



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

INVESTIGAÇÃO DE CONHECIMENTOS DE PAIS SOBRE O TRAUMA CRANIANO  
VIOLENTO E SUA RELAÇÃO COM O POTENCIAL DE ABUSO INFANTIL E O  
*STATUS SOCIOECONÔMICO*

Ana Paula de Miranda Araújo Soares



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

INVESTIGAÇÃO DE CONHECIMENTOS DE PAIS SOBRE O TRAUMA CRANIANO  
VIOLENTO E SUA RELAÇÃO COM O POTENCIAL DE ABUSO INFANTIL E O  
*STATUS SOCIOECONÔMICO*

Ana Paula de Miranda Araújo Soares<sup>1</sup>

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rachel de Faria Brino

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

São Carlos  
Fevereiro, 2019

<sup>1</sup>Bolsista CAPES de março de 2017 a fevereiro de 2019



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Paula de Miranda Araújo Soares

São Carlos, 13/03/2019

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rachel de Faria Brino (Orientadora e Presidente)  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karyne de Souza Augusto Rios  
Centro Universitário Adventista de São Paulo/Unasp

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Rossito Aiello  
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública  
realizada às 09h00 no dia 13/03/2019.

Comissão Julgadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rachel de Faria Brino  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karyne de Souza Augusto Rios  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Rossito Aiello

Homologada pela CPG-PPGpsi na  
\_\_\_\_<sup>a</sup> Reunião no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Hollanda de Souza  
Coordenadora do PPGpsi

*Dedico a todas as mães que tornaram tudo isso possível, em especial à  
minha mãe, à minha avó e à minha tia-avó sem as quais eu não teria  
chegado aqui.*

## Agradecimentos

Agradeço,

Primeiramente, às pessoas que deram a base para que esse sonho se realizasse com apoio emocional incondicional e financeiro: minha mãe Suely Maria, minha avó Maria do Carmo e meus já falecidos e sempre saudosos avô Alcyr e tia-avó Maria da Consolação;

Ao meu pai Evandro Jr. e aos meus irmãos Pedro Paulo e Luís Paulo pelos exemplos que me deram e toda a curiosidade e impulso que me suscitaram para que eu fosse em busca do conhecimento e continuasse minha formação;

Aos membros da minha família que moram em São Paulo e me deram abrigo e abraços calorosos sempre que eu precisei: meus primos Maria Carolina, Pedro Henrique, Maria Luiza e minha tia-avó Rosa Maria;

Aos meus amigos de Belém Luciana Rego, Rafaella, Joyce, Fernanda, Ryan, Marcello, Carol, que caminham sempre comigo mesmo de longe e acalmam meu coração e minha cabeça quando eu disso necessito;

Aos amigos que me acolheram em São Carlos. Em especial à minha companheira de casa, Jéssica, que tem sempre seus ombros amigos palavras para me dar forças na vida pessoal, profissional e acadêmica. À minha não mais companheira de casa Jaqueline que além dos ombros e palavras, sempre tinha sucos e chás para curar qualquer resfriado. À minha amiga Luciana Roça, com quem tive muitas conversas despreziosas sobre a vida e o mundo, mas que também me alertou sobre as dificuldades da academia. Ao meu namorado Erik, que além de todo o suporte emocional em grande parte desta caminhada também foi importante para que eu compreendesse e conseguisse fazer a matemática das minhas análises de dados;

Também aos colegas e amigos que a universidade me deu. Em especial à Luciana Barbalho, a primeira pessoa que me recebeu na UFSCar e me ajudou no meu início no LAPREV e que também foi muito importante para a minha compreensão sobre as análises de um dos

instrumentos utilizados no trabalho, o CAP; à Nahara Laterza que esteve comigo quando dava os meus primeiros passos no tema da minha dissertação e gentilmente me cedeu materiais importantes para a construção do meu projeto; aos companheiros de laboratório presentes em momentos de trabalho e de descontração tornando este caminhar mais leve: Viviane, Alliny, Amanda, Ricardo, Maria Alice e Mayara. À Gabi por todas as caronas e conversas para aliviar as tensões;

À Marineia que se aposentou recentemente e agora poderá descansar, mas que antes disso sempre esteve a postos para responder e-mails e dar orientações pessoalmente sobre os mais variados aspectos burocráticos e não burocráticos do mestrado em psicologia;

A todos os professores de todas as disciplinas que cursei ao longo do mestrado por todo o conhecimento que pude construir a partir dos direcionamentos, discussões, seminários, trabalhos e outras atividades feitas durante as disciplinas: Monalisa, Patrícia, Aline, Zilda e Almir, Deyse, Débora, Amanda, Mariele, João do Carmo, Sabrina e Alex;

À professora Sabrina Mazo D'Afonseca que esteve sempre disponível para conversar sobre assuntos acadêmicos e não acadêmicos e me ensinou a fazer as análises estatísticas necessárias para a apresentação dos resultados deste trabalho;

Às professoras presentes na banca que se dispuseram a ler o trabalho e contribuir com o mesmo;

Por último, e não menos importante, à minha orientadora maravilhosa que esteve presente em todas as etapas do trabalho, me ajudando a enxergar possibilidades a cada passo e que nunca me deixou esquecer de cuidar da minha saúde emocional e da vida fora da universidade.

Reconheço, ainda, a importância da CAPES para a realização deste trabalho, uma vez que só foi possível executá-lo a partir do seu financiamento pela mesma.

Meu muito obrigada a todos!

*“Hoje é um dia excelente para que eu descubra meu potencial de vida e o use sem desperdício e sem excessos”*

Monja Coen

## Resumo

Soares, A. P. M. A. (2019) Investigação de conhecimentos de pais sobre o Trauma Craniano Violento e sua relação com o potencial de abuso infantil e o *status* socioeconômico. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP. 104p

Esta dissertação é composta por três artigos que tiveram como objetivo investigar os fatores de risco envolvidos na ocorrência do Trauma Craniano Violento. O primeiro deles é uma revisão de literatura cuja finalidade foi descrever fatores de risco presentes no ambiente familiar, nas características da criança e do perpetrador. De acordo com a revisão, os principais fatores de risco descritos na literatura são vulnerabilidade socioeconômica, situações de estresse, ausência de redes de apoio, pré-natal inadequado, crianças menores de três anos, do sexo masculino e com déficit de desenvolvimento e agressores do sexo masculino. Discute-se, então, a necessidade de verificar conhecimentos, estratégias utilizadas, habilidades e crenças de pais, assim como de capacitar as equipes de saúde para a detecção do problema e aplicação continuada de programas de educação parental. O segundo artigo trata-se de uma análise qualitativa que objetivou apresentar os conhecimentos dos pais em relação ao padrão de choro infantil e às consequências de sacudir uma criança, as estratégias utilizadas para acalmar a criança quando está chorando, assim como manejar o estresse do cuidador nesses momentos e manter seu bem-estar físico e emocional. Os resultados mostraram que pouco menos da metade dos pais entrevistados não acreditam que sacudir uma criança pode ter consequências moderadas, graves ou fatais, quase todos os pais utilizam estratégias direcionadas para acalmar a criança como cantar, conversar com ela e segurá-la no colo, apesar de muitas estratégias que poderiam ser eficazes serem preteridas em razão de crenças inadequadas destes pais. Além disso, a maioria reconhece que a manutenção do seu bem-estar físico e emocional são importantes para que possam desempenhar as tarefas de cuidado com o bebê, no entanto, poucos se valem de estratégias para o manejo do estresse e frustração quando o bebê está chorando. Sugere-se, então, que estes temas sejam abordados nos programas de prevenção, intervenção e educação parental. Por fim, o último artigo trata-se de uma análise correlacional que visou averiguar a relação entre os conhecimentos dos pais sobre o trauma, o potencial de abuso infantil e a classe socioeconômica. A partir dos dados foi possível observar que crenças inadequadas podem estar mais presentes em classes socioeconômicas desfavorecidas, e o desconhecimento a respeito do padrão de choro infantil em classes socioeconômicas mais altas. Além disso, a rigidez, ou seja, inflexibilidade em relação aos comportamentos e aparência da criança, parece estar relacionada a crenças inadequadas sobre os cuidados com a criança e também ao menor conhecimento sobre as consequências de sacudir uma criança. Assim, é importante que as intervenções sejam direcionadas às necessidades de cada população alvo e que também seja trabalhada uma maior flexibilização das expectativas dos pais em relação às crianças a eles próprios no seu papel parental.

**Palavras-chave:** Trauma Craniano Violento; Família; Abuso infantil.



## Abstract

Soares, A. P. M. A. (2019) Investigation of parents' knowledge on Abusive Head Trauma and its relation to their child abuse potential and socioeconomic status. Master's Thesis, Graduate Program in Psychology. Federal University of Sao Carlos, Sao Carlos - SP. 104p

This thesis is composed of three articles that aimed to investigate the risk factors involved in the occurrence of Abusive Head Trauma. The first one is a literature review whose purpose is to describe the risk factors associated with the family environment, characteristics of the child and the perpetrator. According to the review, the main risk factors described in the literature are socioeconomic vulnerability, stress situations, absence of support networks, inadequate prenatal care, children under three years of age, men with developmental deficit and male perpetrators. The need to investigate trauma-related knowledge, strategies used, abilities and beliefs of parents, as well as to enable health teams to detect the problem and to continuously deliver parent training programs are discussed. The second article consists of a qualitative analysis that aimed to present parents' knowledge regarding infant crying pattern and the consequences of shaking a baby, the strategies used to calm the crying baby, as well as managing the caregiver's stress at these times and maintaining their physical and emotional well-being. The results showed that less than half of the parents interviewed do not believe that shaking a baby can have moderate, serious or fatal consequences; almost all parents use strategies aimed at calming the crying baby, such as singing, talking to and holding him or her, although many strategies that could be effective are overlooked because of inadequate beliefs of these parents. In addition, most recognize that maintaining their physical and emotional well-being are important for them to be able to perform the tasks of nurturing their baby; however, few use strategies for stress management and frustration when the baby is crying. These topics are thus suggested to be addressed in prevention, intervention and parent training programs. Finally, the last article consists of a correlational analysis that sought to examine the relationship between parents' trauma-related knowledge, child abuse potential and socioeconomic status. Results show inadequate beliefs may be more present in lower socioeconomic classes, while the lack of knowledge about infant crying patterns is more common in higher socioeconomic classes. In addition, rigidity, that is, inflexibility concerning the child's behavior and appearance, seems to be related to inadequate beliefs about child care and also to lesser knowledge about the consequences of shaking a baby. It is therefore important that interventions are targeted to the needs of each target population and that a greater flexibility of parents' expectations for their children and themselves within their parenting role is emphasized.

**Key words:** Abusive Head Trauma; Family; Child abuse.

## Sumário

Apresentação .....	1
Fatores de risco para o trauma craniano violento pediátrico: uma revisão de literatura .....	5
Conhecimentos, crenças e estratégias utilizadas por mães e pais a respeito do choro de bebês .....	31
Trauma Craniano Violento: relação entre conhecimento de pais, potencial de abuso infantil e <i>status</i> socioeconômico familiar .....	51
Considerações Finais .....	76
Apêndices .....	79

## Apresentação

A interação e a relação entre mães e pais e crianças pequenas é uma área de grande interesse para mim, uma vez que essas são muito importantes para o desenvolvimento infantil, o qual também tem impacto no adulto a ser formado posteriormente que fará parte da construção constante da nossa sociedade. Assim, desde a iniciação científica, no período da graduação, me deduzi sobre os aspectos interacionais entre mães, pais e crianças nos primeiros meses de vida e suas diferenças entre as classes sociais. Terminada a graduação, dei um passo ainda maior para a compreensão destas relações estudando e acompanhando gestantes, puérperas e suas famílias em suas mais distintas especificidades durante a residência multiprofissional em uma maternidade de referência no estado do Pará. Ali descobri que a relação entre a família e o bebê se inicia ainda antes de seu nascimento e que a gestação pode ter impacto na forma como as relações vão se configurar a partir da vinda da criança ao mundo.

Ainda durante os anos de residência, presenciei situações em que as mães ficavam perdidas ao lidar com um bebê que chora constantemente mesmo quando várias tentativas e várias técnicas eram aplicadas para fazê-lo parar de chorar, e muitas vezes não conseguiam encontrar o problema para ser resolvido. Naquele tempo, tive muitas dificuldades para orientar aquelas mulheres. Observava também que muitas, já sem paciência, sacudiam seus bebês de forma brusca e eram repreendidas pela equipe multiprofissional de saúde, a qual nunca explicava porque exatamente aquele comportamento podia fazer mal para o bebê. Ao mesmo tempo, muitos bebês que pareciam bem acabavam precisando de cuidados das UTIs e UCIs neonatais sem uma causa muito clara. Um dia, através de um amigo, descobri a existência do LAPREV e, navegando pelo site, conheci o Trauma Craniano Violento. A partir daí entrei em contato com a pesquisadora, então doutoranda, que estudava o tema no laboratório e comecei a me aprofundar na área.

Com o aprofundamento, foi possível perceber que a pesquisa no Brasil sobre o trauma, apesar de ter crescido nos últimos anos, ainda engatinha a passos lentos. Pouco foi estudado a respeito dos fatores de risco sociais, assim como sobre os comportamentos, conhecimentos, habilidades e crenças que estão relacionados a ocorrência do TCV. Assim, este trabalho pretendeu investigar os conhecimentos, estratégias e crenças que estão envolvidos nas práticas de cuidados com crianças pequenas e no manejo do choro; também objetivou averiguar quais os fatores de risco presentes no ambiente das crianças que podem aumentar a probabilidade de sofrerem este tipo de maus-tratos; e teve como norte as seguintes perguntas: os conhecimentos dos pais sobre o choro infantil, o TCV e as suas consequências sobre a saúde e desenvolvimento da criança são influenciados pelo *status* socioeconômico da família? O maior conhecimento do cuidador sobre o TCV e suas consequências para a saúde da criança implica em menor probabilidade de maus-tratos a ela e, conseqüentemente, em menor Potencial de Abuso Infantil? O Potencial de Abuso Infantil, por sua vez, é influenciado pelo *status* socioeconômico da família?

A ideia de comparar o potencial de abuso infantil com os conhecimentos sobre o trauma a partir do CAP (Rios, Williams, Schelini, Bazon e Piñon, 2013) e da Escala de atitudes frente ao choro do bebê (Lopes, Schelini, Williams, Coimbra e Fountaine, submetido) surgiu da constatação de que, apesar de o último instrumento contar com um amplo estudo de validação com 500 pais de diferentes cidades do estado de São Paulo (Lopes, Schelini, Williams, Coimbra e Fountaine, submetido), ele ainda não contava com a validação de instrumento já consolidado na literatura, como o CAP. Nesse sentido, é importante ressaltar aqui que não se pressupõe que ambos os instrumentos estão medindo os mesmos comportamentos e conhecimentos. No entanto, é possível que o CAP dê o embasamento para inferir que a Escala de atitudes frente ao choro do bebê está medindo a probabilidade de os pais perpetrarem o TCV, que é um tipo de

violência física, a partir dos seus itens que avaliam o conhecimento a respeito do trauma, suas consequências e formas de evita-lo.

Desta forma, esta dissertação é composta por três artigos. No primeiro foi feita uma revisão de literatura a respeito dos fatores de risco presentes em características do ambiente familiar, da criança e do perpetrador que aumentam a probabilidade de o TCV acontecer. O segundo artigo trata-se de uma análise qualitativa dos conhecimentos a respeito do trauma e dos padrões de choro da criança nos primeiros meses de vida, crenças relacionadas aos cuidados com o bebê e estratégias que são utilizadas pelos cuidadores para acalmar o choro, para manejo de estresse e frustração dos cuidadores assim como para a manutenção da sua saúde e bem-estar. O terceiro e último artigo que compõe esta dissertação relaciona variáveis socioeconômicas com os conhecimentos, crenças e estratégias descritas anteriormente e com o potencial de abuso infantil, a fim de estabelecer o quanto a classe socioeconômica pode influenciar nos conhecimentos a respeito do TCV e cuidados com a criança e no potencial de abuso infantil, assim como o quanto estes conhecimentos podem influenciar em características que aumentam o potencial de abuso infantil. É esperado que estes estudos contribuam para a produção de conhecimento a respeito do TCV no geral e no contexto brasileiro, assim como auxiliem na elaboração de programas educativos direcionados a pais e outros cuidadores de crianças pequenas.

## Referências

Lopes, N. R. L., Schelini, P. W., Williams, L. C. A., Coimbra, S., & Fontaine, A. M.

(*submetido*) The Attitudes towards an Infant Crying Scale: Validity evidence based on internal structure.

Rios, K. S. A., Williams, L. C. A., Schelini, P. W., Bazon, M. R. & Piñon, E. A. (2013)

Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP: evidências de validade e precisão.

*Avaliação Psicológica*, 12(1) 51-60. Acessado em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n1/v12n1a08.pdf>.

## **Fatores de risco para o trauma craniano violento pediátrico: uma revisão de literatura**

Soares, A. P. M. A., & Brino, R. F. (submetido) Fatores de risco para o trauma craniano violento pediátrico: uma revisão de literatura

### **Resumo**

Objetivo: apresentar uma revisão de literatura de publicações entre 1998 a 2018 que analisaram os fatores de risco para o TCV.

Fonte de dados: foram utilizadas as bases Web of Science e Scopus a partir dos termos ‘abusive head trauma predictors’, ‘abusive head trauma risk factors’, e seus correlatos em português acompanhados dos operadores booleanos OR e AND.

Síntese de dados: nos resultados, foram encontrados 142 artigos, dos quais foram excluídos aqueles com teor biológico, os que falavam de outros tipos de violência e os que não estavam disponíveis integralmente. Ao final, foram analisados 54 artigos, os quais descreveram vulnerabilidade socioeconômica, estresse, ausência de redes de apoio, pré-natal inadequado, crianças menores de três anos, do sexo masculino e com déficit de desenvolvimento e agressores do sexo masculino como fatores de risco.

Conclusão: Discute-se a necessidade de investigar conhecimentos, comportamentos e habilidades dos cuidadores relacionados ao trauma.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, Injúria, Família

### **Abstract**

Objective: this study aimed to review publications between 1998 and 2018 that sought to analyze the risk factors to abusive head trauma.

Data source: for the research, the authors utilized the data bases ‘Web of Science’ and ‘Scopus’ with the terms ‘abusive head trauma predictors’, ‘abusive head trauma risk factors’ in english and in portuguese related throw the operators ‘OR’ and ‘AND’.

Data synthesis: as a result, 142 articles were found, excluding those with biological content, those that spoke of other types of violence and those that were not available in full. At the end of the study, 54 articles were analyzed, which described socioeconomic vulnerability, stress,



absence of support networks, inadequate prenatal care, children under three years of age, males and with developmental deficit, and male aggressors as risk factors.

Conclusion: the need to investigate trauma-related knowledge, behaviors and skills of caregivers are discussed.

Palavras-chave: Child abuse, Injury, Family

## 1 INTRODUÇÃO

O trauma craniano violento (TCV) pediátrico é a injúria ou lesão no crânio ou intracraniano em crianças menores de cinco anos, causado por impacto brusco intencional ou sacudida violenta. Cabe ressaltar que o TCV não envolve injúrias ou lesões resultantes de supervisão negligente, ferimentos por arma de fogo ou facada e trauma penetrante.<sup>1,2</sup> Ele é considerado uma das formas de violência física mais sérias, apresentando um prognóstico clínico ruim<sup>3</sup> sendo a causa mais comum de mortes resultantes de abuso infantil.<sup>4</sup>

Pesquisas em diversos lugares do mundo apresentam dados de incidência e prevalência deste tipo de abuso infantil. Nos Estados Unidos,<sup>5</sup> apontam uma variação entre 0 e 67,3 casos por 100.000 crianças menores de dois anos de idade, de acordo com o estado. No Japão, foi encontrada prevalência de 3,4% do comportamento de sacudir o bebê no mês anterior a realização da pesquisa em uma amostra de mães de crianças de quatro meses de idade.<sup>6</sup> Na França, foram registrados 2,9 óbitos por TCV para 100.000 nascidos vivos.<sup>7</sup> Já no Canadá, a incidência do trauma entre crianças menores de 12 meses foi de 13 a 15,5 casos por 100.000 crianças.<sup>8</sup> No México,<sup>9</sup> relataram prevalência de 11% em crianças menores de cinco anos admitidas em emergência por trauma na cabeça. No Brasil, por sua vez, não há estudos de prevalência ou incidência do TCV. No entanto, estudo desenvolvido por<sup>10</sup> no qual foi perguntado a 90 pais e mães de crianças recém-nascidas ou em gestação se estes sacudiriam seus bebês para fazê-los parar de chorar, apresentou dados sugerindo que pelo menos 34% destes pais o fariam, indicando altos índices de comportamentos que aumentam o risco de o trauma ocorrer.

Além disso, crianças que sofrem o trauma craniano violento pediátrico podem apresentar sequelas em seu desenvolvimento cognitivo, neurológico e físico,<sup>3</sup> tendo riscos de óbito.<sup>1</sup> Aqui, vale ressaltar que, de acordo com os dados de<sup>11</sup>, 72% de 940 crianças com TCV tiveram algum tipo de sequela aos cinco anos de idade, como atrasos no desenvolvimento,

dificuldades de aprendizagem, epilepsia, déficits motores, visuais e de comunicação e distúrbios comportamentais. Nesse sentido, o planejamento de programas de prevenção direcionados a situações de risco podem constituir importantes ferramentas para a redução das taxas de TCV.<sup>2</sup> No entanto, para tal, são necessárias investigações a respeito de fatores de risco presentes na população.<sup>2</sup> Os fatores de risco aqui são compreendidos pelas características genéticas, biológicas, de personalidade e sociais presentes na criança, na sua família e na comunidade de uma forma geral que influenciem e aumentem a probabilidade de a criança desenvolver desordens emocionais, comportamentais e dificuldades no desenvolvimento.<sup>12</sup>

Muitas são as revisões de literatura que descrevem os aspectos relacionados ao TCV. Elas descrevem, de forma geral, a história do TCV, epidemiologia, incidência, prevalência, mecanismo de dano, as consequências a curto, médio e longo prazo para a criança e sua família, o choro como gatilho, fatores de risco e formas de prevenção.<sup>2, 3, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20</sup> Entretanto, não foi encontrada, até então, revisão de literatura que se concentrasse em descrever de forma mais específica os fatores de risco presentes na criança e nas famílias atingidas pelo trauma. Assim, este artigo tem por objetivo apresentar uma revisão de publicações entre 1998 a 2018 que analisaram os fatores de risco para o TCV.

## **2 MÉTODO**

Foi realizada revisão de literatura de 1998 a 2018 utilizando as bases Web of Science e Scopus a partir dos termos ‘abusive head trauma predictors’, ‘abusive head trauma risk factors’, e seus correlatos em português acompanhados dos operadores booleanos OR e AND. Foram encontrados 142 artigos e em seguida realizou-se a leitura do título e abstract de cada um. Os critérios para a seleção dos artigos foram: indicar quais fatores de risco estão presentes no ambiente familiar, nas características da criança e nos perpetradores deste tipo de violência que podem aumentar a probabilidade do TCV. A partir de tais critérios foram excluídos aqueles com teor biológico, os que tratavam de outros tipos de violência e aqueles que não estavam

disponíveis integralmente. Ao final, foram revisados 54 artigos, destes, 10 são revisões de literatura e dois são guias para atuação de profissionais que complementarão os resultados e a discussão deste artigo.

### 3 RESULTADOS

A Tabela 1 sumariza os achados da revisão de literatura descrevendo as principais características dos artigos encontrados, como tipo de estudo, população, variáveis e objetivos. Na coluna de ‘variáveis’, aquela que aparece anteriormente ao ponto e vírgula trata-se da variável dependente, e aquela que está após o ponto e vírgula é a variável independente.

Tabela 1: Descrição da Produção Científica sobre fatores de risco para o TCV entre 2003 e 2018.

Os artigos encontrados datam a partir do ano de 2003 até 2018, sendo os demais anos incluídos na busca para verificar a produção científica dos últimos 20 anos. De forma geral, 94,44% da produção de conhecimento a respeito dos fatores de risco e preditores do TCV está concentrada em países como Estados Unidos, Canadá, Japão, Suécia, França e apenas 5,56% em países como México, Turquia e Brasil. Ademais, os principais tipos de estudo foram as pesquisas em arquivo correlacionais (29,63%), seguidas das pesquisas em arquivo descritivas (25,92%) e dos levantamentos correlacionais (7,40%). Também foram encontrados três estudos de levantamento descritivo, três estudos com delineamento quase experimental, um estudo experimental e um estudo que combinou levantamento e pesquisa em arquivo. Além disso, foram encontradas revisões de literatura que correspondem a 18,52% dos artigos revisados, são elas: 2, 3, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Entre os estudos também estão dois guias para orientar a atuação de profissionais das áreas médica e enfermagem: 21 e 22. As revisões e os guias complementarão a descrição dos resultados, assim como a discussão. Dos 42 artigos que não compõem as

revisões ou os guias para atuação profissional, 45,24% da população estudada são crianças menores de cinco anos, 21,43% são crianças com idade indefinida e 21,43% são pais e cuidadores destas crianças. Os outros estudos (11,90%) investigam especialistas na área de maus-tratos ou crianças até 19 anos

### 3.1 FATORES DE RISCO

Como principal objetivo do artigo, serão descritos os achados nas seguintes categorias de fatores de risco: características do ambiente familiar, dos perpetradores, das crianças, o choro como gatilho. Os artigos aqui apresentaram os fatores de risco das seguintes formas: descritiva, ou seja, a partir da porcentagem de aparecimento de determinadas características na população estudada; de forma correlacional, isto é, a partir de testes de correlação e regressão de forma a mensurar o quanto a presença daquela característica aumenta a probabilidade do problema estudado ocorrer; e a partir de revisões de literatura que descreveram os fatores de risco para o TCV.

#### 3.1.1. CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE FAMILIAR

Dentre as características familiares que aumentam a probabilidade do TCV estão a vulnerabilidade socioeconômica, refletida em baixa escolaridade, residência em bairros mais pobres, com alto índice de criminalidade, alta taxa de desemprego e menor renda,<sup>9, 13, 23, 24, 25, 26, 27, 28</sup> pouca idade parental,<sup>4, 13, 23, 24, 29, 30</sup> famílias mono parentais,<sup>27, 29, 30</sup> histórico de violência doméstica e contra a criança, abrangendo o envolvimento anterior com autoridades de proteção à criança<sup>4, 25, 28</sup> e histórico de abuso de substâncias.<sup>9, 13, 26, 31</sup>

Situações de estresse no ambiente familiar, na relação entre os pais e a criança e na infância parental também são fatores que podem estar associados ao TCV.<sup>6, 13, 32</sup> Dentre fatores estressores estão: morar em andares mais altos, provocando maior resistência em sair de casa em amostra no Japão<sup>23</sup> e residir em áreas de alta densidade populacional, com alto volume de trânsito, de acordo com especialistas em maus-tratos infantis entrevistados no Canadá.<sup>27</sup>

Outras variáveis apontadas como fator de risco são a presença de problemas emocionais, de saúde mental <sup>13, 26</sup> e doenças físicas parentais, <sup>28</sup> ausência de apoio social, <sup>13</sup> mães militares, <sup>24</sup> famílias recém-formadas, casos prévios de TCV, <sup>27</sup> residência em áreas rurais, <sup>4</sup> acompanhamento pré-natal inadequado, uso de tabaco durante a gravidez, complicações na gravidez e no parto <sup>9, 13, 30</sup> gestações não planejadas, <sup>9</sup> baixa idade gestacional no nascimento, menor tempo entre gestações, <sup>29</sup> percepção de alta frequência de choro infantil e depressão pós-parto. <sup>23</sup>

### 3..1. 2 PERPETRADORES

Concentrando-se nas características dos perpetradores, eles podem ser pais, mães ou ambos, <sup>7, 19, 30, 33, 34</sup> irmãos <sup>33</sup> e outras pessoas que convivem com a criança, como babás <sup>7, 19, 26</sup> e companheiros ou namorados das mães e padrastos. <sup>4, 13, 16, 19, 26, 30, 35, 36, 37</sup> No entanto, os perpetradores mais comuns são do sexo masculino, <sup>4, 13, 16, 19, 26, 30, 35, 36, 37</sup> com menos de 30 anos. <sup>13</sup> As pesquisas <sup>34, 35, 37</sup> adicionam que indicadores clínicos de maior severidade e mortalidade estão relacionados significativamente a agressores sem parentesco com a criança e chamam atenção para a maior probabilidade de óbito da criança por dano infringido quando ela vive com adultos não parentes.

### 3..1. 3 CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA

As crianças que enfrentam maiores riscos de sofrer TCV são, em sua maioria, do sexo masculino, <sup>1, 13, 24, 26, 30, 33</sup> menores de três anos, <sup>1, 8, 9, 13, 15, 16, 30, 38, 39</sup> com o pico aos dois meses de vida, coincidindo com o período de maior intensidade do choro infantil. <sup>1</sup> A incidência do TCV, no entanto, diminui ao longo dos anos, junto com o choro, com taxas de 26 por 100.000, 3,4 por 100.000 e 2,8 por 100.000 crianças no primeiro, segundo e terceiro ano de vida, respectivamente. <sup>1</sup>

Além dos mencionados anteriormente, são frisados problemas de saúde e desenvolvimento infantil, <sup>28</sup> o temperamento do bebê, <sup>13, 28, 30</sup> a prematuridade, <sup>9, 26</sup> o histórico

de atendimento em emergência<sup>40</sup> e de eventos que oferecem riscos à vida da criança.<sup>41</sup> Ainda, segundo dados de<sup>57</sup>, há maior número de hospitalização em crianças com o trauma se comparadas com aquelas que sofrem violências não resultantes em TCV (76,6% versus 39,3%). Ademais, segundo os dados da pesquisa de<sup>11</sup> que acompanhou os registros de crianças desde o diagnóstico de TCV até seus cinco anos de idade, aquelas que são atendidas em serviços públicos de saúde têm significativamente mais dificuldades de aprender, atraso no desenvolvimento e distúrbios do comportamento aos cinco anos do que aquelas atendidas por planos de saúde.

### 3.1.4 O CHORO COMO GATILHO

Apesar de todos os fatores de risco citados até aqui,<sup>42</sup> apontam que este tipo de violência pode ocorrer mesmo na ausência deles. A partir de dados disponíveis em arquivos,<sup>42</sup> compararam a presença destas variáveis relacionadas à criança e ao ambiente familiar em vítimas de TCV e em vítimas de outros tipos de abuso concluindo que estes fatores estão mais fortemente presentes em outros tipos de abuso. Isto porque este tipo específico de maus-tratos possui um gatilho bem definido, o choro, o qual faz parte do desenvolvimento normal da criança independente de outras características familiares supracitadas.<sup>42, 43</sup>

Desta forma, a falta de conhecimentos de cuidadores a respeito dos padrões normais de choro do bebê é potencializador de riscos para o TCV.<sup>16</sup> Nessa direção,<sup>44</sup> e<sup>13</sup> mostram que o principal gatilho dos comportamentos de sacudir ou impactar a cabeça da criança é o choro. Para<sup>45</sup>, a principal causa dos abusos físicos fatais em crianças nos EUA são o sacudir (45%) e o principal gatilho é o choro (20%). Nesse sentido,<sup>43</sup> descreve características do padrão do choro infantil que são associadas ao aumento do estresse e frustração do cuidador caracterizando-o como gatilho para comportamentos de sacudir a criança e, conseqüentemente, para o TCV. As características envolvem o choro prolongado, imprevisível, inexplicável e de

difícil controle.<sup>43</sup> Porém, segundo<sup>43</sup>, o choro deve ser reconhecido como uma manifestação normal no desenvolvimento da criança.

Adicionalmente, na tentativa de testar a hipótese de que o choro prolongado induz o aumento da frustração ao longo do tempo,<sup>46</sup> desenvolveram um estudo experimental no Canadá com mães primíparas em pós-parto de crianças saudáveis e menores de seis meses. Neste estudo, foram medidas as emoções das mães enquanto as mesmas eram expostas a sons de choro e a sons de murmúrios de crianças. Os resultados demonstraram que sons de murmúrios eliciaram mais emoções positivas enquanto sons de choro eliciaram emoções ambivalentes. De acordo com os autores do estudo em questão, estas respostas ambivalentes ao choro refletiram a necessidade de acalmar o bebê e, ao mesmo tempo, de se afastar dele, sugerindo que mesmo o choro incontrolável não é unicamente aversivo, podendo também eliciar afetos positivos nas mães.

É comum, também, que os pais reproduzam o comportamento de sacudir a criança como forma de fazê-la parar de chorar por ser eficaz para chegar a este objetivo.<sup>43</sup> Nesse sentido,<sup>47</sup> realizaram um estudo quase-experimental expondo pais e mães a um modelo programável de bebê que oferecia três tipos de situações: a) o choro é incontrolável em duas tentativas, b) o choro é incontrolável na primeira tentativa e controlável na segunda tentativa e c) o choro era controlável nas duas tentativas. Nos resultados, os autores chegaram a dados indicando que é mais provável que uma técnica utilizada para acalmar a criança seja reproduzida repetidamente quando ela obtém sucesso em alcançar o seu objetivo. Eles adicionam, ainda, que isto pode contribuir para confirmar a hipótese de que é possível que sacudir uma criança seja usado como estratégia quando atingiu resultado almejado pelos pais (criança parar de chorar) no passado.

### **3.2 REINCIDÊNCIA**



Ainda existe uma grande dificuldade na identificação e notificação de casos de TCV.<sup>18</sup> Dentre os fatores que contribuem para isto estão a falta de capacitação do profissional que recebe a criança,<sup>21, 48</sup> pouco investimento na investigação aprofundada dos possíveis casos,<sup>49</sup> principalmente quando os ferimentos são superficiais e facilmente confundíveis com aqueles presentes nos traumas por acidente,<sup>48</sup> a ausência de testemunhas dos episódios e a rara confissão dos perpetradores.<sup>21</sup> Além disso, frequentemente as histórias trazidas inicialmente tem elementos não condizentes com a realidade.<sup>21, 44</sup> Em consequência disso, há grandes taxas de reincidência do trauma<sup>7, 9, 26, 36, 48, 50</sup> e maiores riscos à saúde e desenvolvimento da criança, assim como maior probabilidade de óbito.<sup>20, 51</sup>

Para mais,<sup>48</sup> descobriram que o tempo entre episódios diminui significativamente a cada evento e que há maior risco de reincidência se a criança tiver menos de 30 meses, morar em áreas rurais e apresentar machucado superficial. Nessa direção,<sup>52</sup> chegaram em resultados concordantes assinalando que os fatores que aumentam a severidade de eventos múltiplos são morar em áreas rurais e ter lesões menores e superficiais. Segundo esses autores, lesões maiores estão associadas com menor probabilidade de eventos severos posteriores, já que são de mais fácil identificação e intervenção.<sup>52</sup> Portanto, é recomendado que a presença de feridas, mesmo que leves, em crianças pequenas levantem suspeitas de abuso.<sup>52</sup> Além disso, o histórico de abuso anterior à lesão que levou a criança ao serviço de saúde deve suscitar suspeitas de violência.<sup>2</sup>

### **3.3 FATORES DE PROTEÇÃO**

Entre os fatores que podem ajudar a reduzir a incidência do trauma está um sistema de crédito recebido como auxílio por mães e pais solteiros de recém-nascidos. Segundo os dados de<sup>53</sup> e<sup>54</sup> há diminuição da taxa de admissões infantis em hospitais por TCV, uma vez que o auxílio proporciona maior renda, diminui problemas de estresse e saúde mental nos cuidadores e, conseqüentemente, reduz o abuso infantil, além de possibilitar pagar por cuidados de saúde

e educação da criança. Além deste, também podem ser fatores de proteção o maior número de cômodos na casa e maior rede de apoio,<sup>23</sup> resiliência parental, conhecimento a respeito do desenvolvimento normal da criança e sobre a parentalidade,<sup>21</sup> assim como os programas educativos para pais.<sup>55</sup> Segundo<sup>56</sup>, os últimos podem ter grande impacto sobre a utilização de estratégias para lidar com o choro da criança, sejam elas direcionadas a acalmar os pais ou as crianças, principalmente quando são aplicados no período anterior ao nascimento, ou após o nascimento depois da alta hospitalar.<sup>57</sup> adicionam que é possível que estimulem os participantes a conversarem com outras pessoas da comunidade a respeito das informações recebidas, aumentando ainda mais o alcance das informações e conhecimento e, também, que reduzam as taxas de hospitalização por TCV. Além disso, estes programas possuem evidências de eficácia,<sup>17</sup> e podem ser estendidos à comunidade como um todo.<sup>27</sup>

## **6 DISCUSSÃO**

Observou-se que a produção científica a respeito do TCV é menor em países menos desenvolvidos, o que é preocupante, uma vez que condições de pobreza aumentam a incidência do trauma.<sup>9, 13, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 35</sup> Isto implica dizer que há menor investimento para a identificação e prevenção de casos de TCV em uma população de provável maior vulnerabilidade e necessidade de iniciativas como esta.<sup>17</sup> Nesse sentido, sugere-se maiores esforços para investigação deste tipo de violência assim como propostas de programas de prevenção para a população dos países mencionados.

Também foi possível perceber que a maioria dos estudos foram voltados para o mapeamento da população que perpetra e sofre o TCV, com pesquisas em arquivos totalizando 59,18% dos métodos utilizados para a exploração do assunto. Esse tipo de estudo é importante para identificar a população de risco para quem os esforços de prevenção e intervenção precisam ser voltados.<sup>27, 28</sup> Entretanto, o planejamento também precisa de dados acerca de

conhecimentos, comportamentos, hábitos e percepção dos cuidadores e comunidades em geral.

58

Crianças que sofrem TCV possuem maior ocorrência e duração de hospitalizações e reinternações se comparadas com aquelas que sofrem traumas acidentais ou abusos resultando em outras sequelas físicas.<sup>20, 39, 59</sup> Além disso, elas possuem alta taxa de mortalidade e morbidade, envolvendo sequelas físicas e cognitivas<sup>1, 3, 22</sup> que demandam acompanhamentos de reabilitação, educação especial e apoio psicológico e orientação aos familiares para o enfrentamento da situação de saúde e desenvolvimento da criança.<sup>3</sup> Consequentemente, os custos financeiros são maiores se comparados àqueles despendidos em prevenção.<sup>3</sup>

Ao mesmo tempo, é possível que pais e outros cuidadores reproduzam comportamentos que levam ao trauma, como o sacudir, por ser difundido de geração em geração como técnica eficaz de acalmar o bebê.<sup>43</sup> Ademais, muitas vezes o chacoalhar faz com que a criança pare de chorar, aumentando a probabilidade de ele ocorrer novamente.<sup>2, 43, 47</sup> Finalmente, é comum que cuidadores não saibam das consequências adversas que isto tem sobre a saúde e desenvolvimento infantil.<sup>10, 60</sup>

A revisão demonstrou, ainda, que dentre os fatores de risco para o trauma estão o pouco conhecimento dos pais a respeito do padrão normal de choro infantil<sup>16</sup> e dos comportamentos que causam o TCV<sup>43</sup> além das circunstâncias que aumentam a probabilidade de ocorrência do TCV – como ambientes e situações de estresse e ausência de rede de apoio.<sup>6, 9, 13, 26</sup> Também fazem parte desse grupo as dificuldades com a parentalidade e expectativas irreais em relação ao desempenho da criança ao longo de seu desenvolvimento,<sup>25</sup> em especial daquelas que nascem prematuramente.<sup>13, 29, 26</sup>

Nesse sentido, é fundamental propor programas educativos sobre o que é natural nas fases de desenvolvimento, abrangendo o padrão normal de choro infantil, o que pode reduzir expectativas irreais em relação à criança e frustrações e estresse decorrentes delas,<sup>16, 36, 43</sup>

incluindo informações a respeito do que é o trauma, quais comportamentos podem ocasioná-lo e quais consequências ele pode ter na vida futura do bebê, sendo importante reservar um espaço para intervenção sobre a parentalidade.<sup>2</sup> É relevante, ainda, estimular as interações sociais e o fortalecimento da rede de apoio; incentivar comportamentos que reduzam o estresse, a exemplo de práticas de relaxamento, exercícios físicos e alimentação saudável;<sup>55</sup> encorajar a busca pelo Planejamento Familiar e pré-natal adequado, uma vez que reduzem a probabilidade de complicações na gestação e no parto,<sup>61</sup> da prematuridade e outros problemas de saúde da criança.<sup>9</sup>

Por outro lado, para<sup>42</sup> a prevenção deve ser direcionada a todos os pais de crianças pequenas, já que situações normais do desenvolvimento são apontadas como gatilho, portanto esse tipo de violência pode ocorrer mesmo na ausência de fatores de risco. Em contraponto, os estudos também chamam atenção para os diversos perpetradores do trauma, podendo ser quaisquer pessoas da convivência da criança.<sup>7, 13, 16, 19, 26, 30, 33</sup> Por isso, é possível que a extensão de programas educativos abordando assuntos anteriormente citados para outras pessoas além dos pais, incluindo a comunidade em geral, pode reduzir a incidência do trauma.<sup>26, 27, 42</sup> Os autores<sup>2</sup> enfatizam, ainda, a importância de, no planejamento das intervenções e prevenções, não desconsiderar outros tipos de violência já que o TCV pode ocorrer em meio a outros abusos.

2

Para mais, os estudos demonstraram existir dificuldades na identificação de casos de TCV pelas equipes de saúde, principalmente quando não há profissionais especializados para a avaliação e diagnóstico do trauma.<sup>20, 46, 47</sup> Estes mesmos profissionais são fundamentais para a aplicação de programas voltados para ensinar a população a respeito do trauma, além de outras iniciativas pertinentes para a prevenção de casos e reincidências (como aquelas relativas a mudança de hábitos alimentares, aderência aos exercícios físicos e busca por interações sociais).

<sup>55</sup> Assim, faz-se indispensável a capacitação destes para que se tornem aptos a executar as ações

anteriormente citadas, o que contribuiria para a manutenção destas intervenções nos serviços de saúde.<sup>55</sup>

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da revisão de literatura, pode-se perceber que os artigos publicados entre 2003 e 2018 trazem como fatores de risco importantes para a ocorrência do TCV o baixo nível socioeconômico de famílias e crianças menores de três anos de idade, sendo os principais perpetradores aqueles do sexo masculino. Foi observado que os perpetradores podem ser quaisquer pessoas, familiares ou não, que convivam com a criança, chamando atenção para maior mortalidade e sequelas mais graves quando os maus-tratos são feitos por pessoas sem relação de parentesco com a criança. Mas principalmente, o choro da criança é o principal gatilho para a sacudida do bebê e conseqüentemente, o trauma acontecer. Dessa forma, os programas de prevenção e intervenção devem se direcionar a essa população, abordando aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil normal, características do choro da criança e como lidar com ele, estratégias de manejo de estresse, assim como incentivos para o acompanhamento pré-natal adequado e redução de abuso de substâncias, quando identificado o uso. Além disso, para que a aplicação de programas educativos de prevenção e intervenção seja possível e mantida ao longo do tempo, é necessária a capacitação de profissionais envolvidos na área da saúde para a identificação e prevenção de casos, assim como de suas recorrências

## **9 REFERÊNCIAS**

- 1 Parks SE, Kegler SR, Annett JL, Mercy 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.
- 2 Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LCA. Abusive head trauma in children: a literature review. *Jornal de Pediatria.* 2013; 89: 426-33.

- 3 Chevignard MP, Lind K. Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol.* 2014; 44: 548-58.
- 4 Kajese TM, Nguyen LT, Pham GQ, Pham VQ, Melhorn K, Kallail J. Characteristics of child abuse homicides in the state of Kansas from 1994 to 2007. *Child Abuse Negl.* 2011; 35: 147-54.
- 5 Klevens J, Schimidt B, Luo F, Xu L, Ports KA, Lee RD. Effect of the Earned Income Tax Credit on hospital admissions for Pediatric Abusive Head Trauma, 1995-2013. *Public Health Rep.* 2017; 132: 1-7.
- 6 Yamada F, Fujiwara T. Prevalence of self-reported shaking and smothering and their associations with co-sleeping among 4-month-old infants in Japan. *Int J Environ Res Public Health.* 2014; 11: 6485-93.
- 7 Tursz A, Cook JM. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. *Pediatr Radiol.* 2014; 44: 641-46.
- 8 Fujiwara T, Barr RG, Brant RF, Rajabali 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.
- 9 Díaz-Olavarrieta C, García-Piña CA, Loredó-Abdala A, Paz F, Garcia SG, Schilman A. Abusive head trauma at a tertiary care children's hospital in Mexico City: a preliminary study. *Child Abuse Negl.* 2011; 35: 915-23.
- 10 Lopes NRL, Williams SCA. Avaliação do conhecimento do Trauma Craniano Violento por pais brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2016a; 32: 1-11.
- 11 Nuño M, Ugiliweneza B, Zepeda V, Anderson JE, Coulter K, Magana JN, Drazin D, Boakye M. Long-term impact of abusive head trauma in young children. *Child Abuse Negl.* 2018; 85: 39-46.

- 12 Maia JMD, Williams SCA. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*. 2005; 13: 91-103.
- 13 Fortin G, Stpanicic A. How to recognize and diagnose abusive head trauma in infants. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010; 53: 693-710.
- 14 Gerber P, Coffman K. Nonaccidental head trauma in infants. *Childs Nerv Syst*. 2007; 23: 499-507.
- 15 Harden BJ, Buhler A, Parra LJ. Maltreatment in infancy: a developmental perspective on prevention and intervention. *Trauma Violence Abuse*. 2016; 17: 366-86.
- 16 Hinds T, Shalaby-Rana E, Jackson AM, Khademian, Z. Aspects of abuse: Abusive Head Trauma. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2015; 45: 71-9.
- 17 Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*. 2009; 87: 353-61.
- 18 Narang S, Clarke J. Abusive Head Trauma: past, present, and future. *J Child Neurol*. 2014; 29: 1747-56.
- 19 Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment with a special focus on shaken baby syndrome. *Curr Opin Pediatr*. 2005; 17: 246-51.
- 20 Newton AW, Vandeven AM. Child abuse and neglect: a worldwide concern. *Curr Opin Pediatr*. 2010; 22: 226-33.
- 21 Christian CW. The Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015; 135: e1337-54.
- 22 Moyer DL, Carpenter JM, Landon MA, Mack DT, Champion SA. Nonaccidental trauma guidance for nurses in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2015; 27: 167-81.
- 23 Fujiwara T, Yamaoka Y, Morisaki N. Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. *J Epidemiol*. 2016; 26: 4-13.

- 24 Gumbs GR, Keenan HT, Sevick CJ, Conlin AM, Lloyd DW, Runyan D, et al. Infant Abusive Head Trauma in a military cohort. *Pediatrics*. 2013; 132: 668-76.
- 25 Isumi A, Fujiwara T. Association of adverse childhood experiences with shaking and smothering behaviors among Japanese caregivers. *Child Abuse Negl*. 2016; 57: 12-20.
- 26 Sieswerda-Hoogendoorn T, Bilo RAC, Duurling LLBMV, Karts WA, Maaskant JM, Aalderen WMCV et al. Abusive head trauma in young children in the Netherlands: evidence for multiple incidents of abuse. *Acta Paediatr*. 2013; 102: e497-501.
- 27 Stewart TC, Gilliland J, Parry NG, Fraser DD. An evidence-based method for targeting an abusive head trauma prevention media campaign and its evaluation. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015; 79: 748-55.
- 28 Yaylaci S, Dallar Y, Sayar Y, Tasar MA, Tiras U, Tekin D, et al. Abusive Head Trauma in Turkey and impact of multidisciplinary team establishment efforts on case finding and management: preliminary findings. *Eurasian J Emerg Med*. 2016; 15: 24-29.
- 29 Kelly P, Thompson JMD, Koj J, Ameratunga S, Jelleyman T, Percival TM et al. Perinatal risk and protective factors for Pediatric Abusive Head Trauma: a multicenter case-control study. *J Pediatr*. 2017; 187: 240-6.
- 30 Kesler H, Dias MS, Shaffer M, Rotmund C, Cappos K, Thomas NJ. Demographics of abusive head trauma in the Commonwealth of Pennsylvania. *J Neurosurg Pediatr*. 2008; 1; 351-6.
- 31 Oral R, Bayman L, Assad A, Wibbenmeyer L, Buhrow J, Austin A. et al. Illicit drug exposure in patients evaluated for alleged child abuse and neglect. *Pediatric Emergency Care*. 2011; 27: 490-95. 2011.
- 32 Selassie AW, Borg K, Busch C, Russel S. Abusive Head Trauma in Young children: a population based-study. *Pediatr Emerg Care*. 2013; 29: 283-91.



- 33 Mori K, Kitazawa N, Higuchi T, Nakamura T, Murata T. Characteristics of shaken baby syndrome in a regional Japanese children's hospital. *Jpn J Ophthalmol.* 2013; 57: 568-72.
- 34 Scribano PV, Makoroff KL, Feldman KW, Berger RP. Association of perpetrator relationship to abusive head trauma clinical outcomes. *Child Abuse Negl.* 2013; 37: 771-7.
- 35 Nuño M, Pelissier L, Varshneya K, Adamo MA, Drazin D. Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *J Neurosurg Pediatr.* 2015; 16: 515-22.
- 36 Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S, Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse Negl.* 2003; 27: 271-83.
- 37 Schnitzer PG, Ewigman BG. Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics.* 2005; 116: e687-93.
- 38 Bennet S, Ward M, Moreau K, Forin G, King J, Mackay M, et al. Head injury secondary to suspected child maltreatment: results of a prospective Canadian national surveillance program. *Child Abuse Negl.* 2011; 35: 930-6.
- 39 Xiang J, Shin J, Wheeler KK, Yeates KO, Taylor HG, Smith GA. Paediatric patients with abusive head trauma treated in US Emergency Departments, 2006–2009. *Brain Inj.* 2013; 27: 1555-61
- 40 Ortega HW, Velden HV, Kreykes NS, Reid S. Childhood death attributable to trauma: is there a difference between accidental and abusive fatal injuries? *J Emerg Med.* 2013; 45: 332-37.
- 41 Guenther E, Powers A, Srivasyava R, Binkowsky J. Abusive Head Trauma in children presenting with an apparent life-threatening event. *J Pediatr.* 2010; 157: 821-5.
- 42 Tanoue K, Matsui K. Differences between abusive head trauma and physical abuse in Japan. *Pediatr Int.* 2015; 57: 845-848.
- 43 Barr RG. Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatr Radiol.* 2014; 44: 559-64.

44 Flaherty EG. Analysis of caretaker histories in abuse: comparing initial histories with subsequent confessions. *Child Abuse Negl.* 2006; 30: 789-98.

45 Palusci VJ, Covington TM. Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. *Child Abuse Negl.* 2014; 38: 25-36.

46 Barr RG, Fairbrother N, Pauwels J, Green J, Chen M, Brant R. Maternal frustration, emotional and behavioral responses to prolonged infant crying. *Infant Behav Dev*; 37: 652-64.

47 Chen M, Barr RG, Miller E, Fairbrother N, Antle A, Brant R. When soothing succeeds: simulating a risk for repeated shaking in abusive head trauma in infants. *Infant Behav Dev.* 2018; E-pub ahead of press: 1-8.

48 Ravichandiran N, Schuh S, Bejuk M, Al-Harthy M, Au H, Bouts K. Delayed identification of pediatric abuse related fractures. *Pediatrics.* 2010; 125: 60-6.

49 Tingberg B, Falk A, Flodmark O, Ygge B. Evaluation of documentation in potential abusive head injury of infants in a Paediatric Emergency Department. *Acta Paediatr.* 2009; 98: 777-81.

50 Deans KJ, Thakeray J, Groner JI, Cooper JN, Minneci PC. Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr.* 2014; 14:217-27.

51 Deans KJ, Thakeray J, Askegard-Giesmann JR, Earley E, Grooner JI, Minneci PC. Mortality increases with recurrent episodes of nonaccidental trauma in children. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013; 75: 161-5.

52 Thakeray J, Minneci PC, Cooper JN, Grooner JI, Deans KJ. Predictors of increasing injury severity across suspected recurrent episodes of non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr.* 2016; 16: 8-18.

53 Klevens J, Schmidt B, Luo F, Xu L, Ports KA, Lee RD. Effect of the Earned Income Tax Credit on hospital admissions for Pediatric Abusive Head Trauma, 1995-2013. *Public Health Rep.* 2017; 132: 1-7.

54 Klevens J, Luo F, Xu L, Peterson C, Larzman NE. Paid family leave's effect on hospital admissions for pediatric abusive head trauma. *Inj Prev.* 2016; 0: 1-4.

55 Lopes NRL. Trauma Craniano Violento pediátrico: estratégias de avaliação e prevenção [PhD theses] São Carlos (SP): UFSCAR; 2017.

56 Coster D. Changing parents behavior using a psycho-educational film as a preventive measure to reduce the risk of non-accidental head injury. *Child Abuse Review.* 2017; 26: 465-76.

57 Barr RG, Barr M, Rajabali F, Humphreys C, Pike I, Brant R, Hlady J, Colbourn M, Fujiwara T, Singhal A. Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. *Child Abuse Negl.* 2018; 84: 106-14.

58 Ornstein AE, Fitzpatrick E, Hatchette J, Woolcott CG, Dodds L. The impact of an educational intervention on knowledge about infant crying and abusive head trauma. *Pediatr Child Health.* 2016; 21: 74-8.

59 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.

60 Simonetti H, Laurent-Vannier A, Yuan W, Hully M, Valimahomed S, Bourennane M, et al. Parents' behavior in response to infant crying: abusive head trauma education. *Child Abuse Negl.* 2014; 38: 1914-22.

61 Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: 2013.

Tabela 1

Autores	Tipo de Estudo	População	Variáveis	Objetivos
Nuño, Ugiliweneza et al	Pesquisa em arquivo correlacional	Crianças < 3 anos com diagnóstico de TCV	Impacto do TCV a longo prazo; saúde (pública/privada), sexo, idade no diagnóstico, injúrias.	Avaliar os impactos do TCV a longo prazo e fatores associados a piores impactos.
Barr et al	Levantamento descritivo	Cuidadores de recém-nascidos	–	Verificar se a implementação de um programa de prevenção nos últimos 8 anos na Columbia Britânica, Canadá reduziu a taxa hospitalização por TCV
Chen, Barr, Miller, Fairbrother, Antle & Brant	Quase-experimental	Mães e pais primíparos de crianças entre 2 e 4 meses de idade.	Técnicas para fazer o bebê parar de chorar; choro controlável ou incontrolável	Investigar se os perpetradores do TCV usam o sacudir por ser eficaz em fazer o bebê parar de chorar.
Coster	Quase-experimental	Pais no período antenatal, pós-parto imediato e pós-natal	Estratégias para lidar com o choro; pais que assistiram e não assistiram ao filme.	Verificar o efeito de um filme educacional na utilização de estratégias para lidar com o choro do bebê.
Kelly et al	Pesquisa em arquivo, correlacional	Crianças < 2 anos	TCV; sociodemográficas	Identificar fatores associados ao TCV
Klevens, Shmidt, et al	Quase experimental	Crianças < 2 anos	TCV; auxílio financeiro	Examinar associação entre auxílio financeiro e a taxa de abuso infantil
Yaylaci et al	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 36 meses	–	Relatar achados preliminares sobre o TCV
Isumi e Fujiwara	Levantamento, Correlacional	Cuidadores de crianças de 4 meses	Sacudir e abafar; socioeconômicas	Explorar relação entre adversidade na infância e sacudir e sufocar

Cont. Tabela 1

Autores	Tipo de Estudo	População	Variáveis	Objetivos
Klevens, Luo et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças com TCV	TCV; sociodemográficas	Verificar efeito de auxílio financeiro em taxa de TCV
Thackeray et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças com trauma não acidental (NAT).	NAT; sociodemográficas e características do NAT	Identificar fatores de risco para aumento da severidade em eventos múltiplos
Fujiwara, Yamaoka e Morisaki	Levantamento, Correlacional	Mães de crianças de 4 meses	Sacudir e abafar; sociodemográficas	Identificar prevalência de sacudir e abafar e fatores de risco.
Ornstein et al	Levantamento, Correlacional, Intervenção	Mães primíparas de crianças a termo	Conhecimento choro e sacudir; intervenção	Quantificar a mudança no conhecimento sobre TCV após intervenção
Stewart, Gilliland, Parry e Fraser	Levantamento Descritivo e Intervenção	Especialistas e novos pais.	–	Verificar população alvo, fazer e avaliar intervenção.
Tanoue e Matsui	Pesquisa em arquivo, correlacional	Crianças com suspeita de abuso.	TCV e abuso físico; sociodemográficos	Examinar fatores de risco de TCV e abuso físico
Nuño et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças de até 23 meses	TCV; consequências e fatores de risco	Avaliar consequências e fatores de risco do TCV
Palusci e Covington	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças com óbito por maus-tratos	–	Descrever casos de morte por maus-tratos infantis
Tursz e Cook	Pesquisa em arquivo, descritivo	Famílias de crianças com óbito por SBS	–	Estimar a casos de SBS fatal e fatores de risco
Yamada e Fujiwara	Levantamento, Correlacional	Mães de crianças de quatro meses	Sacudir e Sufocar; dormir junto	Investigar associação entre sacudir e sufocar e hábito de dormir junto

Cont. Tabela 1

Autores	Tipo de Estudo	População	Variáveis	Objetivos
Barr, Fairbtother, Pauwels, Green, Chen e Brant	Experimental (exploratório), correlacional	Mães primíparas em pós- parto de crianças saudáveis	Respostas ao choro; choro	Testar hipótese do choro prolongado associado a frustração
Deans et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças com suspeita de abuso	NAT; características do evento e sociodemográficas	Identificar danos e fatores associados a NAT recorrente
Selassie, Borg, Busch e Russel	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças < 5 anos	TCV; sociodemográficas e clínicas;	Prover incidência e identificar fatores de risco para o TCV
Sieswerda- Hoogendoorn et al	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 5 anos	–	Descrever fatores de risco sociais e abuso prévio
Scribano et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças < 5 anos	Perpetradores; aspectos clínicos	Determinar efeito do parentesco entre perpetrador da violência e criança e seus aspectos clínicos
Mori et al	Pesquisa em arquivo, descritivo	Pacientes atendidos em hospital infantil	–	Avaliar a epidemiologia da SBS no Japão
Ortega, Velden, Kreykes e Reid	Pesquisa em arquivo, descritivo	Menores de 19 anos	–	Determinar diferenças entre danos acidentais e abusivos
Gumbs et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças de famílias militares	TCV; características demográficas e militares	Examinar a taxa de TCV na população militar

Cont. Tabela 1

Autores	Tipo de Estudo	População	Variáveis	Objetivos
Deans et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Menores de 16 anos	NAT; características da criança	Identificar mortalidade e fatores associados com a recorrência do NAT.
Xiang et al	Pesquisa em arquivo, correlacional	Crianças < 4 anos	TCV e não TCV; características e consequências	Comparar pacientes vítimas de TCV e outros abusos
Parks, Sugerman, Xu, e Coronado	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 4 anos	–	Caracterizar incidência de TCV não-fatal
Fujiwara, Barr, Brant, Rajabali e Pike	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças até 23 meses	–	Estimar incidência do TCV no Canadá
Diaz-Olavarrieta et al	Levantamento, descritivo	Crianças < 5 anos	–	Descrever prevalência, aspectos clínicos e sociodemográficos de casos de TCV
Parks, Kleger, Annest e Mercy	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 5 anos que vieram a óbito	–	Caracterizar incidência de TCV fatal
Kajese, Nguyen, Pham, Pham, Melhorn e Kallail	Pesquisa em arquivo, descritivo	Menores de 18 anos que foram a óbito	–	Descrever epidemiologia de homicídios por abuso infantil
Bennet et al	Levantamento, Pesquisa em arquivo, descritivo	Menores de 14 anos com danos indicativos de abuso	–	Determinar incidência, características clínicas e demográficas do TCV

Cont. Tabela 1

Autores	Tipo de Estudo	População	Variáveis	Objetivos
Oral et al	Pesquisa em arquivo, correlacional	Crianças avaliadas por abuso infantil	Teste de drogas; características sociodemográficas, abuso de drogas e tipo de violências	Determinar o impacto dos testes de detecção de drogas na identificação de abuso por exposição a drogas ilícitas
Guenther, Powers, Srivastava e Bonkowsky	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças < 12 meses	ALTE comum e ALTE TCV; exames físicos, sociodemográficos	Identificar ocorrência e aspectos clínicos de TCV em pacientes que sofreram ALTE.
Ravichandiran et al	Pesquisa em arquivo, Correlacional	Crianças < 3 anos	Casos de abuso não identificado; preditores.	Determinar abuso não identificado e fatores clínicos que dificultam o diagnóstico
Tingberg, Falk, Flodmark e Ygge	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 18 meses	–	Avaliar registros médicos em busca de danos na cabeça por abuso em crianças
Kesler et al	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 36 meses	–	Analisar características sociodemográficas de crianças com TCV e comparar com o restante da população
Flaherty	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças hospitalizadas por abuso	–	Analisar confissões de perpetradores comparando-as com a história inicial
Schnitzer e Ewigman	Pesquisa em arquivo, correlacional	Crianças < 5 anos que vieram a óbito por abuso	Morte por dano infringido; características da família e perpetrador	Verificar se composição familiar é fator de risco para violência contra crianças pequenas
Ricci, Giantris, Merrian, Hodge e Doyle	Pesquisa em arquivo, descritivo	Crianças < 2 anos	–	Relacionar características clínicas com vítimas, famílias e perpetradores do TCV



**Conhecimentos, crenças e estratégias utilizadas por mães e pais a respeito do choro de bebês.**

Soares, A. P. M. A., & Brino, R. F. (em preparo) Conhecimentos, crenças e estratégias utilizadas por mães e pais a respeito do choro de bebês

## Resumo

O Trauma Craniano Violento compreende comportamentos violentos contra crianças pequenas, como sacudi-las, os quais se dão em resposta a situações de estresse e frustração principalmente devido às características do padrão de choro do bebê e tem consequências negativas para a sua saúde e desenvolvimento. A fim de reduzir os danos causados aos bebês, os programas educativos para pais devem ser direcionados às suas necessidades. Assim, este artigo objetivou investigar conhecimentos em relação ao trauma e ao padrão de choro infantil, crenças em relação aos cuidados com a criança e estratégias utilizadas para lidar com o choro infantil. Participaram 19 pais e 61 mães em gestação ou em pós-parto que estavam internadas em maternidade de um município de médio porte do interior de São Paulo. Foram aplicados os instrumentos Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê para avaliar os conhecimentos, crenças e estratégias utilizadas e o Questionário Sociodemográfico para estabelecer o perfil sociodemográfico da amostra. Os dados foram analisados descritivamente e, como resultado, obteve-se que mais da metade dos entrevistados consideram que sacudir um bebê pode ter consequências graves (57,81%), fatais (61,25%) ou moderadas (63,75%), mais de 85% utilizam estratégias de acalmar o bebê atendendo suas necessidades básicas, estando em contato ou conversando e cantando para ele, 93,54% para a manutenção do seu bem-estar e 47,81% para o manejo de estresse durante o choro do bebê, mais de 75% estão familiarizados com os padrões imprevisíveis, incontroláveis e duradouros do choro e mais de 90% o consideram natural durante o desenvolvimento da criança. Além disso, possuem muitas crenças inadequadas a exemplo de ‘carregar o bebê no colo o deixa mimado’ (50,63%), ‘os pais devem saber cuidar sozinhos de seu bebê’ (68,65%) e outras adequadas como ‘cuidar de si mesmo não é sinal de egoísmo’ (85%) e ‘o choro do bebê nem sempre indica que ele está com dor’ (87,50%). Por fim, considera-se que os conhecimentos sobre as consequências de sacudir um bebê, sobre o

padrão de choro, as estratégias utilizadas, principalmente para manejo de estresse durante o choro, e as crenças a respeito dos cuidados com a criança devem estar presentes nos programas educativos para pais.

Palavras-chave: Trauma Craniano Violento; Crenças; Estratégias; Desenvolvimento Infantil

O Trauma Craniano Violento (TCV), conhecido anteriormente como Síndrome do Bebê Sacudido (SBS) é resultado de comportamentos violentos de pais e cuidadores contra crianças pequenas (Kemp, 2011), menores de três anos de idade (Harden, Buhler & Parra, 2016), que se caracterizam por sacudir a criança violentamente ou impactar sua cabeça de forma brusca e intencional em superfícies sólidas (Lopes, Einstein, & Williams, 2013; Parks, Kegler, Annest & Mercy, 2012). Esse comportamento violento de pais e cuidadores geralmente ocorre em resposta ao choro imprevisível, difícil de acalmar, duradouro, em que o bebê aparenta sofrimento (Barr, 2014). Isto porque estas características podem gerar frustração e estresse parental (Barr, 2014). Nesse sentido, geralmente são feitas várias tentativas para acalmar a criança, lançando mão de estratégias diversas que são, algumas vezes, ineficazes para o objetivo de fazer o bebê parar de chorar (Barr, 2014). Assim, diante desta situação, a criança é sacudida e, quando tal comportamento atinge o fim almejado, ele tende a ser reproduzido novamente no futuro (Barr, 2014).

Quando o bebê é sacudido, é possível que surjam hematomas e hemorragias subdurais, hemorragias na retina e isquemias hipóxias por injúria (Kemp, 2011; Nuño, Pelissier, Varshneya, Adamo e Drazin, 2015) e, por consequência, uma série de sequelas neurológicas, cognitivas, físicas, comportamentais, emocionais, além de desenvolvimento mais lento e, em casos mais graves, a morte (Chevignard & Lind, 2014). Estas sequelas, no entanto, muitas vezes só começam a ficar mais evidentes ao longo do desenvolvimento da criança quando as demandas sociais e acadêmicas aumentam (Chevignard & Lind, 2014). Infelizmente ainda existe dificuldade de identificação e notificação do TCV pela equipe multiprofissional de saúde que recebe os casos (Narang & Clark, 2014), a qual comumente não está preparada para tal (Christian, 2015). Sem identificação não há intervenção e, por conseguinte, estas crianças ficam vulneráveis a sofrer o trauma repetidamente (Deans, Thakeray, Groner & Cooper, 2014), o que

aumenta a probabilidade de aparecerem sequelas e a severidade das mesmas (Deans, Thakeray, Askegard-Giesmann, Earley, Grooner & Minneci, 2013).

Levando em consideração as consequências negativas para a saúde e desenvolvimento da criança, é importante pensar em programas de prevenção e intervenção direcionados (Lopes, Eisenstein & Williams, 2013; Soares & Brino, em preparo). Entre as vantagens dos programas de intervenção está o menor custo se comparados àqueles dispendidos em hospitalização, reabilitação, educação especial e atendimento de apoio e suporte à família das vítimas do TCV (Chevignard & Lind, 2014). Porém, para planejá-los é necessário compreender não só qual a população de risco, mas também os conhecimentos, habilidades e crenças de pais, cuidadores e comunidade em geral que podem ser trabalhados durante a aplicação dos programas (Soares & Brino, submetido).

### **Objetivos:**

#### a) Objetivo geral:

Identificar e analisar os conhecimentos de pais e mães a respeito do choro do bebê.

#### b) Objetivos específicos:

Identificar:

- Os conhecimentos de pais sobre consequências de sacudir um bebê.
- Se os pais conhecem as características e o padrão do choro infantil.
- Quais as crenças adequadas e inadequadas dos pais em relação aos cuidados com a criança.
- Quais as estratégias utilizadas e consideradas eficazes pelos pais para acalmar a criança e para se manter capaz de desempenhar as tarefas de cuidados com a mesma.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Participaram da pesquisa 61 mães e 19 pais de crianças recém-nascidas (83,75%) ou em gestação (16,25%), majoritariamente atendidos na maternidade pelo SUS (77,5%) e 61,25%

contavam com renda familiar de um a três salários mínimos, ou seja, entre R\$998 a R\$2.994. Tinham idade média de 28,68 anos ( $dp=6,05$ ), número médio de filhos de 1,27 ( $dp=1,42$ ), a maioria era casada (85%), com nível instrucional entre o Ensino Médio Completo e o Ensino Técnico (48,75%) e, entre as mulheres a principal ocupação foi do lar (54,09%), enquanto todos os homens desempenhavam ocupações como empregados ou autônomos. Aqui vale ressaltar que este estudo faz parte de outro maior, em que foi aplicado outro instrumento para fins de correlação com a escala e o questionário abaixo descritos, o Inventário de Potencial de Abuso Infantil (CAP). Este exige que o respondente pense em uma criança maior ao concordar ou discordar das afirmativas (Schelini, Bazon e Piñon, 2013). Assim todos os pais e mães tinham pelo menos um filho mais velho entre dois e 12 anos, biológico ou não biológico. No caso, 7 dos 19 pais não eram pais biológicos dos filhos mais velhos, porém cuidavam e criavam eles junto com suas mães há pelo menos dois anos.

### **Local**

A coleta de dados foi feita nas dependências da maternidade de um município de médio porte do interior de São Paulo.

### **Instrumentos**

1. *Escala de atitudes frente ao choro do bebê*: é uma escala desenvolvida por Lopes, Schelini, Williams, Coimbra e Fountaine (submetido), durante o doutoramento da primeira autora na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV), e tem por objetivo investigar os conhecimentos e atitudes dos pais em relação ao choro do bebê e suas consequências. Trata-se de um instrumento composto por 51 itens com os quais os respondentes devem concordar totalmente, concordar, discordar e discordar totalmente, caracterizando-se por uma escala do tipo *Likert*. Ele avalia seis fatores que se relacionam a ocorrência do TCV, são eles: *consequências de sacudir o bebê*, que se referem às consequências negativas para a saúde e desenvolvimento da criança quando

sacudida, *estratégias para o bem-estar do cuidador*, que se referem a manutenção da saúde física e emocional do cuidador, *estratégias para lidar com o choro relacionadas ao bebê*, as quais dizem respeito às maneiras utilizadas para acalmar o bebê, *estratégias para lidar com o choro relacionadas ao cuidador*, relacionadas às formas do cuidador manejar o estresse e a frustração, *crenças sobre o cuidado do bebê*, as quais dizem respeito a crenças adequadas e inadequadas sobre os cuidados e estratégias utilizadas com os bebês e *características do choro*, as quais descrevem padrões de choro infantil.

2. **Questionário socioeconômico:** é um instrumento utilizado para estabelecer o nível socioeconômico da amostra, e foi baseado no Critério Brasil de 2014 desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP). O questionário avalia a renda e poder de compra dos respondentes, averiguando a posse de itens como geladeira, máquina de lavar, automóvel e televisão em cores, além do grau de instrução. Ele divide a amostra em classes socioeconômicas sendo elas A1, A2, B1, B2, C1, C2 e DE.

### **Procedimento de coleta de dados**

O procedimento se iniciou com a submissão do projeto de pesquisa à avaliação da instituição onde a coleta de dados se daria. Com a carta de aceite recebida, o projeto foi submetido para a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSCar pela Plataforma Brasil. Posteriormente à autorização do CEP (CAEE: 77746417.1.0000.5504), o médico e enfermeira chefe da instituição foram contatados para esclarecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa e também com o fim de estabelecer os dias e horários para a coleta. Em seguida, as gestantes e puérperas internadas e seus companheiros, quando presentes, foram abordados leito a leito e nos corredores da maternidade. Aos pacientes que não obedeciam aos critérios para a participação na pesquisa (estar gestante ou ter uma criança recém-nascida, além de pelo menos um filho entre dois e doze anos) era disponibilizada uma breve conversa a respeito do TCV. Aqueles que obedeciam aos critérios para a participação da pesquisa eram convidados a

participar. Quando aceitavam, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde estavam explicitados os objetivos e procedimentos da pesquisa. Ao final da leitura, suas dúvidas eram sanadas e era dado o início à coleta de dados, começando pela Escala de atitudes frente ao choro do bebê e finalizando com o Questionário Sociodemográfico. A aplicação dos instrumentos ocorreu no formato de entrevista e a configuração do ambiente em que ela se dava variou bastante. As entrevistas foram feitas nos locais de escolha do participante, que poderiam ser nas cadeiras dos corredores ou nos leitos das enfermarias. O número de leitos por enfermaria variava entre um e seis, o que significa que frequentemente a coleta era feita na presença de outras pessoas. Para minimizar desconfortos gerados por uma possível exposição aos outros usuários internados, era oferecido aos participantes a possibilidade de lerem os itens em voz baixa e responderem em voz alta para que a pesquisadora marcasse sua resposta no instrumento. Também era assegurado que não precisavam responder às perguntas com as quais não se sentissem à vontade. Após cada coleta era dada uma devolutiva a respeito do trauma, suas causas e consequências, assim como sobre a importância de identificar e manejar situações de estresse no momento do cuidado do bebê.

### **Procedimento de análise de dados**

Para a análise de dados foram feitas estatísticas descritivas como a média, desvio padrão e percentagem para variáveis sociodemográficas, as quais foram descritas na sessão de ‘participantes’ do método. Também foram calculadas as percentagens para as respostas aos itens de cada subescala da Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê. Posteriormente, estes itens foram agrupados em categorias.

## **RESULTADOS**

Aqui serão descritas as respostas dos cuidadores em relação às dimensões medidas pela Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê, são elas: as consequências de sacudir um bebê, as estratégias utilizadas em relação ao bem-estar e redução de estresse do cuidador para lidar com



o choro do bebê, estratégias para lidar com o choro relacionadas ao bebê, as crenças em relação aos cuidados com a criança e os conhecimentos sobre as características do choro do bebê. Para fins de análise, os itens desta escala foram agrupados em categorias. Assim, as percentagens (%) descritas na tabela correspondem à média das percentagens de concordância dos participantes com cada item que compõe a categoria em questão. Os números brutos (N<sup>o</sup>), por sua vez, foram arredondados.

A Tabela 1 descreve as consequências que os participantes consideram possíveis para quando um bebê é sacudido.

Tabela 1: Consequências de sacudir um bebê

Consequências	Moderadas	Graves	Fatal
%	63,75	57,81	61,25
N <sup>o</sup>	51	46	49

Como pode ser visto na Tabela 1, dentre as consequências, estão as moderadas, da qual apenas um item da escala faz parte e este considera que o bebê pode ficar mais nervoso quando sacudido. Entre as graves estão algumas deficiências como a motora, a visual, a auditiva e a cognitiva, vômitos, convulsões e machucados no cérebro. Por último, a fatal considera que a criança pode vir a óbito quando sacudida. De acordo com os dados da tabela, 57,81% acredita que sacudir um bebê pode ter consequências graves, 61,25% acredita que o bebê pode ser levado à morte quando sacudido e 63,75% acredita que as consequências podem ser moderadas.

A Tabela 2, por sua vez, mostra as estratégias utilizadas e consideradas eficazes pelos pais para lidar diariamente com o choro da criança.

Tabela 2: Estratégias utilizadas para lidar com o choro do bebê

Estratégias relacionadas ao bebê	%	Nº
Estar em contato com o bebê	86,87	69
Atender suas necessidades básicas	95,42	76
Conversar, cantar, passear	93,44	75
Estratégias relacionadas ao cuidador	%	
Para a manutenção do seu bem-estar	93,54	75
Para a redução do estresse provocado pelo choro da criança	47,81	38

Como é possível observar na Tabela 2, dentre as estratégias utilizadas estão aquelas relacionadas ao bebê, como estar em contato com ele (andar com o bebê no colo, colocar o bebê no colo algumas vezes durante o dia, olhar o bebê nos olhos e beijá-lo), atender suas necessidades básicas (amamentar, dar banho e responder a ele sempre que chorar, mesmo que não imediatamente) e outras estratégias como cantar e conversar com o bebê, colocar uma música ou leva-lo a um passeio. Além dessas também são listadas as estratégias relacionadas ao cuidador, como aquelas utilizadas para a manutenção do seu bem-estar (dormir bem, praticar exercícios físicos, manter alimentação saudável, saber quando está ficando nervoso, saber se acalmar e pedir ajuda nessas situações e buscar atividades que o deixem alegre) e para a redução e manejo do estresse provocado pelo choro da criança, a exemplo de assistir TV, ler um livro, ouvir música ou tomar um banho.

Nota-se, a partir da Tabela 2, que as principais estratégias adotadas são aquelas direcionadas ao bebê, principalmente atendendo às suas demandas. Os cuidadores também parecem concordar que é importante cuidar do seu bem-estar para conseguirem desempenhar bem a tarefa de cuidar de um bebê, apesar de muitos deles relatarem, ao longo da aplicação do instrumento, que nem sempre é possível fazê-lo já que o bebê e as tarefas domésticas ou laborais

tomam bastante tempo do seu dia. A maioria deles, no entanto, não parece ver eficácia em comportamentos como assistir TV, ler livros, ouvir músicas ou tomar banho para lidar com o choro do bebê. Entre eles, assistir TV foi o comportamento que menos teve concordância (21,25%), sendo considerado, inclusive, por muitos participantes, como um elemento estressor. Em relação aos comportamentos de ouvir música (48,75%) e ler um livro (53,75%), a efetividade em reduzir o estresse foi condicionada pelos respondentes ao prazer que cada pessoa experimenta ao fazê-lo. Assim, para uma pessoa que gosta de ouvir música ou ler um livro, esses comportamentos seriam de grande ajuda, do contrário o mesmo efeito não aconteceria. Alguns participantes também chamaram a atenção para a possibilidade de que ler um livro pode aumentar os conhecimentos sobre algumas dúvidas e dificuldades que o cuidador pode estar enfrentando e, por isso, ser eficaz na redução de estresse e ajudar a lidar diariamente com os cuidados com o bebê.

A Tabela 3 detalha as crenças dos pais a respeito dos cuidados com a criança.

Tabela 3: Crenças sobre os cuidados com o bebê

Crenças	%	Nº
Alguns sons (máquina de lavar ou liquidificador) e ambientes escuros podem acalmar o bebê	36,87	29
Não é imprescindível que os pais saibam cuidar sozinhos do bebê	31,35	25
Dar atenção e carregar no colo não mimam a criança	49,37	39
Não é egoísmo cuidar de si mesmo	85,00	68
O choro do bebê nem sempre significa que ele está com dor	87,50	70

Nota-se, aqui, que uma percentagem pequena (36,87%) acredita que alguns sons que para os adultos são considerados barulhos podem acalmar a criança e que ambientes escuros também podem ter esse efeito. Muitos pais, ao longo da aplicação dos instrumentos, por

exemplo, relacionaram o comportamento de colocar a criança em um ambiente escuro com maus-tratos a mesma, considerando que esse ambiente geraria medo nos bebês. Além disso, metade dos pais (51,63%) acredita que dar atenção e carregar a criança no colo pode mimá-la. Desta forma, os pais deixam de utilizar algumas estratégias que poderiam ser úteis para reduzir o choro da criança e acalmá-la. Ao mesmo tempo, muitos pais creem que eles precisam saber cuidar sozinhos de uma criança (68,65%), o que pode aumentar a probabilidade de eles não solicitarem ajuda quando tiverem dificuldades e, por consequência, de reproduzirem comportamentos violentos contra as crianças em um momento de estresse e frustração, como sacudi-la violentamente objetivando cessar o seu choro.

Por outro lado, 85% dos pais não considera que cuidar de si mesmo seja egoísmo, dado esse que corrobora com os dados da Tabela 2 que dizem que mais de 90% deles utilizam estratégias de manutenção do seu bem-estar e as consideram importantes para o seu desempenho nos cuidados com o bebê. Outro fator positivo é que a maioria dos respondentes (87,50%) sabe que nem sempre o choro indica que a criança está com dor, o que possibilita que se busque estratégias para sanar outras necessidades do bebê ou mesmo para acalmá-lo com músicas, passeios e aconchego, como mostra a Tabela 2.

Por último, a Tabela 4 descreve os itens que dizem respeito aos conhecimentos dos pais em relação às características do choro infantil.

Tabela 4: Características do choro infantil

Características	%	Nº
É natural que às vezes o choro do bebê seja incontrolável, imprevisível e duradouro	75,94	60
O choro do bebê faz parte do desenvolvimento infantil normal	92,50	74
Bebês costumam chorar mais no fim da tarde e início da noite	55,00	44

De acordo com a Tabela 4, 92,50% dos pais consideram que o choro faz parte do desenvolvimento normal infantil, 75,94% deles acreditam que o choro pode se dar sem uma razão definida, pode ser difícil de acalmar mesmo com muitos esforços e tentativas e pode durar horas, e apenas 55,00% está familiarizado com os padrões de choro no fim da tarde e início da noite. Aqui, muitos pais atribuíram a incontrolabilidade, imprevisibilidade, durabilidade e padrões noturnos de choro a características individuais de cada criança, citando os exemplos de vivências com os filhos mais velhos quando ainda bebês.

## DISCUSSÃO

É possível perceber a partir dos resultados que os pais e mães entrevistados reconhecem que sacudir um bebê pode ter consequências, sejam elas moderadas (63,75% concordaram com itens dessa categoria), graves (57,81%) ou fatais (61,25%). Estes dados corroboram com os achados por Lopes e Williams (2016a). As autoras fizeram estudo de levantamento com 90 pais e mães brasileiros de recém-nascidos ou gestantes onde foi perguntado as razões que atribuíam ao choro infantil, as estratégias que utilizavam diante do choro do bebê, as consequências que acreditavam ter o comportamento de sacudir a criança, o número de horas que a criança costuma chorar e os sentimentos em relação aos cuidados com ela. O resultado desse estudo mostrou que 50% dos entrevistados concorda que podem haver consequências graves quando um bebê é sacudido, como dificuldades para aprender, para falar e enxergar, desenvolvimento de deficiência física e mental, além de paralisia cerebral, convulsões, parada cardíaca e morte (Lopes & Williams, 2016a).

De qualquer modo, pouco menos da metade dos pais desta amostra discorda dos itens da escala que dizem respeito às consequências moderadas (35,25%), graves (42,19%) ou fatais (38,75%) de sacudir um bebê, ou seja, não consideram que consequências moderadas, graves

ou fatais podem acontecer quando um bebê é sacudido, constituindo um dado preocupante de desconhecimento do TCV. Estes dados são mais alarmantes do que aqueles apresentados por Lopes e Williams (2016a), onde 15% acham que consequências graves não podem acontecer e 34% não sabem se elas são possíveis. Uma explicação plausível para essa diferença é que o instrumento aqui utilizado não oferece a resposta ‘não sei’, sendo necessário que o ou a participante escolha entre discordar (totalmente ou apenas discordar) e concordar (totalmente ou apenas concordar), mesmo quando não há certeza da resposta.

Os dados apresentados sugerem, também, que muitos pais desta amostra reconhecem que o choro é natural durante o desenvolvimento infantil. Nessa direção, Lopes e Williams (2016a) constataram que 80% dos pais concordam que é natural um bebê chorar, apesar de 74% não acharem que o choro do bebê ocorre sem qualquer razão. Os últimos dados se distanciam daqueles do presente estudo, já que aqui mais de 70% dos pais concordam que o choro do bebê pode não ter um motivo aparente, além de ser incontrolável e duradouro, apesar de atribuírem estes aspectos a características individuais da criança.

Cabe ressaltar que todos os pais e mães participantes deste estudo tinham pelo menos um filho entre dois e 12 anos, além daquele em gestação ou recém-nascido, o que pode explicar os resultados que apareceram. Nesse sentido, Kurth, Kennedy, Stutz, Kesselring, Fornaro e Spichiger (2014) em uma análise fenomenológica de entrevistas narrativas de 15 mães, primíparas e não primíparas, nas primeiras 12 semanas de vida da criança, chegaram a resultados indicando que as mães não primíparas, ou seja, aquelas mais experientes, conhecem melhor o padrão de choro infantil nos primeiros meses e sabem que é uma fase que terá fim. Além disso, Dayton, Walsh, Oh e Volling (2015) ao investigarem técnicas de acalmar a criança quando chora, divisão de cuidados entre pais e mães e auto-eficácia ao cuidar da criança, supõem que a auto-eficácia é maior em mães e pais mais experientes, ou depois de alguns meses de vida da criança.

Estes resultados também mostram que as principais estratégias utilizadas diante do choro da criança são relacionadas ao bebê, principalmente sanando as suas necessidades básicas. No estudo de Lopes & Williams (2016a), as autoras encontraram que a maioria dos pais (86%) atribuíram o choro da criança às condições do bebê, como estar doente, com fome, com a fralda suja ou com dor. É possível, então, que as principais estratégias sejam utilizadas para resolver os principais motivos pelos quais os pais acreditam que o bebê pode chorar. Ao mesmo tempo, Lopes e Williams (2016a) apresentaram dados indicando que as principais estratégias utilizadas são aquelas em que os cuidadores ficam próximos ao bebê, abraçando-o, ninando-o ou cantando uma música para ele. Estes são semelhantes aos encontrados nesse estudo, já que estar em contato com o bebê e cantar para ele são estratégias utilizadas por mais de 85% dos pais entrevistados.

Entretanto, é possível que devido a algumas crenças inadequadas, algumas técnicas para acalmar o bebê sejam descartadas, como colocá-lo em ambiente com menos luminosidade, expor o bebê a barulhos repetitivos que podem acalmá-lo e carregá-lo no colo, ou mesmo pedir ajuda quando necessário, já que quase 70% dos pais julgam que devem saber cuidar dos filhos sozinhos. As técnicas de resposta ao choro do bebê difundidas na literatura são diversas. Kurth, Kennedy, Stutz, Kesselring, Fornaro e Spichiger (2014), por exemplo, observaram que as mães utilizavam algumas dicas como a intensidade, a expressão facial e a tensão muscular do bebê para interpretar as razões, severidade e urgência do choro. A partir daí, desenvolviam uma lista de possíveis necessidades a serem atendidas, desde fome, estar sujo, dificuldades de digestão e dor, até aquelas psicológicas como o contato físico, estimulação adequada (alguma ocupação quando se sente entediado) ou quando o bebê apenas quer chorar. Além das técnicas que dizem respeito a satisfação de necessidades básicas, algumas mães também criavam uma rotina para que o bebê dormisse (ex: colocá-lo no berço e enrolá-lo na manta) e uma delas relatou que

conversar e observar mães mais experientes a ajudou a ter mais confiança para cuidar do seu filho (Kurth, Kennedy, Stutz, Kesselring, Fornaro & Spichiger, 2014).

Outras técnicas para acalmar o bebê utilizadas por pais e mães com o segundo filho são descritas por Dayton, Walsh, Oh e Volling (2015). Entre elas estão: afagar e balançar o bebê, alimentá-lo, enrolá-lo na manta, usar o *baby sling* (bebê canguru), ou colocar o bebê na cama junto com o casal. Além dessas, Lopes e Williams (2016b), em revisão de literatura, descreveram alguns programas implementados e avaliados experimentalmente que objetivavam ensinar os pais a reduzir o choro do bebê. Entre as técnicas estavam a acupuntura e algumas rotinas que envolviam: enrolar o bebê, amamenta-lo, brincar com ele e colocá-lo já cansado no berço; enrolá-lo, posicioná-lo próximo ao estômago, produzir um som alto e constante perto do bebê, balança-lo gentilmente e dar algo que ele possa sugar. De qualquer forma, cada criança responde de forma única e diferente às tentativas dos pais de acalmá-la, isto é, algumas técnicas podem ser eficazes para uma, porém não necessariamente para a outra (Dayton, Walsh, Oh & Volling, 2015).

Por outro lado, a percentagem de estratégias utilizadas para manejar o estresse do cuidador neste estudo (47,81%) é mais baixa se comparada àquelas direcionadas ao bebê, e é semelhante a encontrada por Lopes e Williams (2016a) (41,70%). É necessário ressaltar, no entanto, que os itens avaliados pelo instrumento aplicado na presente pesquisa são diferentes daqueles avaliados pelo instrumento empregado por Lopes e Williams (2016). No primeiro são avaliados comportamentos como assistir televisão, ler um livro, ouvir música e tomar um banho. No último, comportamentos que visam deixar o bebê sozinho por alguns instantes para se acalmar e pedir ajuda de outras pessoas. Ainda assim, apesar de estratégias para manejar o estresse do cuidador serem preteridas, os dados aqui apresentados adicionam uma informação importante: os cuidadores parecem valorizar a manutenção do seu bem-estar como um fator que os auxilia a desempenhar as tarefas de cuidados diários com os bebês. Nesse sentido, talvez



uma alternativa seria, ao estimulá-los a manejar o estresse durante o cuidado com o bebê, orientá-los ou ajuda-los a pensar em atividades que eles julguem relaxantes. Desta forma, não seria necessário escolher entre categorias pré-estabelecidas e a intervenção seria personalizada.

Uma possibilidade também é averiguar com pais e cuidadores, a partir de perguntas abertas, quais estratégias seriam mais adequadas a sua realidade e quais julgam mais eficazes para reduzir o estresse durante o choro da criança. Foi o que fizeram Kurth, Kennedy, Stutz, Kesselring, Fornaro e Spichiger (2014). De acordo com estes autores, entre as estratégias utilizadas pelas mães para se acalmarem estavam: usar protetor auricular (como barreira física ao choro), parar e respirar fundo para, então, dar toda atenção à criança, adaptar as suas expectativas quanto a realidade do comportamento do bebê e, no caso de mães não primíparas, saber que é uma fase e que esta tem fim.

Para mais, é importante esclarecer que as perguntas são feitas de modo a questionar se estes cuidadores se acalmariam assistindo televisão ou lendo um livro quando o bebê está chorando. Isto causa um estranhamento durante a entrevista uma vez que, na visão de muitos, o foco quando o bebê está chorando é acalmá-lo. É possível, assim, que este dado indique a necessidade de intervenção junto aos pais no sentido de ensiná-los que eles também precisam estar calmos para alcançar tal objetivo sem violentar a criança, já que situações de estresse e frustração estão presentes entre os fatores que aumentam o risco de o bebê ser sacudido (Barr, 2014; Fujiwara, Yamaoka e Morisaki, 2016). Desse modo, programas de educação implementados para capacitar profissionais de saúde para identificar situações de alto risco para o TCV e preveni-lo de forma contínua (Fraser, Flemington, Doan, Hoang, Doan e Ha, 2017) e aplicados para pais de crianças recém-nascidas (Dias, Rottmund, Cappos, Reed, Wang, Stetter, Shaffer, Hollenbeak, Paul, Christian, Berger e Klevens, 2018) abordam a importância de aprimorar as habilidades do cuidador de administrar o seu próprio ambiente, colocando o bebê cuidadosamente no berço e se afastando por alguns minutos (Fraser, Flemington, Doan, Hoang,

Doan e Ha, 2017) para que possam se acalmar (Dias, Rottmund, Cappos, Reed, Wang, Stetter, Shaffer, Hollenbeak, Paul, Christian, Berger e Klevens, 2018).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises de dados foi possível perceber que, nesta amostra, (a) quase metade dos pais desconhecem as consequências de sacudir uma criança violentamente, (b) muitos deles não utilizam técnicas que podem ser eficazes para acalmar os seus bebês em razão de crenças inadequadas, (c) mais da metade dos pais entrevistados não utilizam estratégias para manejar o seu estresse ao longo do choro do bebê, apesar de mais de 90% valorizarem a manutenção do seu bem-estar e tê-lo como auxílio para desempenhar as tarefas de cuidado com as crianças e (d) alguns ainda não estão familiarizados com as características do padrão normal de choro da criança. Desta forma, estas podem ser áreas importantes para onde direcionar os programas educativos para pais e outros cuidadores a fim de instrumentalizá-los para que saibam lidar com esse período do desenvolvimento do bebê e, assim, reduzir as taxas de TCV e as consequências negativas para a saúde e desenvolvimento da criança.

#### Referências

- Barr, R. G. (2014) Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatric Radiology*, 44(4) 559-564. doi: 10.1007/s00247-014-3100-3.
- Chevignard, M. P. & Lind, K. (2014) Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatric Radiology*, 44(4) 548-558. doi: 10.1007/s00247-014-3169-8.
- Christian, C. W. (2015) The Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135 e1337-1354. doi: 10.1542/peds.2015-0356.
- Dayton, C. J., Walsh, T. B., Oh, W. & Volling, B. (2015) Hush Now Baby: Mothers' and Fathers' Strategies for Soothing Their Infants and Associated Parenting Outcomes. *Journal of pediatric health care*, 29(2) 145-155. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.09.001.

- Deans, K. J., Thakeray, J., Askegard-Giesmann, J. R., Earley, E., Grooner, J. I. & Minneci P. C. (2013) Mortality increases with recurrent episodes of nonaccidental trauma in children. *J Trauma Acute Care Surg*, 75 161-165. doi: 10.1097/TA.0b013e3182984831.
- Deans, K. J., Thakeray, J., Groner, J. I., Cooper, J. N. & Minneci, P. C. (2014) Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 14 217-227. doi: 10.1186/1471-2431-14-217.
- Dias, M. S., Rottmund, C. M., Cappos, K. M., Reed, M. E., Wang, M., Stetter, C., Shaffer, M. L., Hollenbeak, C. S., Paul, I. M., Christian, C. W., Bergger, R. P. & Klevens, J. (2018) Association of a postnatal parent education program for abusive head trauma with subsequent pediatric abusive head trauma hospitalization rates. *JAMA Pediatrics*, 171(3) 223-229. doi: doi:10.1001/jamapediatrics.2016.4218.
- Fraser, J. A., Flemington, T., Doan, T. N. D., Hoang, M. T. V., Doan, T. L. B. & Ha, M. T. (2017) Prevention and recognition of abusive head trauma: training for health care professional in Vietnam. *Acta Paediatrica*, 106 1608-1616. doi: 10.1111/apa.13977.
- Fujiwara, T., Yamaoka, Y. & Morisaki, N. (2016) Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. *Journal of Epidemiology*, 26(1) 4-13. doi: 10.2188/jea.JE20140216.
- Haden, B. J., Buhler, A. & Parra, L. J. (2016) Maltreatment in infancy: a developmental perspective on prevention and intervention. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(4) 366-386. doi: 10.1177/1524838016658878.
- Kemp, M.A. (2011) Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Archive of Disease in Childhood: Education and Practice*, 96 202-208. doi: 10.1136/adc.2009.170449.

- Kurth, E., Kennedy, H. P., Stutz, E. Z., Kesselring, A., Fornaro, I. & Spichiger, E. (2014) Responding to a crying infant – You do not learn it overnight: A phenomenological study. *Midwifery*, 30 742-749. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.017>.
- Lopes, N. R. L., Eisenstein, E. & Williams, L. C. A. (2013) Abusive head trauma in children: a literature review. *Jornal de Pediatria*, 89(5) 426-433. doi: 10.1016/j.jped.2013.01.011.
- Lopes, N. R. L., Schelini, P. W., Williams, L. C. A., Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (*submetido*) The Attitudes towards an Infant Crying Scale: Validity evidence based on internal structure.
- Lopes, N. R. L. & Williams, S. C. A. (2016a) Avaliação do conhecimento do Trauma Craniano Violento por pais brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2) 1-11. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32223\\_e32223](http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32223_e32223).
- Lopes, N. R. L. & Williams, S. C. A. (2016b) Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Initiatives: A Literature Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-12. doi: 10.1177/1524838016675479.
- Narang, S. & Clarke, J. (2014) Abusive Head Trauma: past, present, and future. *Journal of Child Neurology*. 29 1747-1756. doi: 10.1177/0883073814549995.
- Nuño, M., Pelissier, L., Varshneya, K., Adamo, M. A. & Drazin, D (2015). Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 16 515-522. doi: 10.3171/2015.3.PEDS14544.
- Parks, S. E., Kegler, S. R., Annett, J. L. & Mercy, J. A. (2012) 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. *Injury Prevention*, 18 193-199. doi: 10.1136/injuryprev-2011-040128.
- Soares, A. P. M. A. & Brino, R. F. (em preparo) Fatores de risco para o trauma craniano violento pediátrico: uma revisão de literatura.

**Trauma Craniano Violento: relação entre conhecimento de pais, potencial de abuso infantil e *status* socioeconômico familiar**

Soares, A. P. M. A., D'Afonseca, S. M., & Brino, R. F. (em preparo) Trauma Craniano Violento: relação entre conhecimento de pais, potencial de abuso infantil e *status* socioeconômico familiar

## Resumo

O Trauma Craniano Violento é consequência de sacudidas violentas e impacto brusco da cabeça da criança contra superfícies solidas, o que leva a uma série de sequelas físicas, cognitivas, neurológicas e comportamentais. Considerando que ao planejar programas de prevenção com educação parental é necessário conhecer os fatores de risco para melhor direcionar a intervenção, o objetivo deste estudo foi investigar se há relação entre o conhecimento de pais sobre o Trauma Craniano Violento, o *status* socioeconômico da família e o potencial de maus-tratos destes em relação aos seus filhos. Participaram 19 pais e 61 mães internadas em maternidade no período anterior ou após o parto. Foram aplicados três instrumentos: a Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê, para acessar conhecimentos, crenças e estratégias utilizadas pelos pais; o Inventário de Potencial de Abuso Infantil, para verificar características que indiquem maior potencial de abuso; e o Questionário socioeconômico para estabelecer a classe socioeconômica dos participantes. Para a análise de dados foi utilizada a estatística descritiva e a correlacional não paramétrica com o teste de Spearman. Como resultados, encontrou-se correlação entre a escolaridade e a renda com as crenças sobre o cuidado do bebê ( $r=+0,318$ ,  $p=0,004$ ;  $r=+0,223$ ,  $p=0,47$ ), entre o escore no Critério Brasil e a escolaridade com os conhecimentos sobre as características do choro ( $r=-0,396$ ,  $p<0,001$ ;  $r=-0,223$ ,  $p=0,047$ ), entre o número de filhos e as estratégias para lidar com o choro da criança relacionadas ao cuidador ( $r=-0,285$ ,  $p=0,010$ ) e entre a rigidez e consequências de sacudir o bebê ( $r=-0,294$ ,  $p=0,008$ ), crenças sobre o cuidado do bebê ( $r=-0,359$ ,  $p=0,001$ ) e escore total na escala ( $r=-0,300$ ,  $p=0,007$ ). Ao final, considera-se importante direcionar as intervenções às necessidades de cada população alvo, assim como trabalhar a flexibilidade dos pais em relação aos filhos e a si mesmo como caminho para a redução das taxas de TCV e suas consequências para a criança.

Palavras-chave: Trauma Craniano Violento; Abuso Infantil; Família; Classe socioeconômica.

O Trauma Craniano Violento (TCV) é consequência de comportamentos violentos perpetrados, comumente, por pais e/ou cuidadores contra crianças pequenas (Kemp, 2011). Tais comportamentos envolvem a sacudida violenta do bebê ou o impacto brusco intencional de sua cabeça contra uma superfície sólida resultando em ferimento craniano ou intracraniano (Lopes, Einstein, & Williams, 2013; Parks, Kegler, Anest & Mercy, 2012). A população mais vulnerável a este tipo de violência são crianças menores de três anos (Harden, Buhler & Parra, 2016), do sexo masculino (Siesweerde-Hoogendoorn, Bilo, Van Duurling, Karts, Maaskant, Van Aalderen & Van Rijn, 2013) e que apresentam déficits de desenvolvimento (Yaylaci, Dallar, Sayar, Tasar, Tiras, Tekin et al., 2017).

Outros fatores de risco também estão relacionados ao TCV de acordo com a literatura. Entre eles estão famílias de baixo nível socioeconômico, refletido em baixa escolaridade, residência em bairros mais pobres, com alto índice de criminalidade, alta taxa de desemprego e menor renda (Fujiwara, Yamaoka & Morisaki, 2016; Yaylaci et al., 2016), baixa idade parental (Kelly, Thompson, Koh, Ameratunga, Jolleyman, Percival, Elder & Mitchel, 2017), altos níveis de estresse na família (Selassie, Borg, Busch & Russel, 2013; Yamada & Fujiwara, 2014), com histórico de violência doméstica e contra outras crianças da casa (Isumi & Fujiwara, 2016; Yaylaci et al., 2016), histórico de abuso de substâncias (Siesweerde-Hoogendoorn et al., 2013), presença de doenças mentais (Siesweerde-Hoogendoorn et al., 2013) e doenças físicas nos pais (Yaylaci et al., 2017), além de pouca experiência ou conhecimentos relativos aos cuidados e desenvolvimento infantil pelos cuidadores (Barr, 2014).

Apesar de todos os fatores de risco citados anteriormente, Tanoue e Matsui (2015) comparando amostras de crianças que sofreram o TCV e crianças que sofreram outros tipos de abuso, chegaram a resultados mostrando que os fatores de risco estão menos presentes no TCV se comparado com os outros tipos de violência. Isto porque o principal gatilho do comportamento de sacudir a criança é a presença do choro que ocorre de forma prolongada,

imprevisível, inexplicável e de difícil controle (Barr, 2014). Nesse sentido, Barr (2014) aponta que essas características do choro colaboram para o aumento do estresse, frustração, raiva e sensação de falta de habilidade para acalmar o bebê. Assim, cuidar de um bebê pode ser considerado uma tarefa cansativa e estressante, já que 73% em uma amostra de 90 pais brasileiros concordaram com esta afirmativa (Lopes & Williams, 2016). Segundo Barr (2014), é possível que os pais desempenhem diversas tentativas e técnicas para que o bebê pare de chorar e, quando não acontece o resultado esperado, estes sentimentos negativos aumentam e, com eles, a probabilidade de sacudir a criança. Quando sacudida, a criança geralmente cessa o choro, o que faz com que esta prática se repita no futuro por ter sido eficaz em chegar ao resultado almejado: fazer com que o bebê pare de chorar (Barr, 2014).

Sacudir a criança, no entanto, pode ter consequências negativas para a saúde e desenvolvimento dela, com sequelas neurológicas, físicas, cognitivas e comportamentais, entre elas déficits motores, visuais, auditivos e de fala, dificuldades de aprendizagem, convulsões, paralisia cerebral, distúrbios comportamentais e de sono, além de morte (Chevingnard e Lind, 2014; Kemp, 2011; Lopes, Einstein e Williams, 2013; Nuño, Pelissier, Varshneya, Adamo e Drazin, 2015). De acordo com o descrito por Chevingnard e Lind (2014) em sua revisão de literatura, devido ao exposto acima, essas crianças tendem a necessitar de longo período de hospitalização, além de cuidados médicos, de reabilitação física, ocupacional, psicomotora, psicológica e de linguagem a longo prazo e educação especial, além de intervenções de suporte psicológico, orientações e informações direcionadas à família, demandando, portanto, grandes custos financeiros.

Nesse sentido, o planejamento de programas de prevenção direcionados a situações de risco podem constituir importantes ferramentas para a redução das taxas de TCV (Lopes, Eisenteins, Williams, 2013). No entanto, para tal, são necessárias investigações a respeito de fatores de risco presentes na população (Lopes, Eisenteins, Williams, 2013). Ao mesmo tempo,



sabe-se que a vulnerabilidade socioeconômica é importante fator que aumenta a probabilidade de ocorrerem vários tipos de violência (Molnar, Goerge, Gilsanz, Hill, Subramanian, Holton, Duncan, Beatriz & Beardslee, 2016), incluindo o TCV, muitas vezes porque estas famílias possuem menor acesso a serviços de saúde se comparadas com famílias de maior poder aquisitivo (Nuño, Pelissier, Varshneya, Adamo & Drazin, 2015). No entanto, algumas pesquisas apresentam dados divergentes destes. Na França, por exemplo, um estudo retrospectivo utilizando dados judiciais enfatiza que os principais perpetradores deste tipo de violência foram o pai, a mãe ou ambos e, diferentemente do que afirmam outros autores, em sua maioria viviam como casal (apenas 6% das mães viviam sozinhas e 14% sem a presença do pai biológico da criança), apresentavam alto grau de instrução, com 46% das mães possuindo ensino superior completo, e eram empregados (Tursz & Cook, 2014).

Sendo assim, o objetivo do estudo foi investigar se, em uma amostra de pais de um município de médio porte do interior de São Paulo, houve relação entre o conhecimento de pais sobre o Trauma Craniano Violento, o *status* socioeconômico da família e o potencial de maus-tratos destes em relação aos seus filhos.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram da pesquisa 61 mães e 19 pais de crianças recém-nascidas ou em gestação e de um ou mais filhos entre dois e 12 anos. Cabe a ressalva de que ter filhos entre dois e doze anos é critério para a aplicação de um dos instrumentos utilizados, o CAP, uma vez que este exige que as respostas sejam dadas considerando uma criança dessa faixa-etária de forma não hipotética (Rios, Schelini, Bazon e Piñon, 2013). Estas mães estavam internadas nas enfermarias de maternidade no período gravídico ou após o parto, e os pais que participaram às acompanhavam. É importante dizer, também, que 36,84% dos homens (7 de 19) não eram pais biológicos das crianças entre dois e 12 anos, no entanto, as criavam junto com as mães há, pelo

menos, dois anos. O tempo de gestação entre as mulheres grávidas era de 32,77 semanas (dp=9,17).

### **Local**

A coleta de dados foi feita nas dependências da maternidade de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo.

### **Instrumentos**

**1. Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê:** é um instrumento elaborado por Lopes, Schelini, Williams, Coimbra e Fontaine (submetido) para avaliar conhecimentos sobre o TCV e é composto por seis fatores. O primeiro deles diz respeito às *Consequências de Sacudir o Bebê* (10 itens), com itens descrevendo consequências negativas de sacudir a criança, o segundo às *Estratégias para o bem-estar do cuidador* (12 itens), com itens direcionados a fazer o cuidador se sentir bem ao cuidar do bebê. O terceiro fator concerne às *Estratégias para lidar com o choro relacionadas ao bebê* (11 itens), ou seja, estratégias que os cuidadores utilizam para acalmar o bebê e fazê-lo parar de chorar, o quarto às *Estratégias para lidar com o choro relacionadas ao cuidador* (4 itens), cujos itens descrevem estratégias que o cuidador utiliza para lidar com seus próprios sentimentos em relação ao choro do bebê. O quinto fator é relativo a *Crenças sobre o cuidado do bebê* (7 itens) composto por sentenças que indicam crenças adequadas e inadequadas sobre o cuidado com a criança e, por fim, o sexto a *Características do choro* (6 itens), detalhando características do choro nos primeiros meses de vida. O instrumento se inicia apresentando perguntas relativas às características socioeconômicas dos respondentes, como a renda bruta familiar mensal e o número de anos de estudo, e segue com 50 itens com os quais o participante deve Discordar Totalmente (1), Discordar (2), Concordar (3) e Concordar Totalmente (4) caracterizando-se, portanto, como uma escala do tipo *likert*.

**2. Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP:** é resultado da tradução e adaptação transcultural para o Brasil do *Child Abuse Potential Inventory* realizadas por Rios, Williams,

Schelini, Bazon & Piñon (2013) Trata-se de um instrumento composto por 160 itens com os quais o respondente deve concordar (C) ou discordar (D). O CAP é composto por fatores que medem: o grau de *sufrimento*, com padrões de sentir-se frustrado, triste, preocupado, com medo, solitário, rejeitado, com raiva e confuso; *rigidez*, que descreve a inflexibilidade em relação à aparência e comportamento da criança; *infelicidade*, que mede a polaridade entre felicidade e infelicidade com itens que avaliam se a pessoa se considera feliz e sortuda, por exemplo; *problemas com a criança e consigo*, com itens que verificam se a criança é avaliada pelo adulto de forma negativa e se este considera que possui problemas físicos, *problemas com a família*, identificando se há dificuldades de relacionamento com a família; e *problemas com os outros*, onde os outros são vistos como causas de decepções e sofrimento e, portanto, essas relações não se constituem como recursos e sim como problemas.

**3. Questionário socioeconômico:** é baseado nos Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) de 2014. O CCBE da ABEP de 2014 considera para a classificação de classes econômicas (A, B1, B2, C1, C2, D e E) a posse e a quantidade de itens como televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, máquina de lavar, vídeo cassete e/ou dvd, geladeira e freezer, além de empregada mensalista e o grau de instrução. Este instrumento tem por objetivo investigar as características socioeconômicas dos participantes.

### **Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de levantamento, utilizando o método quantitativo.

### **Procedimentos de coleta de dados**

Primeiramente, o projeto foi submetido para a avaliação das comissões de ética de duas instituições, a maternidade e a Secretaria de Saúde do município. Em um primeiro momento, apenas a maternidade havia sido contatada. No entanto, passados cinco meses a autorização para a realização da coleta ainda não tinha sido disponibilizada. Desta forma, optou-se por

submeter o projeto também à Secretaria de Saúde com o objetivo de recrutar participantes nas UBSs. Ao final, ambas as instituições retornaram com resposta positiva no mesmo período, fornecendo uma carta de aceite. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos pela Plataforma Brasil, onde foi avaliado e autorizado (CAEE: 77746417.1.0000.5504).

Posteriormente, entrou-se em contato com o médico e enfermeira chefes da maternidade a fim de esclarecer os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como definir dias e horários para a coleta. Como as enfermarias da maternidade supriram o número de participantes não foi necessário recorrer às UBS. Em sequência, houve uma breve conversa com as enfermeiras responsáveis pelas enfermarias de gestantes e puérperas com a finalidade de conhecer o funcionamento e rotina de trabalho e de aprender a manusear os prontuários e ler os quadros fixados com as informações das pacientes internadas para a identificação dos leitos onde se encontravam a população alvo do estudo. No entanto, como os prontuários geralmente estavam sendo utilizados pela equipe de saúde e, portanto, indisponíveis e os quadros muitas vezes encontravam-se desatualizados, a abordagem dos participantes foi feita leito a leito.

Dessa forma, as pacientes e seus companheiros, pais de seus bebês, quando presentes, eram abordados em seus leitos e nos corredores. A pesquisadora, então, se apresentava e fazia perguntas concernentes aos critérios de inclusão e exclusão: se estavam gestantes ou em pós-parto e se havia outros filhos vivos e quais eram suas idades. Quando os pais não tinham outros filhos ou quando suas idades não correspondiam a faixa-etária pretendida, de dois a doze anos, era explicado que não poderiam participar da pesquisa, mas que havia disponibilidade para conversar e tirar dúvidas a respeito do TCV. Aos pais que atendiam aos critérios, eram esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa e garantido a voluntariedade da participação.

Aumentar a adesão destes pais para responder às escalas e questionários, no entanto, não foi tarefa fácil. Em um primeiro momento, o projeto era apresentado com o objetivo de verificar situações de violência dos pais com o bebê e outras crianças. Era perceptível que a palavra ‘violência’ afugentava os possíveis participantes. Desta forma, o discurso de apresentação do projeto foi modificado, junto com o TCLE, e passou a mostrar que o objetivo era verificar de que forma a maneira como os pais cuidam das crianças quando pequenas influencia na sua saúde e desenvolvimento posterior. Outra dificuldade encontrada para a adesão foi o número de itens a serem respondidos, totalizando 210 se somado os 50 itens da Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê e 160 do CAP. Para que os participantes ficassem menos assustados, era informado o tempo médio que levava para responder a todos os instrumentos: entre 40 e 60 minutos.

Àqueles que concordavam em colaborar respondendo aos instrumentos era dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O último poderia ser lido pelas mães e/ou pais ou, quando solicitado por eles, pela pesquisadora em voz alta. Ao término da leitura as dúvidas, quando existiam, eram sanadas, os termos assinados pela pesquisadora e participantes e, então, dava-se início a coleta de dados começando pela Escala de Atitudes Frente ao Choro do bebê, seguida do Inventário de Potencial de Abuso Infantil - CAP e finalizando com o Critério Brasil. A aplicação dos instrumentos era feita em forma de entrevista individualmente, com um participante respondendo por vez. Como a coleta foi feita nas dependências da maternidade em corredores e enfermarias, não havendo sala reservada para este fim, era frequente a presença de outras pessoas, usuários internados e profissionais de saúde, por perto durante a aplicação dos instrumentos. Para minimizar desconfortos, era oferecida a possibilidade de leitura dos itens pelo participante em voz baixa, desde que o mesmo respondesse em voz alta para que a pesquisadora marcasse no instrumento. Também era assegurado ao participante que ele não precisaria responder aos itens com os quais não se sentisse confortável.

Ao término de cada coleta os participantes recebiam uma devolutiva dos dados coletados com uma breve explicação sobre o que é o Trauma Craniano Violento pediátrico, quais comportamentos podem causá-lo, quais são as possíveis consequências negativas para a saúde e desenvolvimento da criança, assim como sobre a importância da identificação e manejo de situações de estresse no momento dos cuidados com o bebê. Ao todo, a coleta de dados durou cinco meses, sendo realizada entre novembro de 2017 e abril de 2018, às segundas, quartas e sextas-feiras das 14h às 17h.

### **Procedimento de análise de dados**

No que diz respeito aos dados advindos do Questionário Socioeconômico, foram calculados média e desvio padrão para variáveis como renda familiar mensal, número de filhos, escolaridade em anos, assim como a percentagem da via do atendimento de saúde e ocupação dos participantes. Para a Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê, foi feita a soma das pontuações dos itens de cada fator e, em seguida, o resultado da soma foi dividido pelo número de itens que compunham os fatores. Os dados obtidos com a aplicação do CAP foram analisados de acordo com as instruções da tabela de análise fornecida pelos autores do instrumento (Rios, 2010).

Além disso, foram calculadas as correlações entre as variáveis socioeconômicas (de escolaridade em anos, número de filhos, renda mensal familiar bruta declarada e escore no Critério Brasil), as sub escalas da Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê e as sub escalas do CAP. As correlações foram calculadas com o teste estatístico não paramétrico de correlação de *Spearman* por meio do *software* SPSS. Considera-se  $p$  menor ou igual a 0,05.

## **RESULTADOS**

A Tabela 1 descreve a caracterização da amostra em média e desvio padrão da variável ‘número de filhos’ (Nº de filhos). Também foram descritas as porcentagens das variáveis renda, dividida por número de Salários Mínimos (SM) recebidos, ocupação, dividida em do lar,

ocupação remunerada e estudante, e Atendimento de Saúde (At. Saúde), sendo este por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), plano de saúde ou particular.

Tabela 1: Caracterização da amostra

		Média	DP	%	Nº Bruto
Renda (R\$)	Até 1 SM			17,50	
	1 até 3 SM			61,25	
	3 até 7 SM			21,25	
	Mais que 7 SM			3,75	
Escolaridade (anos)		10,58	2,55		
Nº de filhos		1,27	1,42		
Ocupação	Do lar			41,25	33
	Ocupação Remunerada			57,50	46
	Estudante			1,25	1
At. Saúde	Particular			7,50	6
	Plano de Saúde			15,00	12
	SUS			77,50	62

De acordo com a Tabela 1, trata-se de uma amostra cuja renda é majoritariamente entre um e três salários mínimos (61,25%), com escolaridade média de 10,58 anos (dp=2,55), o que corresponde ao Ensino Médio incompleto, sendo uma população majoritariamente atendida pelo SUS (77,5%). A principal ocupação relatada foi a remunerada (57,50%), e o número médio de filhos era de 1,27 (d=1,42).

A Tabela 2 descreve as correlações entre as variáveis socioeconômicas Escolaridade (em anos), Escore no Critério Brasil, Renda e Número de Filhos (Nº de Filhos) e as sub escalas na Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê com o coeficiente de correlação (linha superior)

e a significância (linha inferior). Estão sinalizados com asterisco os coeficientes que indicam correlação significativa.

Tabela 2: Correlação entre variáveis socioeconômicas e Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê

	Conse- quências Sacudir	Bem- estar cuidador	Estratégia bebê	Estratégia cuidador	Crenças	Caracte- rísticas do choro	Total
Escolaridade	,157	,018	-,020	,094	,318*	-,223*	,170
	,165	,873	,861	,405	,004	,047	,129
Escore CB	,055	-,084	-,068	-,023	,206	-,396*	-,099
	,630	,457	,549	,840	,066	,001	,381
Renda	-,029	,142	-,135	-,028	,223*	-,171	,047
	,798	,209	,232	,803	,047	,128	,680
Nº de Filhos	-,061	-,009	-,066	-,285*	,062	,070	-,095
	,592	,940	,558	,010	,585	,536	,452

Como mostra a Tabela 2, em relação às variáveis sociodemográficas e as sub escalas da Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê, a escolaridade e a renda têm correlação significativa e positiva com as crenças sobre o cuidado do bebê ( $r=+0,318$ ,  $p=0,004$ ;  $r=+0,223$ ,  $p=0,47$ ). Isso significa dizer que quanto maior a escolaridade e a renda, mais adequadas são as crenças a respeito dos cuidados com o bebê. Por outro lado, o escore no Critério Brasil e a escolaridade foram significativa e negativamente correlacionados às características do choro ( $r=-0,396$ ,  $p<0,001$ ;  $r=-0,223$ ,  $p=0,047$ ), ou seja, quanto maior a escolaridade e o poder de compra, menores são os conhecimentos em relação às características do choro infantil. Além disso, foi verificada uma correlação significativa e negativa entre o número de filhos e as estratégias para lidar com o choro da criança relacionadas ao cuidador ( $r=-0,285$ ,  $p=0,010$ ), o



que mostra que quanto maior o número de filhos menor é a utilização de estratégias direcionadas para acalmar o cuidador quando o bebê está chorando.

A Tabela 3, por sua vez, descreve as correlações entre as sub escalas do inventário CAP e as sub escalas da Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê com o coeficiente de correlação (linha superior) e a significância (linha inferior). Estão sinalizados com asterisco os coeficientes que indicam correlação significativa.

Tabela 3: Correlação entre o Inventário CAP e a Escala de atitudes frente ao choro do bebê

	Conse- quências Sacudir	Bem- estar cuidador	Estratégia bebê	Estratégia cuidador	Crenças	Caracte- rísticas do choro	Total
Abuso	-,108	,133	,101	,193	-,204	,152	,047
	,341	,241	,374	,087	,069	,178	,681
Sofrimento	-,084	,135	,152	,207	-,208	,174	,082
	,458	,233	,179	,066	,064	,122	,467
Rigidez	-,294*	-,089	,038	,079	-,359*	-,013	-,300*
	,008	,433	,739	,488	,001	,906	,007
Infelicidade	,031	-,125	,057	-,005	-,113	,232*	,044
	,786	,269	,617	,965	,318	,039	,697
Problema com a família	-,057	,112	-,137	,052	-,032	-,038	-,004
	,617	,325	,224	,646	,779	,739	,969
Problemas com a criança	,097	,156	-,116	-,067	,165	-,009	,126
	,394	,167	,305	,556	,144	,939	,265
Problemas com os outros	-,046	,188	,137	,218	-,075	-,002	,119
	,684	,096	,227	,052	,508	,986	,294

No que diz respeito às sub escalas do CAP, a de Rigidez foi a que teve maior número de correlações significativas em relação às sub escalas da Escala de atitudes frente ao choro,

estando relacionada negativamente às consequências de sacudir o bebê ( $r=-0,294$ ,  $p=0,008$ ), às crenças sobre o cuidado do bebê ( $r=-0,359$ ,  $p=0,001$ ) e ao escore total na escala ( $r=-0,300$ ,  $p=0,007$ ). Isto indica que, quanto maior a rigidez, ou seja, a inflexibilidade em relação à aparência e ao comportamento da criança, menores são os conhecimentos em relação às consequências negativas de sacudir o bebê, mais inadequadas são as crenças sobre os cuidados com a criança e menor é o escore total da escala. Além da sub escala de Rigidez, a de Infelicidade obteve correlação significativa e positiva com o conhecimento sobre as características do choro ( $r=+0,232$ ,  $p=0,039$ ), isto é, quanto maior a infelicidade também são maiores os conhecimentos relativos às características do choro.

Finalmente, a Tabela 4 descreve as correlações entre as variáveis socioeconômicas e as sub escalas do Inventário CAP com o coeficiente de correlação (linha superior) e a significância (linha inferior). Estão sinalizados com asterisco os coeficientes que indicam correlação significativa.

Tabela 4: Correlação entre variáveis socioeconômicas e Inventário CAP

	Escolaridade	Escore CB	Renda
Abuso	-,274*	-,457*	-,441*
	,014	,001	,001
Sufrimento	-,269*	-,491*	-,468*
	,016	,001	,001
Rigidez	-,270*	-,101	-,042
	,016	,371	,709
Infelicidade	-,010	-,298*	-,310*
	,929	,007	,005
Problemas com a família	-,129	-,181	-,237*
	,254	,108	,035

Problemas com a criança	-,073	,081	-,128
	,520	,477	,257
Problemas com os outros	-,171	-,233*	-,119
	,129	,038	,295

---

As variáveis sociodemográficas obtiveram correlação significativa com as subescalas de sofrimento, rigidez, infelicidade e problemas com a família. A escolaridade está negativamente correlacionada ao escore total da escala ( $r=-0,274$ ,  $p=0,014$ ), e à sub escala de Sofrimento ( $r=-0,269$ ,  $p=0,016$ ) e Rigidez ( $r=-0,270$ ,  $p=0,016$ ). O escore no Critério Brasil se correlacionou também negativamente com o escore total da escala ( $r=-0,457$ ,  $p<0,001$ ), e as sub escalas Sofrimento ( $r=-0,491$ ,  $p<0,001$ ), Infelicidade ( $r=-0,298$ ,  $p=0,007$ ) e Problemas com os outros ( $r=-0,233$ ,  $p=0,038$ ). Por último, a renda obteve correlação negativa com o escore total da escala ( $r=-0,441$ ,  $p<0,001$ ), e as sub escalas de Sofrimento ( $r=-0,468$ ,  $p<0,001$ ), Infelicidade ( $r=-0,310$ ,  $p=0,005$ ) e Problemas com a família ( $r=-0,237$ ,  $p=0,035$ ). Assim, pode-se dizer que populações com menor renda, escolaridade e poder aquisitivo, estão mais expostas a situações de abuso, sofrimento, infelicidade, problemas com a família, com a criança e com os outros.

## DISCUSSÃO

Durante a análise de dados foram encontradas correlações entre variáveis que indicavam o nível socioeconômico mais baixo, como menor escolaridade, renda e poder aquisitivo, com maior exposição a situações de violência, sofrimento, infelicidade, problemas com a criança, consigo e com os outros. Nesse sentido, a literatura vem corroborando estes dados, já que, segundo Leetch, Leipisic e Woolridge (2015), os riscos de acontecer abuso infantil na convivência familiar aumentam quando os pais estão desempregados e possuem baixo *status* socioeconômico. Este último pode ser mensurado pela baixa renda e baixa escolaridade, aumentando de cinco a sete vezes a probabilidade de ocorrência de maus-tratos contra a criança

se comparado com pais de maior renda e escolaridade (Leetch, Leipsic & Wooldrige, 2015). No Brasil, Piñon (2008) ao analisar uma amostra de 433 participantes, observou que houve correlação negativa das variáveis escolaridade e classe econômica com o escore total obtido no CAP, sugerindo que o potencial de risco para maus tratos aumenta em populações de menor nível socioeconômico e grau de instrução.

Especificamente no TCV, foram encontradas correlações indicando que o nível socioeconômico mais baixo, dado pela renda e escolaridade menor, está relacionado a crenças mais inadequadas em relação aos cuidados do bebê, sendo este um fator que aumenta a probabilidade de ocorrer este tipo de maus-tratos. Alguns estudos publicados na literatura apontam concordância com os dados apresentados. Em uma amostra de mães de crianças de quatro meses no Japão, por exemplo, foi constatada uma correlação significativa entre experimentar adversidades socioeconômicas, traduzidas por ter finanças difíceis de manejar ou instáveis, e dois tipos de abuso infantil: sacudir violentamente e abafar a criança (Fujiwara, Yamaoka e Morisaki, 2016). Na Holanda, entre os fatores de risco sociais para a ocorrência múltipla de TCV estava a escolaridade cursada até o ensino médio, sendo esta característica presente em 60% dos pais de crianças vítimas do trauma (Sieswerda-Hoogendoorn et al., 2013). Já no Canadá, alguns especialistas em abuso infantil foram consultados para elencar os fatores que precisam ser mapeados no planejamento de um programa de prevenção do TCV para direcioná-lo à população que tem maior demanda e, entre estes fatores estava a baixa renda familiar média (Stewart, Gilliland, Parry & Fraser, 2015). Essa maior probabilidade de o trauma acontecer em crianças de famílias mais pobres pode ser devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e às informações necessárias para a prevenção deste problema (Nuño, Pelissier, Varshneya, Adamo e Drazin, 2015).

Por outro lado, os dados também indicam que famílias com maior poder aquisitivo e maior escolaridade possuem menos conhecimento em relação às características do choro da

criança, sendo este um fator que aumenta a probabilidade de maus-tratos contra ela. Estes dados também encontram apoio na literatura. Na França, por exemplo, Tursz e Cook (2014) chegaram a resultados mostrando que pais de crianças vítimas de TCV que haviam sido denunciados e julgados pelo poder judiciário eram de classes sociais mais altas e quase metade das mães tinham cursado o ensino superior. Nesse sentido, foram levantadas algumas hipóteses que podem explicar o aparecimento dessas correlações. A primeira delas é que é possível que os pais e as mães com maior escolaridade e poder aquisitivo estejam inseridos no mercado de trabalho, conseqüentemente se afastando do ambiente doméstico por várias horas do dia, permanecendo menor quantidade de tempo em casa e com o bebê, convivendo menos com o choro infantil e o deixando sob os cuidados de outros familiares, babás e creches. A menor convivência com o choro do bebê pode ter como consequência menor conhecimento a respeito de suas características. Também é possível que mães e pais de maior escolaridade e poder aquisitivo tenham acesso a mais informações de fontes diversas, se comparado com aqueles de menor escolaridade e poder aquisitivo. As informações podem ser advindas de outros familiares, de profissionais de educação, profissionais de saúde, revistas ou livros. Estas podem ser conflitantes entre si gerando maiores dúvidas e, conseqüentemente, inconsistência no momento de responder aos instrumentos.

Também é possível observar, de acordo com os dados expostos, que houve uma relação negativa entre a quantidade de filhos e a utilização de estratégias para manejar o estresse decorrente do choro da criança. É conhecido na literatura que famílias grandes, com maior número de filhos encontram-se entre a população de risco para a ocorrência de formas de violência diversas como a física e a negligência (Almuneef, Alghamd & Saleheen, 2016). Visto que o trauma é uma forma de violência, este fator também está presente entre aqueles que aumentam os riscos de uma criança sofrê-lo. Em um estudo preliminar na Turquia, por exemplo, foi identificado que entre os fatores de risco presentes nas famílias de crianças com sinais e

sintomas indicativos de TCV registrados em prontuários, estava a existência de três ou mais crianças menores de sete anos (Yaylaci et al., 2016). Ou seja, é possível que quanto maior a quantidade de crianças, menor seja o tempo disponível para se engajar em atividades que reduzam o estresse advindo dos cuidados dispendidos com os filhos e, logo, maior a probabilidade de emitir comportamentos violentos contra a criança, como a sacudida violenta, que tem por consequência o Trauma Craniano Violento.

Observou-se, também, que quanto maior a rigidez, menor é o escore total na Escala de Atitudes Frente ao Choro, menores são os conhecimentos em relação às consequências de sacudir o bebê e mais inadequadas são as crenças em relação aos cuidados com a criança. A rigidez é definida pelo manual do CAP como uma inflexibilidade em relação ao comportamento e à aparência da criança (Milner, 1986), no sentido de desejar que a criança esteja sempre limpa e nunca desobedeça (Bergamo, Pasian, Ávila de Mello & Bazon, 2009). Segundo Bergamo, Pasian, Ávila de Mello & Bazon (2009), os itens dessa subescala se relacionam com um risco maior de maus-tratos. Ainda em relação à essa subescala, ao comparar dois grupos, o clínico, composto por famílias que haviam sido notificadas pelo Conselho Tutelar por situações de abuso físico, e o de comparação, composto por famílias selecionadas em escolas públicas municipais, Patrian, Rios e Williams (2013) obtiveram como resultados que ambos os grupos apresentaram escore mais alto se comparado com os escores das outras subescalas do instrumento. Isso pode indicar que os pais brasileiros possuem percepções mais rígidas em relação aos seus filhos (Patrian, Rios & Williams, 2013).

Além disso, a rigidez geralmente está presente em pais controladores, autoritários e com maiores expectativas em relação ao desempenho da criança (Cecconello, Antoni & Koller, 2003). Nesse sentido, os resultados de Ricci, Giantris, Merrian, Hodge e Doyle (2003), a partir da avaliação de crianças admitidas em hospital por trauma craniano violento, apontam que em 42% dos casos estavam presentes expectativas irreais em relação à criança conseguir controlar

seu próprio comportamento, compondo, assim, os variados fatores de risco para o trauma ser perpetrado.

Por fim, foi encontrada uma correlação inusitada: a infelicidade está positivamente relacionada aos conhecimentos a respeito das características do choro da criança. Isso quer dizer que, de acordo com os testes estatísticos feitos para esta amostra, quanto maior a infelicidade maior também são os conhecimentos sobre o choro. Trata-se de uma correlação inusitada por que, de um lado, os itens de infelicidade avaliados no CAP indicam maior potencial de maus-tratos do respondente (Milner, 1986) e, de outro, os maiores conhecimentos a respeito dos padrões e características do choro infantil colaborariam para a redução de comportamentos violentos direcionados ao bebê, como sacudi-lo (Barr, 2014). Portanto, seria uma correlação contraditória.

É possível que esta contradição tenha se dado devido a algumas fragilidades do estudo que serão apresentadas a seguir. Em primeiro lugar, o estudo contou com amostra por conveniência, não randômica, o que torna mais difícil a generalização dos dados para outras populações. Além disso, a aplicação dos instrumentos foi feita na presença de outras pessoas o que pode diminuir o número de respostas correspondentes às opiniões e comportamentos do respondente e aumentar o número de respostas que ele julga serem socialmente aceitas. Assim, sugere-se mais estudos com outras populações, amostras randômicas, assim como a coleta de dados em locais mais bem controlados e com um menor número de interferências externas.

Os instrumentos utilizados também merecem atenção. Entre eles, a Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê obteve evidências de validade baseada na sua estrutura interna em estudo robusto com 500 pais brasileiros de vários municípios do estado de São Paulo a partir de coleta online e presencial (Lopes, Schelini, Williams, Coimbra & Fontaine, submetido). No entanto, ainda é um instrumento recente e em processo de validação, sendo uma das contribuições desta pesquisa complementar este processo com os dados encontrados.

O CAP, por outro lado, é mais consolidado na área, com vários estudos de validação (Rios, 2010; Rios, Williams, Schelini, Bazon & Piñon, 2013; Patrian, Rios & Williams, 2013). No entanto, trata-se de um instrumento longo com 160 itens cujas frases nem sempre ficam claras, principalmente para os respondentes com maior dificuldade de compreensão. Para a sua aplicação é demandado um tempo entre 20 e 60 minutos, a depender da dificuldade que o participante tem de entender o que lhe está sendo perguntado e também da vontade dele de contar histórias a respeito daqueles itens ou se justificar ao longo da aplicação. Tudo isso torna o seu preenchimento cansativo, tanto para quem aplica, quanto para quem responde, o que pode ter tido alguma influência sobre os dados aqui encontrados. Apesar das dificuldades, a aplicação em modelo de entrevista, tal como utilizada na presente pesquisa, pode diminuir as respostas aleatórias, já que 100% desta amostra teve índice de distorção considerado normal, ou seja, as respostas randômicas, mentiras e inconsistência não ultrapassaram o valor limite.

Para estudos futuros, sugere-se investigar os conhecimentos sobre as consequências de sacudir uma criança e habilidades para lidar com o choro do bebê de outros cuidadores, como os demais familiares (avós, irmãos, padrastos, madrastas), babás e os profissionais de creches e escolas de educação infantil. Essa população merece atenção uma vez que há uma hipótese de que muitas crianças fiquem sob os cuidados de outras pessoas enquanto os pais desempenham suas atividades laborais fora de casa. Ao mesmo tempo, estudos indicam que, apesar de menos frequentes, quando os perpetradores são pessoas de fora da família as sequelas do trauma tendem a ser mais severas (Scribano, Makoroff, Feldman & Berger, 2013; Schnitzer & Ewigman, 2005; Nuño, Pelissier, Varshneya, Adamo & Drazin, 2015). Além disso, parece importante também, serem realizados outros estudos de validação da Escala de Atitudes Frente ao Choro com outras populações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



De modo geral, os dados aqui mostrados indicam que algumas variáveis da Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê estão mais relacionadas a classes socioeconômicas mais baixas, com renda e escolaridade menores, como as crenças inadequadas. Ao passo que outras variáveis estão mais relacionadas com classes socioeconômicas mais altas, como os conhecimentos a respeito do padrão de choro da criança. Isto quer dizer que as intervenções precisam ser direcionadas às necessidades de cada população, focando nos aspectos que são mais deficitários para cada população alvo. Ao mesmo tempo, é necessário trabalhar a flexibilidade dos pais nas expectativas que são depositadas nos comportamentos e aparência da criança, assim como as expectativas no seu próprio desempenho parental. Desta forma, é possível caminhar em direção a intervenções mais efetivas e, conseqüentemente, para a redução das taxas de TCV e das conseqüências negativas para a saúde e desenvolvimento da criança.

#### Referências

- Almuneef, M. A., Alghamdi, L. A. & Saleheen, H. M. (2016) Family profile of victims of child abuse and neglect in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 37(8) 882-8. doi: 10.15537/smj.2016.8.14654
- Barr, R. G. (2014) Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatric Radiology*, 44(4) 559-564. doi: 10.1007/s00247-014-3100-3
- Bérgamo, L. P. D., Pasian, S. R., Ávila de Mello, I. L. M. & Bazon, M. R. (2009) O Inventário de Potencial de Abuso Infantil: estudo de precisão e validade. *Avaliação Psicológica*, 8(3) 425-435. Acessado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a14.pdf>.
- Cecconello, A. M., Antoni, C. & Koller, S. H. (2003) Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8 (n spe) 45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000300007>.
- Chevignard, M. P. & Lind, K. (2014) Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatric Radiology*, 44(4) 548-558. doi: 10.1007/s00247-014-3169-8.

- Fujiwara, T., Yamaoka, Y. & Morisaki, N. (2016) Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. *Journal of Epidemiology*, 26(1) 4-13. doi: 10.2188/jea.JE20140216.
- Haden, B. J., Buhler, A. & Parra, L. J. (2016) Maltreatment in infancy: a developmental perspective on prevention and intervention. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(4) 366-386. doi: 10.1177/1524838016658878.
- Isumi, A. & Fujiwara, T. (2016) Association of adverse childhood experiences with shaking and smothering behaviors among Japanese caregivers. *Child abuse & neglect*, 57. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.05.002.
- Kelly, P., Thompson, J. M. D., Koh, J., Ameratunga, S., Jelleman, T., Percival, T. M., Elder, H. & Mitchell, E. A. (2017) Perinatal risk and protective factors for Pediatric Abusive Head Trauma: a multicenter case-control study. *Journal Pediatrics*, 187 240-246. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.04.058.
- Kemp, M.A. (2011) Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Archive of Disease in Childhood: Education and Practice*, 96 202-208. doi: 10.1136/adc.2009.170449.
- Leetch, A. M., Leipsic, J. & Woolridge, D. P. (2015) Evaluation of child maltreatment in the emergency department setting: an overview for behavioral health providers. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 24 41-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.09.006>.
- Lopes, N. R. L., Eisenstein, E. & Williams, L. C. A. (2013) Abusive head trauma in children: a literature review. *Jornal de Pediatria*, 89(5) 426-433. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.01.011.
- Lopes, N. R. L., Schelini, P. W., Williams, L. C. A., Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (*submetido*) The Attitudes towards an Infant Crying Scale: Validity evidence based on internal structure.

- Lopes, N. R. L. & Williams, S. C. A. (2016) Avaliação do conhecimento do Trauma Craniano Violento por pais brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2) 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32223> e32223.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual* (2nd ed.). Webster, NC: Psytec.
- Molnar, B. E., Goerge, R. M., Gilsanz, P. Hill, A. Subramanian, S. V., Holton, J. K., Duncan, D. T., Beatriz, E. D. & Beardslee W. R. (2016) Neighborhood-level social processes and substantiated cases of child maltreatment. 51 41-53. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.11.007.
- Nuño, M., Pelissier, L., Varshneya, K., Adamo, M. A. & Drazin, D (2015). Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 16 515-522. doi: 10.3171/2015.3.PEDS14544.
- Parks, S. E., Kegler, S. R., Annett, J. L. & Mercy, J. A. (2012) 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. *Injury Prevention*, 18 193-199. doi: 10.1136/injuryprev-2011-040128.
- Patrician, A. C. A., Rios, K. S. A. & Williams, L. C. A. (2013) Validade de critério do Inventário de Potencial de Abuso Infantil (CAP). *Paidéia*, 23(54) 43-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272354201306>.
- Piñon, E. A. (2008) Os maus-tratos de crianças e adolescentes na comunidade: o potencial de risco e os fatores sócio-comunitários associados (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Rios, K. S. A. (2010) Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP: adaptação transcultural, fidedignidade e validade para o Brasil (Tese de doutorado). Universidade de São Carlos, São Paulo, Brasil.
- Rios, K. S. A., Williams, L. C. A., Schelini, P. W., Bazon, M. R. & Piñon, E. A. (2013) Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP: evidências de validade e precisão.

- Avaliação Psicológica*, 12(1) 51-60. Acessado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n1/v12n1a08.pdf>.
- Ricci, L., Giantris, A., Merriam, P., Hodge, S. & Doyle, T. (2003) Abusive Head Trauma in Maine infants: medical, child, protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse & Neglect*, 27 271-283. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00006-1.
- Schnitzer, P. G. & Ewigman B. G. (2005) Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics*, 116(5) e687-e693. doi: doi/10.1542/peds.2005-0296.
- Scribano, P. V., Makoroff, K. L., Feldman, K. W. & Berger, R. P. (2013) Association of perpetrator relationship to abusive head trauma clinical outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 37 771-777. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.011.
- Selassie, A. W., Borg, K., Busch, C. & Russel, S. (2013) Abusive Head Trauma in Young children: a population based-study. *Pediatric Emergency Care*, 29(3) 283-291. doi: 10.1097/PEC.0b013e31828503ea.
- Sieswerda-Hoogendoorn, T., Bilo, R. A. C., Duurling, L. L. B. M. V., Karts, W. A., Maaskant, J. M., Aalderen, W. M. C. V. & Rijn, R. R. V. (2013) Abusive head trauma in young children in the Netherlands: evidence for multiple incidents of abuse. *Foundation Acta Paediatrica*, 102 e497-e501. doi: 10.1111/apa.12377.
- Stewart, T. C., Gilliland, J., Parry, N. G. & Fraser, D. D. (2015) An evidence-based method for targeting an abusive head trauma prevention media campaign and its evaluation. *Journal of trauma and acute care surgery*, 79(5) 748-755. doi: 10.1097/TA.0000000000000828.
- Tanoue, K. & Matsui, K. (2015) Difference between abusive head trauma and physical abuse in Japan. *Pediatrics International*, 57 845-848. doi: 10.1111/ped.12632.
- Tursz, A. & Cook, J. M. (2014) Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. *Pediatric Radiology*, 44(4) 641-646. doi: 10.1007/s00247-014-3097-7.

- Yamada, F. & Fujiwara, T. (2014) Prevalence of self-reported shaking and smothering and their associations with co-sleeping among 4-month-old infants in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 6485-6493. doi: 10.3390/ijerph110606485.
- Yaylaci, S., Dallar, Y., Sayar, Y., Tasar, M. A., Tiras, U., Tekin, D., Unlu, A., Ulukol, B., Beyaztas, F. Y., Butun, C., Ozum, U., et al (2016) Abusive Head Trauma in Turkey and impact of multidisciplinary team establishment efforts on case finding and management: preliminary findings. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 15 24-29. doi: 10.5152/eajem.2016.52386.

### **Considerações Finais**

O objetivo geral inicial do trabalho foi investigar fatores de risco para a ocorrência do TCV. Tal objetivo foi alcançado a partir da análise da literatura feita no primeiro artigo, onde foram descritos os fatores de risco observados pelas produções científicas na área. Também foi alcançado ao investigar os fatores relacionados com a ocorrência do trauma nos estudos de levantamento que compõem o segundo e o terceiro artigo. Nestes, foi possível detalhar quais dificuldades relativas aos conhecimentos, crenças, estratégias utilizadas nos cuidados com o bebê e percepções, rígidas muitas vezes, em relação ao comportamento e aparência da criança podem estar presentes em pais e cuidadores, aumentando o risco de perpetrarem o trauma. Ao mesmo tempo, foi possível observar algumas características das diferentes populações inseridas em classes econômicas e sociais de diferentes categorias.

Além disso, os estudos levantaram vários aspectos a serem abordados e trabalhados com pais e cuidadores em programas educativos de prevenção e intervenção. Entre eles estão: uma maior flexibilização das expectativas em relação à criança e a eles próprios como pais e cuidadores e, junto com isso, aumentar conhecimentos a respeito dos padrões de choro infantil, não esquecendo se tratar de uma fase passageira, com a finalidade de reduzir o estresse e frustração ao longo dos primeiros meses de vida da criança; conversar sobre possíveis estratégias utilizadas nos períodos em que a criança estiver chorando, não só para acalmar o choro da criança, mas também para identificar e manejar situações de estresse do cuidador, enfatizando que este também é um aspecto importante para que seja possível realizar tarefas de cuidados com a criança; e desmistificar crenças inadequadas para que o repertório de estratégias para lidar com o choro do bebê se expandam.

Ainda, o trabalho examinou quais variáveis estão relacionadas à ocorrência de TCV, tanto em classes socioeconômicas mais desfavorecidas como naquelas de maior poder aquisitivo. Considerando, no entanto, que a literatura descreve vastamente os fatores de risco presentes em

comunidades mais atingidas pela pobreza, esta dissertação vem contribuir para levantar hipóteses que expliquem a probabilidade de o TCV também acontecer em famílias mais abastadas economicamente. Aqui, além de o choro do bebê ser um gatilho para que ele seja sacudido, independentemente da classe socioeconômica em que esteja inserido (Barr, 2014; Tanoue & Matsui, 2015), também se refletiu a cerca de características de tais famílias que podem estar ligadas a lacunas nos conhecimentos em relação aos padrões de choro do bebê e que, portanto, podem potencializar a ocorrência do trauma. Entre elas estão o menor convívio com o bebê e, por consequência, menor número de experiências que proporcionem conhecimentos que poderiam ser adquiridos na prática, além das variadas fontes de informações disponíveis, as quais podem ser conflitantes entre si.

Por fim, também foram elencados alguns fatores de proteção presentes na literatura, os quais também podem fazer parte de programas de intervenção e prevenção incentivando a busca por hábitos saudáveis que reduzam o estresse do dia a dia (Lopes e Williams, 2016b) e que permitam uma gestação bem assistida (Brasil, 2013), assim como manter uma rede de apoio fortalecida (Lopes e Williams, 2016b). Os próprios programas de educação parental são importantes fatores de proteção (Lopes, 2017) e este estudo também vem propondo que estes sejam implementados de forma contínua e, para que isso aconteça, os profissionais de saúde que acompanham mães e pais gestantes e nos primeiros meses de vida do bebê também precisam estar capacitados (Lopes, 2017).

Assim, de modo geral, este trabalho pode contribuir para incrementar a produção científica acerca do Trauma Craniano Violento no Brasil, oferecendo novos dados a respeito dos fatores relacionados ao trauma, levantando hipóteses e apontando caminhos para novos estudos sobre esta temática.

Referências:

- Barr, R. G. (2014) Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatric Radiology*, 44(4) 559-564. doi: 10.1007/s00247-014-3100-3
- Lopes, N. R. L. (2017) Trauma Craniano Violento pediátrico: estratégias de avaliação e prevenção. Tese de Doutorado. São Carlos, SP. UFSCAR
- Lopes, N. R. L & Williams, S. C. A. (2016b) Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Initiatives: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse* 1-12. doi: 10.1177/1524838016675479
- Tanoue, K. & Matsui, K. (2015) Difference between abusive head trauma and physical abuse in Japan. *Pediatrics International*, 57 845-848. doi: 10.1111/ped.12632.



## Apêndices

Apêndice 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Trauma Craniano Violento (TCV): investigação da relação entre o conhecimento de pais sobre o TCV, o potencial de abuso infantil e o status socioeconômico familiar

**Pesquisador:** Ana Paula de Miranda Araújo Soares

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 77746417.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.325.404

#### Apresentação do Projeto:

Resumo:

O Trauma Craniano Violento é a consequência de uma forma de violência perpetrada contra crianças, majoritariamente aquelas menores de um ano de idade, comumente por seus pais e/ou cuidadores. Na tentativa de cessar o choro do bebê eles podem sacudi-lo violentamente e, assim, gerar prejuízos para a saúde da criança e para o seu desenvolvimento. Esta pesquisa, então, objetiva investigar a relação entre o conhecimento de pais a respeito do Trauma Craniano Violento e o potencial de abuso infantil destes com seus filhos, assim como a relação destas duas variáveis com os fatores socioeconômicos da família. Para tal, participarão 150 pais, na faixa-etária de 18 a 49 anos, de crianças em gestação ou de zero a 12 meses de vida. Serão utilizados os instrumentos Escala de Atitudes Frente ao Choro do Bebê para avaliar os conhecimentos dos pais referentes ao Trauma Craniano; o Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP para avaliar as características pessoais e de relações interpessoais que podem influenciar na emissão de comportamentos abusivos contra as crianças e o Questionário socioeconômico com a finalidade de investigar as características socioeconômicas destes pais. Os participantes serão recrutados em grupos de apoio a gestantes e puérperas e a coleta de dados se dará em local, data e horário a combinar com eles de acordo com sua disponibilidade em

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.325.404

município no interior do estado de São Paulo. Os dados serão analisados estatisticamente utilizando os artifícios da correlação e da regressão.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Investigar a relação entre o conhecimento de pais a respeito do Trauma Craniano Violento e o potencial de abuso infantil destes com seus filhos.

Objetivo Secundário:

Identificar se há relação entre o conhecimento de pais a respeito do TCV e o potencial de abuso infantil dos mesmos com seus filhos; verificar se há relação entre o status socioeconômico familiar e o conhecimento dos pais sobre o TCV e em que grau a primeira variável influencia a última; averiguar se há relação entre o status socioeconômico familiar e o potencial de abuso infantil destes pais para com seus filhos, assim como em que grau a primeira variável afeta a última.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Dentre os riscos aos quais os participantes da pesquisa estão sujeitos está o de exposição das identidades quando da divulgação dos dados da pesquisa às comunidades acadêmica e científica. Para evitá-lo, as identidades serão preservadas sendo eles identificados apenas por codinomes no ato da apresentação da pesquisa. Também, os participantes correm o risco de permanecer sem as informações pertinentes para a redução dos comportamentos de risco para a ocorrência do Trauma Craniano Violento. Para prevenir este risco, a pesquisadora se compromete em dar uma devolutiva do que foi observado durante a coleta logo após a sua finalização, juntamente com informações sobre o TCV, suas características, os comportamentos que podem ocasioná-lo, as suas consequências e o que pode ser feito para evitá-lo. Além disso, é possível que o participante se sinta cansado durante a aplicação dos instrumentos uma vez que estes são extensos. A pesquisadora, no entanto, desempenhará todos os esforços para que os participantes não sintam cansaço ou desconforto durante a coleta de dados e caso o participante opte por adiar ou suspender a coleta seu pedido será atendido. Ainda, é possível que o participante relate desconforto muito grande ao longo da coleta de dados ou após o seu término, uma vez que estará relatando situações pessoais as quais podem evocar emoções diversas. Tendo isto em vista, caso seja necessário, a pesquisadora e a equipe do LAPREV estão preparadas para acolhimento e breve intervenção a fim de garantir que não haverá maiores danos. Em

outra perspectiva, para a pesquisadora há o risco de incutir vieses na pesquisa a partir das

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.325.404

relações interpessoais e de vínculo formadas entre pesquisadora e participante. Para evitar este risco será mantido o distanciamento adequado entre participantes e pesquisadora. Outro risco corrido pela pesquisadora é o não aceite dos usuários para a participação na pesquisa. Para minimizar este risco, serão esclarecidos a importância da pesquisa, assim como os benefícios que a mesma pode trazer. Os objetivos e a metodologia utilizada também serão explanados e os direitos de sigilo e de preservação da identidade garantidos através da apresentação do TCLE. No entanto, nos casos em que a resposta dos usuários permanecer negativa, a sua vontade será respeitada.

**Benefícios:**

Os benefícios imediatos proporcionados aos participantes consistem em oportunizar o acesso às informações sobre o Trauma Craniano Violento, os comportamentos que podem ocasioná-lo, como o de sacudir a criança de forma violenta, e seus riscos à saúde e desenvolvimento da mesma. Isto pode reduzir a probabilidade destes comportamentos ocorrerem e, portanto, a incidência deste problema de saúde. Há também a possibilidade de reflexão sobre a parentalidade e de uma breve conversa com a pesquisadora sobre eventuais dúvidas que estes participantes venham a apresentar a respeito deste assunto. A longo prazo, considerando que estes pais podem difundir os conhecimentos adquiridos às demais pessoas de sua comunidade, os benefícios podem ter maior alcance minimizando, desta forma, comportamentos de risco e as consequências negativas do TCV em maior parcela da população. Esta pesquisa pode, ainda, beneficiar as equipes de saúde que a ela tiverem acesso, aprimorando sua prática e contribuindo para a redução da incidência de casos de TCV. Na ótica da pesquisadora, os benefícios se pautam na aquisição de conhecimento que fomentará sua prática em pesquisa e na vida profissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva sobre o Trauma Craniano Violento e o risco de ocorrência deste segundo o conhecimento do transtorno e status sócio econômico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão presentes todos Termos de apresentação obrigatória

**Recomendações:**

Aprovação

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.325.404

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há nenhuma pendência ou inadequação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_921964.pdf	12/09/2017 17:22:09		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	12/09/2017 17:01:27	Ana Paula de Miranda Araújo Soares	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	01/09/2017 14:57:08	Ana Paula de Miranda Araújo Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoPlataformaBrasil.pdf	01/09/2017 14:50:18	Ana Paula de Miranda Araújo Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPlataformaBrasil.pdf	01/09/2017 14:49:29	Ana Paula de Miranda Araújo Soares	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 10 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Apêndice 2: Carta de anuência da Santa Casa de São Carlos



## CARTA DE ANUÊNCIA

A direção do Departamento de Psicologia, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, autoriza a realização do projeto de pesquisa "Trauma Craniano Violento (TCV): investigação da relação entre o conhecimento de pais sobre o TCV, o potencial de abuso infantil e o *status* socioeconômico familiar", que será realizado sob responsabilidade da Mestranda Ana Paula de Miranda Araújo Soares, sob orientação da Profa. Dra. Rachel de Faria Brino do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. Estamos cientes que o projeto e os pesquisadores atendem plenamente o determinado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as diretrizes e normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

São Carlos, 02 de outubro de 2017

Juliana Fernandes Tedesco

Coordenadora do Centro Integrado de Humanização e Psicóloga  
Santa Casa São Carlos

Dr. Adriano Marinovic  
Vice-Diretor Técnico



Apêndice 3: Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos

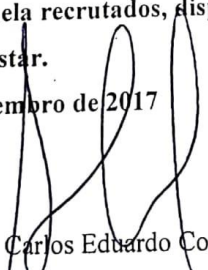
### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa de mestrado intitulado "**Trauma Craniano Violento(TCV) : investigação da relação entre o conhecimento de pais sobre o TVC,o potencial de abuso infantil e o status socioeconômico familiar**" apresentado pela pesquisadora, Ana Paula de Miranda Araújo Soares no Programa de Pós Graduação de Psicologia e que tem como objetivo principal investigar a relação entre o conhecimento de pais a respeito do Trauma Craniano Violento e o potencial de abuso infantil destes com seus filhos, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

**"Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.**

São Carlos, 25 de Setembro de 2017

  
Carlos Eduardo Colenci  
Secretário Municipal de Saúde de São Carlos

---

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

#### Apêndice 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Trauma Craniano Violento (TCV): investigação da relação entre o conhecimento de pais sobre o TCV, potencial de abuso infantil e o *status* socioeconômico familiar**”. O **objetivo** do estudo é investigar se, no Brasil, existe relação entre o grau de conhecimento de pais sobre o choro do bebê e como manejá-lo, o seu *status* socioeconômico e o potencial de maus-tratos destes em relação aos seus filhos. A **importância do estudo** reside em identificar se a falta de acesso ao conhecimento e o *status* socioeconômico familiar podem contribuir para a ocorrência de comportamentos que prejudiquem a saúde e o desenvolvimento da criança e, assim, dar subsídios para intervenções e prevenção de consequências negativas para a saúde da criança decorrentes destes comportamentos. Sua **participação é voluntária**, ou seja, você tem total liberdade para aceitar ou recusar participar da pesquisa e poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. A pesquisa será conduzida com mães e/ou pais no período de gestação ou após o parto da criança. Caso decida aceitar o convite, você responderá a três instrumentos. O primeiro deles é composto por 50 itens, com os quais você deve concordar ou discordar em graus diferentes, e tem por objetivo verificar o quanto você conhece sobre o choro do bebê e os cuidados com ele enquanto chora. O segundo é composto por 160 itens, com os quais você deve concordar ou discordar e tem por objetivo avaliar suas características pessoais e de relações interpessoais. O terceiro e último é composto por algumas perguntas relativas à sua renda e escolaridade e tem por objetivo identificar em qual classe econômica você se insere. Caso você se sinta cansado(a) ou opte por interromper a aplicação dos instrumentos, sua vontade será respeitada e poderemos retomar a pesquisa em outro momento. Se você não estiver mais interessado em participar da pesquisa, podemos suspendê-la quando você quiser. Ao final da sessão de coleta de dados, me comprometo a dar uma devolutiva dos dados coletados e de informações pertinentes a respeito do choro do bebê e formas de manejá-lo e sobre o que pode ser feito para evitar prejuízos para a saúde e desenvolvimento do bebê, assim, você pode compartilhar as informações que você recebeu aqui com as pessoas na sua comunidade contribuindo para a redução de problemas de saúde. Além disso, esse é um espaço onde você pode refletir sobre a parentalidade e podemos, inclusive, conversar brevemente sobre eventuais dúvidas que você tenha. Se você sentir um desconforto muito grande durante a pesquisa ou ao final dela, você pode me dizer. Eu e a equipe do Laboratório de Análise e Prevenção de Violência (LAPREV) estamos disponíveis e preparadas para lhe acolher e fazer uma breve intervenção se necessário. Os dados obtidos na pesquisa serão guardados em local seguro e, ao final da coleta de dados, os resultados serão

divulgados para a comunidade acadêmica e científica. Mas não se preocupe, todas as suas informações serão **sigilosas** e seu nome não será identificado em nenhum momento. A divulgação será feita de forma a não identificar os participantes. Se houver algum gasto por conta de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma cópia deste termo e qualquer informação adicional ou esclarecimentos sobre esta pesquisa poderão ser obtidos com a pesquisadora responsável Ana Paula Soares (e-mail: apmasoares@gmail.com, telefone: (16)997325522) e com a sua orientadora, Profa. Dra. Rachel Brino (e-mail: chelbrino@gmail.com).

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_  
concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Trauma Craniano Violento (TCV): investigação da relação entre o conhecimento de pais sobre o TCV, potencial de abuso infantil e o *status* socioeconômico familiar” consentindo que os instrumentos sejam aplicados, e os dados obtidos através deles sejam utilizados para análise e discussões acadêmicas e científicas. Compreendi os objetivos e como ela será realizada. Tirei minhas dúvidas. Recebi uma cópia deste documento, li e concordo em participar.

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## Apêndice 5: Escala de Atitudes Frente ao Choro do bebê



**LAPREV**  
 Laboratório de Análise e Prevenção da Violência  
 Universidade Federal de São Carlos  
 Departamento de Psicologia  
 Caixa Postal 676 13.565-905 São Carlos - SP  
 Fone: (16) 3351-8745 - Fax: (16) 3351-8357  
 www.ufscar.br/laprev



### Escala de Atitudes frente ao Choro do Bebê

#### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino

Estado Civil: [ ] Casado(a) [ ] Separado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Viúvo(a) [ ] Solteiro(a)

Número de Filhos: \_\_\_\_\_

Idade dos Filhos: \_\_\_\_\_

Quantos anos você estudou? \_\_\_\_\_

Qual sua renda familiar? \_\_\_\_\_

Qual sua profissão? \_\_\_\_\_

#### Instruções

Eu vou lhe entregar algumas folhas com várias frases.

Leia cada uma e faça um "X" no quadrado correspondente à sua opinião sobre a frase. Se não concordar com a frase, faça um "X" no número 1, que está acompanhado do menor círculo. Caso você concorde totalmente com a frase, marque o número 4, que está acompanhado do maior círculo.

Você pode marcar qualquer número/círculo: do 1 até o 4. Mas atenção: quanto menor o número (círculo) menos você concorda com a frase e, quanto maior o número (círculo), mais você concorda com a frase. Veja três exemplos:

#### Exemplo 1:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
	•	●	●●	●●●
A amamentação é importante para o desenvolvimento infantil.				X

No exemplo, a frase foi marcada, pela pessoa que respondeu, com o número 4 (maior círculo) porque ela concordava totalmente que a amamentação é importante para o desenvolvimento infantil.

Exemplo 2:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
	•	●	●	●
Toda mulher poderá amamentar seu bebê.	X			

No exemplo, a frase foi marcada com o número 1 (menor círculo) porque a pessoa que respondeu não concordava nenhum pouco que todas as mulheres podem amamentar seu bebê.

Exemplo 3:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
	•	●	●	●
Doar leite materno pode prejudicar a amamentação do bebê.			X	

No exemplo, a frase foi marcada com o número 2, indicando que a pessoa que respondeu concordava um pouco que doar leite materno pode prejudicar a amamentação do bebê.

Ao responder às questões é importante que você pense nos **primeiros meses de vida do bebê**, ou seja, do nascimento até o seu sexto mês de vida. É importante que saiba também que o termo “cuidador” se refere a pais, mães, padrastos, madrastas, babás ou qualquer pessoa que cuide de um bebê. Além disso, saiba que o termo “sacudir” se refere ao movimento de balançar a criança de forma violenta.

Por favor, leia todas as frases. É importante que você não deixe nenhuma em branco. Não se preocupe com acerto e erro, sua opinião é o que importa para nós. Se não entender alguma frase ou palavra, pergunte à pessoa que está aplicando o instrumento.



	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
	•	●	●●	●●●
1. Faz parte do desenvolvimento normal do bebê passar por um período em que ocorrem episódios de choro incontrolável e difícil de acalmar.				
2. O choro do bebê é sempre um indicador que ele está com dor.				
3. Carregar o bebê no colo algumas vezes ao longo do dia ajuda a diminuir a quantidade de choro do bebê.				
4. É importante para um cuidador que ele saiba algumas maneiras de se acalmar quando está nervoso.				
5. Assistir TV ajuda o cuidador a se acalmar quando se sentir nervoso com o choro do bebê.				
6. Sacudir um bebê faz com que ele vomite.				
7. O choro do bebê faz parte do desenvolvimento infantil normal.				
8. Nos primeiros meses de vida carregar o bebê no colo vai deixá-lo mimado.				
9. Quando o bebê estiver chorando muito, segurá-lo no colo ajuda a acalmá-lo.				
10. Dormir bem ajuda o cuidador a cuidar melhor do bebê.				
11. Ouvir música ajuda o cuidador a se acalmar quando se sentir nervoso com o choro do bebê.				
12. Sacudir um bebê faz com que ele fique ainda mais nervoso.				
13. Às vezes o choro do bebê ocorre sem nenhuma razão aparente.				

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
	•	●	●	●
14. Os pais deveriam saber cuidar sozinhos de seu bebê.				
15. Quando o bebê estiver chorando muito, andar com o bebê no colo ajuda a acalmá-lo.				
16. Praticar esportes ou exercícios físicos ajuda o cuidador a cuidar melhor do bebê.				
17. Ler um livro ajuda o cuidador a se acalmar quando se sentir nervoso com o choro do bebê.				
18. Sacudir um bebê causa deficiência visual ou cegueira.				
19. Às vezes o bebê não para de chorar, independente do que o cuidador faça.				
20. Alguns sons que são considerados barulho para nós, como o barulho do chuveiro ou da máquina de lavar, ajudam a acalmar o bebê.				
21. Quando o bebê estiver chorando muito, conversar com ele ajuda a acalmá-lo.				
22. Manter uma alimentação saudável ajuda o cuidador a cuidar melhor do bebê.				
23. Tomar um banho ajuda o cuidador a se acalmar quando se sentir nervoso com o choro do bebê.				
24. Sacudir um bebê causa deficiência física ou motora.				
25. Às vezes bebês choram mais de 5 horas ao longo do dia.				
26. Quando o bebê estiver chorando muito, coloca-lo em um lugar mais escuro ajuda a acalmá-lo.				

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
	•	●	●●	●●●
27. Quando o bebê estiver chorando muito, cantar para o bebê ajuda a acalmá-lo.				
28. É importante que o cuidador peça ajuda quando estiver se sentindo nervoso ou frustrado.				
29. Sacudir um bebê machuca seu cérebro.				
30. Bebês costumam chorar mais no fim da tarde e começo da noite.				
31. O cuidador irá mimar o bebê se der atenção a ele toda vez que ele chorar.				
32. Quando o bebê estiver chorando muito, levar o bebê para um passeio ao ar livre ajuda a acalmá-lo.				
33. É importante encontrar na casa um lugar em que o cuidador se sinta tranquilo.				
34. Sacudir um bebê faz com que ele tenha problemas para aprender no futuro.				
35. Quando o bebê estiver chorando muito, dar um banho no bebê ajuda a acalmá-lo.				
36. É importante que o cuidador saiba quando está ficando nervoso.				
37. Sacudir um bebê faz com que ele tenha convulsões.				
38. Quando o bebê estiver chorando muito, colocar uma música pra ele ajuda a acalmá-lo.				
39. É mais fácil se acalmar quando estamos menos irritados do que no calor desse sentimento.				

	<b>1 Discordo Totalmente</b>	<b>2 Discordo</b>	<b>3 Concordo</b>	<b>4 Concordo Totalmente</b>
	•	●	●●	●●●
40. O bebê fica machucado mais do que crianças mais velhas com uma sacudida.				
41. Quando o bebê estiver chorando muito, amamentar o bebê ajuda a acalmá-lo.				
42. Conversar com alguém sobre o bebê ajuda a cuidar dele.				
43. Sacudir um bebê causa sua morte.				
44. Quando o bebê estiver chorando muito, olhar o bebê nos olhos e beijá-lo ajuda a acalmá-lo.				
45. As emoções do cuidador influenciam o bebê.				
46. É importante responder ao bebê todas as vezes que ele chorar, ainda que não imediatamente.				
47. Nas primeiras semanas de vida, a maioria dos bebês acorda à noite para amamentar.				
48. Quando o cuidador cuida de si mesmo, está mostrando para a criança como ser egoísta.				
49. Sacudir um bebê causa deficiência auditiva ou surdez.				
50. Buscar atividades que façam o cuidador rir ajuda a lidar com o cuidado do bebê.				

Apêndice 6: Inventário de Potencial de Abuso Infantil – CAP

**Inventário CAP<sup>1</sup>**  
Joel Milner

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem ( ) Mas Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Número de filhos: \_\_\_\_\_ Maior nível educacional: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** O questionário seguinte incluem uma série de afirmações que podem ser aplicadas à você. Leia cada uma das afirmações e decida se você **CONCORDA** ou **DISCORDA** da afirmação. Se você concordar com a afirmação, circule **C** para concordo. Se você discorda da afirmação, circule **D** para discordo. Seja honesto quando dar suas respostas. Lembre-se de ler cada afirmação, é importante marcar todas as afirmações.

	Concordo	Discordo
1. Nunca sinto pena dos outros .....	C	D
2. Gosto de ter animais domésticos.....	C	D
3. Sempre fui saudável e forte .....	C	D
4. Gosto da maior parte das pessoas .....	C	D
5. Sou uma pessoa confusa .....	C	D
6. Não confio na maioria das pessoas .....	C	D
7. As pessoas esperam muito de mim.....	C	D
8. As crianças nunca deveriam se comportar mal .....	C	D
9. Fico frequentemente atrapalhado (a) .....	C	D
10. A gente pode bater numa criança desde que não fiquem marcas fortes .....	C	D
11. Sempre procuro ver o que está acontecendo com meu filho quando ele(a) chorando.....	C	D
12. Às vezes ajo sem pensar .....	C	D
13. Não se pode depender dos outros .....	C	D
14. Sou uma pessoa feliz .....	C	D
15. Gosto de fazer coisas com minha família .....	C	D
16. As meninas adolescentes precisam ser protegidas .....	C	D
17. Sinto raiva com frequência .....	C	D
18. Às vezes me sinto completamente sozinho(a) no mundo .....	C	D
19. Todas as coisas numa casa deveriam estar sempre no lugar.....	C	D
20. Às vezes me preocupo por achar que não consigo satisfazer as necessidades do meu filho .....	C	D

<sup>1</sup> Milner, J.S.(1986). *The Child Abuse Potential Inventory*. Manual (2a. Edição). Debalb, IL: Psytec. Tradução do Inventário CAP (*Child Abuse Potential Inventory*) mediante autorização do autor. Somente para uso interno.

	Concordo	Discordo
21. As facas são perigosas para as crianças .....	C	D
22. Frequentemente me sinto rejeitado (a) .....	C	D
23. Frequentemente me sinto sozinho (a) .....	C	D
24. Os meninos nunca deveriam aprender brincadeiras de menina .....	C	D
25. Frequentemente me sinto muito frustrado (a) .....	C	D
26. As crianças nunca deveriam desobedecer .....	C	D
27. Gosto de toda criança .....	C	D
28. Às vezes tenho medo de perder o controle.....	C	D
29. Às vezes eu queria que meu pai tivesse me amado mais .....	C	D
30. Tenho um filho(a) que é desajeitado .....	C	D
31. Sei qual é a maneira certa e errada de agir .....	C	D
32. Quando estou em casa gosto de manter as cortinas e janelas fechadas .....	C	D
33. O nascimento de um filho geralmente provoca problemas no casamento .....	C	D
34. Sempre sou uma pessoa boa .....	C	D
35. Nunca me preocupo com minha saúde .....	C	D
36. Às vezes me preocupo em não ter o suficiente para comer .....	C	D
37. Nunca quis magoar ninguém .....	C	D
38. Sou uma pessoa sem sorte .....	C	D
39. Geralmente sou uma pessoa quieta .....	C	D
40. As crianças são umas pestes .....	C	D
41. As coisas geralmente têm ido contra mim na vida .....	C	D
42. Pegar um bebê toda vez que ele chora o deixa mimado .....	C	D
43. Às vezes sou muito quieto(a) .....	C	D
44. Às vezes eu perco a cabeça .....	C	D
45. Tenho um filho(a) que é mau .....	C	D
46. Às vezes penso primeiro em mim .....	C	D
47. Às vezes sinto que não tenho valor.....	C	D
48. Meus pais não se preocupavam comigo de verdade .....	C	D
49. Às vezes fico muito triste .....	C	D
50. As crianças são na verdade pequenos adultos .....	C	D
51. Tenho um filho(a) que quebra as coisas .....	C	D
52. Frequentemente me sinto preocupado (a) .....	C	D
53. Não há problemas em deixar a criança com fralda suja por um tempo .....	C	D
54. Uma criança nunca deveria ser respondona .....	C	D
55. Às vezes meu comportamento é infantil .....	C	D

	Concordo	Discordo
56. Eu fico facilmente nervoso(a) .....	C	D
57. Às vezes tenho maus pensamentos .....	C	D
58. As pessoas precisam pensar primeiro em si mesmos .....	C	D
59. Uma criança chorona nunca será feliz .....	C	D
60. Nunca odiei outra pessoa .....	C	D
61. As crianças não deveriam aprender a nadar .....	C	D
62. Sempre faço o que está certo .....	C	D
63. Fico preocupado(a) freqüentemente .....	C	D
64. Tenho um filho(a) que fica doente com freqüência .....	C	D
65. Às vezes não gosto da minha forma de agir .....	C	D
66. Às vezes não cumpro todas as minhas promessas .....	C	D
67. As pessoas me causaram muita dor .....	C	D
68. As crianças deveriam ficar limpas .....	C	D
69. Tenho um filho(a) que se mete muito em encrencas .....	C	D
70. Nunca fico bravo(a) com os outros .....	C	D
71. Eu sempre me relaciono bem com os outros .....	C	D
72. Eu penso com freqüência no que tenho que fazer .....	C	D
73. Tenho dificuldade em relaxar .....	C	D
74. Hoje em dia a gente não sabe realmente com quem pode contar .....	C	D
75. Minha vida é feliz .....	C	D
76. Tenho uma deficiência física .....	C	D
77. As crianças deveriam ter roupa para brincar e roupa para sair .....	C	D
78. As outras pessoas não entendem como eu me sinto .....	C	D
79. Uma criança de cinco anos que molhe a cama é má .....	C	D
80. As crianças deveriam ficar quietas e escutar .....	C	D
81. Tenho vários amigos íntimos na minha vizinhança .....	C	D
82. A escola é a principal responsável pela educação da criança .....	C	D
83. Minha família briga muito .....	C	D
84. Tenho dores de cabeça .....	C	D
85. Fui maltratado ou abusado quando criança .....	C	D
86. Uma surra é o melhor castigo .....	C	D
87. Não gosto que as pessoas peguem ou toquem em mim .....	C	D
88. As pessoas que pedem ajuda são fracas .....	C	D
89. As crianças precisam de tomar banho antes de ir para a cama .....	C	D
90. Não rio muito .....	C	D



	Concordo	Discordo
91. Tenho vários amigos íntimos .....	C	D
92. As pessoas deveriam cuidar das suas próprias necessidades .....	C	D
93. Tenho medos que ninguém conhece .....	C	D
94. Minha família tem problemas em se dar bem uns com os outros .....	C	D
95. A vida parece ser freqüentemente sem sentido para mim .....	C	D
96. As crianças deveriam deixar de usar fraldas quando fizessem um ano de idade .....	C	D
97. Uma criança brincando numa poça d'água é uma cena alegre.....	C	D
98. As pessoas não me entendem .....	C	D
99. Sinto freqüentemente que não tenho valor .....	C	D
100. Outras pessoas tornaram minha vida infeliz.....	C	D
101. Eu sou sempre uma pessoa boa .....	C	D
102. Às vezes não sei porque eu ajo assim .....	C	D
103. Tenho muitos problemas pessoais .....	C	D
104. Tenho um filho(a) que se machuca com freqüência .....	C	D
105. Eu me sinto freqüentemente nervoso(a) .....	C	D
106. As pessoas às vezes se aproveitam de mim .....	C	D
107. Minha vida é boa .....	C	D
108. Uma casa deveria estar impecavelmente arrumada .....	C	D
109. Fico facilmente nervoso(a) com meus problemas.....	C	D
110. Nunca dou atenção a fofocas .....	C	D
111. Meus pais não me entendiam .....	C	D
112. Muitas coisas na vida fazem com que eu fique bravo(a) .....	C	D
113. Meu filho(a) tem problemas especiais .....	C	D
114. Não gosto da maioria das crianças .....	C	D
115. As crianças devem ser vistas e não ouvidas .....	C	D
116. A maioria das crianças são parecidas .....	C	D
117. É importante que as crianças leiam .....	C	D
118. Fico freqüentemente deprimido(a) .....	C	D
119. De vez em quando as crianças deveriam ser atenciosas com seus pais .....	C	D
120. Fico freqüentemente nervoso(a) .....	C	D
121- As pessoas não se relacionam bem comigo .....	C	D
122- Uma boa criança mantém seus brinquedos e roupas limpas e organizadas ...	C	D
123- As crianças sempre deveriam fazer seus pais felizes .....	C	D
124. É natural que uma criança às vezes seja respondona .....	C	D
125- Nunca sou injusto com os outros .....	C	D

	Concordo	Discordo
126. De vez em quando me agrada não ter que cuidar do meu filho .....	C	D
127. As crianças deveriam estar sempre limpas .....	C	D
128. Tenho um filho que é lerdo .....	C	D
129. Os pais devem castigar para controlar o comportamento de seu filho.....	C	D
130. As crianças nunca deveriam causar problemas .....	C	D
131. Geralmente castigo meu filho(a) quando ele(a) está chorando .....	C	D
132. As crianças necessitam de regras muito rigorosas .....	C	D
133. As crianças nunca deveriam ir contra as ordens de seus pais .....	C	D
134. Frequentemente me sinto melhor do que os outros .....	C	D
135. As crianças às vezes me tiram do sério .....	C	D
136. Quando eu era criança frequentemente ficava com medo .....	C	D
137. As crianças deveriam ser sempre quietas e educadas .....	C	D
138. Fico frequentemente nervoso(a) e sem saber porquê .....	C	D
139. Meu trabalho diário me deixa nervoso(a) .....	C	D
140. Às vezes tenho medo de que meus filhos não irão gostar de mim .....	C	D
141. Tenho uma boa vida sexual .....	C	D
142. Já li artigos e livros sobre cuidados de crianças .....	C	D
143. Frequentemente me sinto muito sozinho (a) .....	C	D
144. As pessoas não deveriam mostrar sua raiva .....	C	D
145. Sinto-me sozinho (a) frequentemente .....	C	D
146. Às vezes digo palavrões .....	C	D
147. Neste momento estou profundamente apaixonado (a) .....	C	D
148. Minha família tem muitos problemas .....	C	D
149. Nunca faço nada que seja ruim para minha saúde .....	C	D
150. Sempre estou feliz com o que tenho .....	C	D
151. As outras pessoas tornaram minha vida difícil .....	C	D
152. Rio um pouco quase todos os dias .....	C	D
153. Às vezes me preocupo com o fato de que minhas necessidades não serão satisfeitas .....	C	D
154. Sinto medo frequentemente .....	C	D
155. Às vezes ajo como um palhaço .....	C	D
156. As pessoas deveriam se ocupar de suas próprias vidas .....	C	D
157. Nunca levanto a voz quando estou com raiva .....	C	D
158. Quando era criança meus pais me batiam com força .....	C	D
159. Às vezes penso primeiro em mim do que nos outros .....	C	D
160. Eu sempre digo a verdade .....	C	D

## Apêndice 7: Questionário socioeconômico

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

SUS ( ) Plano de Saúde ( ) Particular ( )

Puérpera ( ) Gestante ( ) IG: \_\_\_\_\_

Posse de itens:

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer					

Grau de instrução:

Analfabeto a Fundamental 1 incompleto ( )

Fundamental 1 completo a Fundamental 2 incompleto ( )

Fundamental 2 completo a Ensino Médio incompleto ( )

Ensino Médio completo a Ensino Superior incompleto ( )

Ensino Superior completo ( )

Renda mensal familiar:

De 0 a 895 reais ( )

De 896 a 1.277 reais ( )

De 1.278 a 1.865 reais ( )

De 1.866 a 3.118 reais ( )

De 3.119 a 6.006 reais ( )

De 6.007 a 11.037 reais ( )