os instrumentos utilizados parecem ter algumas limitações, como

um desequilíbrio de itens entre as questões e ausência de medidas que consigam avaliar se o participante tentou passar uma imagem positiva de si mesmo. Estas limitações podem ter contribuído para a ausência de um maior número de mudanças significativas entre os grupos e entre os momentos avaliativos, evidenciando a necessidade de elaboração e avaliação psicométrica de instrumentos nacionais sobre esta temática.

Cabe destacar ainda que, apesar de alguns grupos apresentarem aumento significativo do conhecimento, esse aumento parece não persistir ao longo do tempo. Este resultado acaba por justificar ainda mais a estrutura do programa de prevenção do TCV implementado por Stewart et al. (2011) em Ontário, Canada. De acordo com esses autores, um programa de prevenção do trauma craniano violento deve incluir três doses: 1) educação parental na maternidade; 2) visita domiciliar de equipe de saúde para acompanhamento da família e do bebê; e 3) campanha na mídia para sensibilização da comunidade e de populações de mais difícil acesso. Neste sentido, o vídeo *Lidando com o Choro do Bebê* não deve ser desconsiderado por não ter apresentado uma avaliação tão eficaz quanto o panfleto. Apesar dos resultados modestos, o vídeo pode ser utilizado em campanhas midiáticas para lembrar aos pais os riscos de sacudir o bebê e as principais estratégias que ele pode usar de forma segura para lidar com seu bebê.

Outro resultado que merece destaque refere-se ao aumento significativo do conhecimento entre os três períodos avaliados, sem ser acompanhado de diferença significativa entre os grupos. Esses resultados, encontrados nos conjuntos *Razões do choro do bebê*, *Estratégias para lidar com choro* e *Disciplinador*, mostram que todos os participantes apresentaram um aumento no conhecimento, independente da intervenção a qual foram expostos. Isso parece indicar que outros fatores, além dos materiais educativos, estão influenciando na melhora do conhecimento dos participantes.

Um dos possíveis fatores que pode explicar este aumento pode ser a própria experiência de cuidado com o bebê. Entretanto, considerando que 80% das participantes relataram ter tido experiência prévia no cuidado de bebês, esta hipótese parece fraca, sendo necessários outros estudos que avaliem esta questão.

Por fim, o presente estudo apresenta algumas limitações que podem ter prejudicado a análise dos dados e impedem a generalização dos dados. Em primeiro lugar, destaca-se a dificuldade em encontrar instrumentos validados sobre o trauma craniano violento, especialmente no contexto brasileiro. Além disso, a amostra do presente estudo foi reduzida e concentrada em apenas um município do país. Considerando a multiplicidade cultural do Brasil é de fundamental importância que o material seja avaliado para diferentes populações, de modo a torna-lo acessível para todo o país.

Conclusão

Os resultados do presente estudo dão indícios que a leitura do panfleto parece ser o procedimento mais eficaz para mudar o conhecimento de pais e cuidadores sobre o trauma craniano violento. Entretanto, estes resultados precisam ser observados com cautela, visto que os instrumentos utilizados apresentam algumas limitações importantes, como o desequilíbrio no número de itens por questão.

Vale destacar, ainda, que o uso de materiais educativos tem sido descritos como componentes relevantes em dois programas de prevenção que têm apresentado resultados expressivos na redução dos casos do trauma craniano violento na comunidade em que são implementados (Altman et al., 2011; Dias et al., 2005). Além disso, outros estudos evidenciaram a utilidade destes materiais para mudança de conhecimento e atitude de pais e cuidadores sobre esta forma de maus-tratos. Desta

forma, apesar de pouco expressivos, os resultados do presente estudo não devem fundamentar a não utilização destes materiais em ações preventivas do TCV no Brasil.

Os resultados apontam, em contraste, a necessidade de outros estudos que avaliem empiricamente a eficácia dos diferentes materiais educativos sobre o trauma craniano violento, bem como de estudos que construam instrumentos de avaliação do conhecimento e da atitude de pais e cuidadores em relação ao TCV, avaliando suas propriedades psicométricas.

Referências Bibliográficas

- Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K. & Brand, D.A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*. 128, e1164-e1172.
- Barr, R. G. (2012). Preventing abusive head trauma resulting from failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(Suppl.2), 17294-17301.
- Barr, R. G., Trent, R. B., & 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(1), 7-16.
- Barr, R. G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and Shaken Baby Syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180(7), pp. 727-733.
- Barr, R. G., Rivara, F. P., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L. J., & Meredith-Benitz, E. (2009). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying an Shaken Baby Syndrome in mothers of newborns: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 123(3), pp. 972-980.
- Bechtel, K., Le, K., Martin, K. D., Shah, N., Leventhal, J. M., & Colson, E. (2011). Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. *Academic Pediatrics*. 11(6), 481-486.
- Brooks, W., & Weathers, L. (2001). Overview of Shaken Baby Syndrome. In: S. Lazoritz, & V. J. Palusci, *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach* (pp. 1-8). Binghamton, NY: The Haworth Maltreatment & Trauma Press.

- Case, M. E., Graham, M. A., Handy, T. C., Jentzen, J. M., & Monteleone, J. A. (2001). Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 22(2), 112-122.
- Center of Disease and Control. (2007). *Child Maltreatment: Factsheet*. Acesso em 13 de Julho de 2010, disponível em <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/cmfacts.htm>
- Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. (2001). Shaken Baby Syndrome: Rotational cranial injuries - technical report. *Pediatrics*, 108(1), pp. 206-210.
- Deyo, G., Skybo, T., & Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the "Love Me...Never Shake Me" SBS education program. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1017-1025.
- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing Abusive Head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115(4), 470-477.
- Frasier, L. D. (2008). Abusive head trauma in infants and young children: A unique contributor to developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6), 1269-1285.
- Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N & Barr, R. G. (2012). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: A replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 36, 613-620.
- Goulet, C., Frapier, J.Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A. & Boulanger, M. (2009). Developmental and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 38(1), 7-21.
- Health Canada. (2001). *Joint Statement on Shaken Baby Syndrome*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

- Hennes, H., Kini, N., & Palusci, V. J. (2001). The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of Shaken Baby Syndrome. In: S. Lazowitz, & V. J. Palusci (Eds.), *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach* (pp. 19-40). Binghamton, NY: The Hayworth Maltreatment & Trauma Press.
- Kajese, T. M., Nguyen, L. T., Pham, G. Q., Pham, V. K., Melhorn, K. & Kallail, K. J. (2011) Characteristics of child abuse homicides in the state of Kansas from 1994 to 2007. *Child Abuse & Neglect*. 35, 147-154.
- Keenan, H. T., & Leventhal, J. M. (2010). A Case-Control Study to Evaluate Utah's Shaken Baby Prevention Program. *Academic Pediatrics*, 10(6), 389-394.
- Lee, C., Barr, R. G., 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(4), 288-293.
- Maskauskas, L., Beaton, K. & Meservey, M. (2009). Preventing Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary response to six tragedies. *Nursing for Women's Health*. 13(4), 325-330.
- Parks, S.E., Anest, J.L., Hill, H.A. & Karch, D.L. (2012). *Pediatric abusive head trauma: Recommended definitions for public health surveillance and research*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Russel, B. S. (2010). Revisiting the measurement of Shaken Baby Syndrome Awareness. *Child Abuse & Neglect*, 34, pp. 671-676.
- Russell, B. S., Trudeau, J., & Britner, P. A. (2008). Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury: Event history analysis result. *Child Abuse & Neglect*, 32, pp. 949-957.

Stewart, T. C., Polgar, D., Gilliland, J., Tanner, D. A., Girotti, M. J., Parry, N. & Fraser, D. D. (2011). Shaken baby syndrome and a triple-dose strategy for its prevention. *The Journal of Trauma*. 71(6), 1801-1807.

Tolliday, F., Simons, M., Foley, S., Benson, S., Stephens, A., & Rose, D. (2010). From inspiration to action: The Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney. *Communities, Children and Families in Australia*, 5(2), pp. 31-47.

Considerações Finais

A pergunta de pesquisa que norteou a presente dissertação foi avaliar se um vídeo educativo e um panfleto sobre o trauma craniano violento seriam eficazes para aumentar o conhecimento de pais e cuidadores sobre tal forma de maus-tratos. Além de responder a essa pergunta, os resultados encontrados permitiram traçar algumas considerações iniciais sobre o trauma craniano violento no Brasil.

Em primeiro lugar, parece haver um desconhecimento dos participantes sobre a gravidade de sacudir um bebê. Além de ser preocupante, uma vez que essa falta de conhecimento pode contribuir para a ocorrência do TCV, este resultado aponta para uma diferença entre o Brasil e países como os Estados Unidos, que apresentam programas de prevenção há pelo menos duas décadas (Showers, 2001). De acordo com Dias e colaboradores (2005), após a divulgação de campanhas publicitárias sobre o trauma craniano violento, a população americana já conhece os riscos de sacudir um bebê, cabendo aos programas de prevenção lembrar estas informações no momento certo, ou seja, logo após o nascimento dos filhos.

Os resultados do presente estudo indicam que esta parece não ser a situação brasileira, destacando a necessidade de adaptar os programas internacionais de prevenção do TCV para a realidade nacional. Desta forma, outros estudos devem investigar o conhecimento e as crenças de pais brasileiros sobre o choro do bebê e os riscos de sacudi-lo, de modo a fundamentar programas nacionais de prevenção do TCV. A presente dissertação parece ter contribuído neste sentido, uma vez que a leitura de um panfleto sobre o TCV foi capaz de aumentar o conhecimento dos participantes sobre as consequências de sacudir um bebê, indicando que este pode ser um material útil a ser incorporado em ações preventivas do TCV.

Além disso, o presente estudo apontou para uma possível crença brasileira de que os bebês não devem ser deixados chorando sozinho, o que pode aumentar os sentimentos de frustração e o estresse diante do choro inconsolável do bebê, aumentando a probabilidade de ocorrência do TCV. Esta crença parece ser diferente em outros países, como no Japão, onde o choro é percebido como sinal de força, existindo um provérbio que diz que um bebê choroso irá desenvolver-se bem (Fujiwara et al., 2012).

Tendo em vista que o choro do bebê tem sido descrito como o principal fator de risco para esta forma de maus-tratos, estas diferenças culturais devem ser consideradas quando da implementação de ações preventivas do TCV, destacando a necessidade de estudos que investiguem essas crenças na população brasileira. A realização desses estudos poderá fundamentar ações que permitam aos pais e outros cuidadores entenderem o choro como parte normal do desenvolvimento infantil, contribuindo para a prevenção do TCV.

A prevenção do trauma craniano violento, entretanto, não envolve apenas ações de modificação de conhecimento, sendo necessárias intervenções que ensinem os pais estratégias adequadas para lidar com seu bebê, especialmente quando ele chora de forma inconsolável. Neste sentido, os resultados do presente estudo sugerem que o panfleto pode ser um material útil em programas de prevenção, uma vez que sua leitura aumentou a probabilidade dos participantes utilizarem estratégias de afastar-se do bebê, quando estressados pelo choro.

Por último, cabe destacar que, apesar de necessárias, estas ações de prevenção devem ser implementadas por profissionais capacitados, que entendam o choro como parte normal do desenvolvimento e que possam orientar os cuidadores sobre como lidar com o bebê de forma saudável. Entretanto, o estudo de Fernandes, Silva e Javorksi

(2010) parece indicar uma falta de conhecimento também por parte de profissionais de saúde brasileiros sobre o trauma craniano violento. Ressalta-se, assim, a necessidade de capacitar profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam com gestantes e puérperas, sobre esta forma de maus-tratos e as diversas maneiras de preveni-la.

Referências Bibliográficas

- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing Abusive Head Trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, 115(4), 470-477.
- Fernandes, V. M. A., Silva, N. L. & Javorski, M. (2010). Prevenção da Síndrome do Bebê Sacudido: Conhecimento da equipe de Saúde da Família. *Nursing*, 13(145); 304-308.
- Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N. & Barr, R. G. (2012). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: A replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 36; 613-620.
- Showers, J. (2001). Preventing Shaken Baby Syndrome. In: S. Lazoritz & V. J. Palusci (Eds.). *The Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary approach* (pp. 349-365). New York, NY: The Hawroth Maltreatment & Trauma Press.

Apêndices

Apêndice 1: Questionário sobre o Choro do Bebê
Questionário sobre o Choro do Bebê⁴

Instrução

Por favor, complete cada questão marcando um **X** na melhor opção.

Exemplo: [**X**]

1. O que você acha que pode fazer um bebê chorar?

	Concordo Totalmente	Concordo	Não Sei	Discordo	Discordo Totalmente
a) O bebê está doente					
b) O bebê está cansado					
c) O bebê está com fome					
d) O bebê é mimado					
e) O bebê está com a fralda suja					
f) O bebê está com dor					
g) O leite da mamadeira do bebê não está correto					
h) O bebê é mal comportado					
i) O bebê é genioso					
j) O bebê é muito exigente					
k) O bebê está entediado					
l) O bebê está triste					
m) O bebê está reclamando de algo					
n) O bebê é teimoso					
o) É natural que o bebê chore					
p) O bebê é impaciente					
q) Os bebês choram sem motivo					
r) Quem cuida do bebê está estressado					
s) O ambiente está muito barulhento					
t) O bebê quer colo					

⁴ Tolliday, F, Simons, M., Foley, S., Benson, S., Stephens, A & Rose, D. (2010). From inspiration to action: the Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney. *Communities, children and families Australia*. 5(2), 31-47. Traduzido e adaptado por Nahara R. L. Lopes, Vera Moreira e Lúcia C. A. Williams (2011), mediante autorização dos autores.

2. Imagine que você está sozinho, cuidando de um bebê e este não pára de chorar. Atribua uma nota de 0 a 5 para cada alternativa abaixo de acordo com o que você faria nesta situação.

1. Alimentaria o bebê novamente	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
2. Trocaria a fralda	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
3. Trocaria a roupa	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
4. Abraçaria o bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
5. Colocaria o bebê no berço	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
6. Gritaria com o bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
7. Colocaria uma música para o bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
8. Colocaria o bebê em um lugar mais escuro	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
9. Faria uma massagem no bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
10. Daria chupeta para o bebê.	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
11. Daria um tapa na bundinha do bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
12. Traria o bebê para perto do corpo.	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria

13. Colocaria o bebê em um lugar mais tranquilo, com menos barulho	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
14. Deixaria o bebê sozinho no berço e sairia do quarto por um tempo para respirar fundo e se acalmar	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
15. Distrairia o bebê com brinquedos	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
16. Consultaria um pediatra ou outro profissional de saúde	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
17. Sacudiria o bebê para tentar acalmá-lo.	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
18. Pediria para alguém mais experiente cuidar do bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
19. Levaria o bebê para um passeio ao ar livre	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
20. Cantaria uma música para o bebê.	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
21. Pediria para alguém mais calmo cuidar do bebê	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
22. Ninaria o bebê.	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria
23. Deixaria o bebê sozinho no berço e sairia do quarto por um tempo para assistir televisão ou ouvir uma música.	[1] Nunca Faria	[2] Provavelmente Não Faria	[3] Não Sei	[4] Provavelmente Faria	[5] Certamente Faria

3. Quantas horas por dia um bebê normal e saudável pode chorar?

<input type="checkbox"/>]		<input type="checkbox"/>]		<input type="checkbox"/>]		<input type="checkbox"/>]
0 a 1		2 a 3		4 a 5		6 ou mais

4. Cuidar de um bebê pode ser cansativo e estressante.

<input type="checkbox"/>]								
Concordo Fortemente		Concordo		Não Sei		Discordo		Discordo Fortemente

5. O que você acredita que pode acontecer com o bebê se ele for sacudido?

a) Nada	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
b) O bebê pode vomitar	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
c) O bebê pode não conseguir se alimentar	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
d) O bebê pode ficar mais nervoso	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
e) Futuramente o bebê pode ter problemas para aprender	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
f) O bebê pode se acalmar	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
g) Futuramente o bebê pode ter problemas com a fala	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
h) O bebê pode desenvolver deficiência física	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
i) O bebê pode desenvolver deficiência mental	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
j) O bebê pode desenvolver problemas com a visão/cegueira	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
k) O bebê pode ter paralisia cerebral	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
l) O bebê pode ter parada cardíaca	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
m) O bebê pode ter convulsões	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
n) Pode levar a morte do bebê	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei
o) O bebê pode chorar mais.	<input type="checkbox"/>] Sim	<input type="checkbox"/>] Não	<input type="checkbox"/>] Não Sei

Obrigado(a) por participar de nosso estudo!

Apêndice 2: Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido
Questionário sobre o Conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido
Versão Reduzida⁵

Este questionário contém questões sobre como cuidadores tomam conta de seus bebês. O termo cuidador se refere a pais, mães, padrastos, madrastas, babás ou qualquer pessoa que cuide de um bebê. Serão considerados bebês todas as crianças menores de 2 anos de idade.

Instrução

Por favor, complete cada questão marcando um **X** na melhor opção.

Exemplo: [**X**]

1. É certo um cuidador deixar um bebê chorando sozinho:

[] Nunca

[] Até 5 minutos

[] Até 15 minutos

[] Até 30 minutos

[] Mais do que 30 minutos

Instrução

Agora, você será solicitado a avaliar uma lista de estratégias que um cuidador pode utilizar quando está tomando conta de um bebê.

Você deverá avaliar o quanto cada estratégia é **Disciplinadora, Tranqüilizadora ou Prejudicial**.

- **Disciplinadora:** Estratégias que são razoáveis e efetivas no ensino de comportamentos adequados e inadequados.
- **Tranqüilizadora:** Estratégias que podem acalmar um bebê quando ele chora.
- **Prejudicial:** Estratégias que podem prejudicar o bebê.

⁵ Russell, B. S. (2010). Revisiting the measurement of Shaken Baby Syndrome Awareness. *Child Abuse and Neglect*, 34(9), 671-676. Tradução e adaptação do questionário *Shaken Baby Syndrome Awareness* por Nahara R. L. Lopes e Lúcia C. A. Williams mediante autorização da autora. Somente para uso interno do Laboratório de Análise e Prevenção de Violência (LAPREV), UFSCar.

Avalie quanto cada estratégia é **disciplinadora**.

Lembre-se! Estratégias **disciplinadoras** são razoáveis e efetivas no ensino de comportamentos adequados e inadequados.

	Discordo Fortemente	Discordo	Às Vezes Discordo	Às Vezes Concordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Balançar o bebê em uma cadeira de balanço.	1	2	3	4	5	6
2. Gritar com o bebê.	1	2	3	4	5	6
3. Distrair o bebê com um brinquedo ou com comida.	1	2	3	4	5	6
4. Andar enquanto segura o bebê.	1	2	3	4	5	6
5. Negar ou retirar comida do bebê.	1	2	3	4	5	6
6. Sacudir o bebê.	1	2	3	4	5	6
7. Falar com o bebê.	1	2	3	4	5	6
8. Repreender o bebê verbalmente.	1	2	3	4	5	6
9. Espancar o bebê.	1	2	3	4	5	6
10. Segurar o bebê.	1	2	3	4	5	6
11. Bater no bebê.	1	2	3	4	5	6
12. Alimentar o bebê.	1	2	3	4	5	6

Avalie quanto cada estratégia é **tranquilizadora**.

Lembre-se! Estratégias **tranqüilizadora** podem acalmar um bebê quando ele chora.

	Discordo Fortemente	Discordo	Às Vezes Discordo	Às Vezes Concordo	Concordo	Concordo Fortemente
13. Balançar o bebê em uma cadeira de balanço.	1	2	3	4	5	6
14. Gritar com o bebê.	1	2	3	4	5	6
15. Distrair o bebê com um brinquedo ou com comida.	1	2	3	4	5	6
16. Andar enquanto segura o bebê.	1	2	3	4	5	6
17. Negar ou retirar comida do bebê.	1	2	3	4	5	6
18. Sacudir o bebê.	1	2	3	4	5	6
19. Falar com o bebê.	1	2	3	4	5	6
20. Repreender o bebê verbalmente.	1	2	3	4	5	6
21. Espancar o bebê.	1	2	3	4	5	6
22. Segurar o bebê.	1	2	3	4	5	6
23. Bater no bebê.	1	2	3	4	5	6
24. Alimentar o bebê.	1	2	3	4	5	6

Avalie quanto cada estratégia é **prejudicial**.

Lembre-se! Estratégias **prejudiciais** podem prejudicar o bebê.

	Discordo Fortemente	Discordo	Às Vezes Discordo	Às Vezes Concordo	Concordo	Concordo Fortemente
25. Balançar o bebê em uma cadeira de balanço.	1	2	3	4	5	6
26. Gritar com o bebê.	1	2	3	4	5	6
27. Distrair o bebê com um brinquedo ou com comida.	1	2	3	4	5	6
28. Andar enquanto segura o bebê.	1	2	3	4	5	6
29. Negar ou retirar comida do bebê.	1	2	3	4	5	6
30. Sacudir o bebê.	1	2	3	4	5	6
31. Falar com o bebê.	1	2	3	4	5	6
32. Repreender o bebê verbalmente.	1	2	3	4	5	6
33. Espancar o bebê.	1	2	3	4	5	6
34. Segurar o bebê.	1	2	3	4	5	6
35. Bater no bebê.	1	2	3	4	5	6
36. Alimentar o bebê.	1	2	3	4	5	6

Obrigado(a) por participar de nosso estudo!

Estou certa que sua contribuição ajudará no melhor entendimento de formas pelas quais podemos ajudar pais e familiares a manter suas crianças em segurança.