



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
MESTRADO ACADÊMICO
TURMA 2010

SUÉLEM MARIA SANTANA PINHEIRO

**ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS DE SUCÇÃO NO PRIMEIRO
ANO DE VIDA**

Feira de Santana/BA

2012

SUÉLEM MARIA SANTANA PINHEIRO

**ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS DE SUCÇÃO NO PRIMEIRO
ANO DE VIDA**

Dissertação apresentada ao colegiado do
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,
mestrado acadêmico, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Graciete Oliveira Vieira

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Técia Daltro Borges Alves

Feira de Santana/BA

2012

Catálogo-na-Publicação: Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Pinheiro, Suélem Maria Santana
P722a Aleitamento materno e hábitos de sucção no primeiro ano de vida / Suélem Maria Santana Pinheiro. – Feira de Santana - BA, 2012.
112 f.

Orientador: Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho.
Coorientadora: Profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira.
Coorientadora: Profa. Dra. Técia Daltro Borges Alves.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Aleitamento materno. 2. Amamentação. 3. Alimentação infantil. 4. Recém-nascido. I. Gomes Filho, Isaac Suzart. II. Vieira, Graciete Oliveira. III. Alves, Técia Daltro Borges. IV. Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. V. Título.

CDU: 613.953

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC**

ALEITAMENTO MATERNO E HÁBITOS DE SUCCÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Por:

SUÉLEM MARIA SANTANA PINHEIRO

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Profa. Dra. Simone Seixas da Cruz
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Feira de Santana, 20 de março de 2012

***Dar o peito é mais do
que dar leite,
Damos todo nosso
carinho, amor e
ternura,
Que nenhum biberão
ou chupeta,
Node substituir nesse
mundo***

***Lucia Gonçalves e
Sara (13,5 meses)***

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha infinita fonte de vida, agradeço por mais uma batalha vitoriosa, na luta maior que é a vida! “Pois d’Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre!” Rm 11:36.

Aos meus pais, Solange Santana Pinheiro e Rosalvo Santana Pinheiro, que me amaram, me educaram e me permitiram sonhar, desde a mais tenra idade, mostrando que os obstáculos viriam, mas poderiam ser superados pelo desejo de vencer.

Aos meus irmãos, Cosme, Reinaldo, Diego e Emmanuel, pois cada um, à sua maneira, representa um pedaço da minha existência.

Aos meus avós, João (in memoriam), Augusto (in memoriam) e Carmelita (in memoriam) e a vovó Hilda e Maria, pelo exemplo de vida que sempre transmitiram a mim. Também aos meus tios e primos agradeço por compreenderem as minhas ausências para cumprimento da jornada de atividades do mestrado, e por relevar as minhas amarguras nos numerosos momentos de angústia provenientes desse processo. “Brindo a casa, brindo a vida, meu amores, minha família!” (O Rappa).

Aos meus amigos, porque em cada olhar, em cada gesto e em cada palavra, me proporcionaram motivos para ir adiante. Agradeço em especial, à Tati, Helô, Clara e Talito, porque nos momentos oportunos souberam me dar asas... e eu alcei voo!! Vocês serão uma marca eterna em meu coração. Agradeço também a minha amiga Amanda, que não bastasse as inúmeras participações especiais em minha vida, me abriu as portas da sua casa e dividiu seu lar comigo durante grande parte desse processo “Amigo: um ser que a vida não explica” (Vinícius de Moraes).

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, todos os professores e funcionários, que partilharam comigo um pedaço de sua existência, seus valores e conhecimento.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho, cuja presença em minha vida foi nada menos que honrosa. A simplicidade com que nos transmite o conhecimento, só reafirma o grande homem e profissional que és. "As coisas mais simples da vida são as mais extraordinárias, e só os sábios conseguem vê-las" (Paulo Coelho).

À profa. Dra. Graciete Oliveira Vieira por ter me proporcionado a experiência esplêndida de trabalhar com esse projeto lindo, que é a coorte de nascidos vivos de Feira de

Santana. Espero que os resultados deste trabalho estejam à altura da nobreza dessa pesquisa e de seus participantes.

À profa. Dra. Técia Daltro Borges Alves, que apesar das dificuldades enfrentadas durante esse período, soube dividir sua atenção com minhas necessidades de aprendizado, inclusive na experiência de Estágio Docência, fazendo-me refletir sobre a *práxis* do ser educador.

Ao querido e admirado prof. Dr. Nelson Fernandes de Oliveira, que transforma a estatística num ir e vir de descobertas ao alcance de todos! Seu apoio e dedicação durante toda a fase de planejamento e análise de dados foi fundamental, para que este trabalho fosse concluído com êxito.

À banca de qualificação, prof. Dr. Eduardo Mota e profa. Dra. Simone Seixas, pelas ricas contribuições ao projeto de pesquisa dessa dissertação, que possibilitaram uma maior clareza do objeto de estudo e desenho metodológico.

À Tatiana Oliveira Vieira, pelos momentos que se fez presente nessa minha caminhada, sempre disponível às minhas dúvidas, de forma desprendida e solidária!

Finalmente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, para que o caminhar na pós-graduação *stricto sensu* fosse possível. “Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida” (Confúcio).

APRESENTAÇÃO

Em 2004, iniciou-se o seguimento de uma coorte de nascidos vivos, na cidade de Feira de Santana, com vistas ao desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Incidência e fatores de risco para mastite em lactantes atendidas em hospitais credenciados ou não como Amigos da Criança”**. Esta investigação tem como pesquisadora responsável a professora Dra. Graciete Oliveira Vieira, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

A pesquisa inicial da coorte teve seguimento até as crianças alcançarem 180 dias e, posteriormente, o acompanhamento das mesmas foi empreendido, com base numa nova investigação intitulada **“Efeitos do desmame sobre o hábito alimentar e o crescimento infantil”**, a qual se iniciou em 2006 e perdura até os dias atuais.

Em 2010, com a inserção do prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho, tem início uma nova linha de estudos dentro da coorte, a partir da investigação das primeiras variáveis concernentes à saúde bucal. Nesse âmbito, surge essa dissertação do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que apresenta uma nova contribuição científica com os dados oriundos da coorte.

Visto que o estudo de aspectos referentes à epidemiologia da saúde bucal foi agregado ao seguimento dos indivíduos da coorte, já se planeja a realização de exame bucal, para obtenção dos primeiros conhecimentos referentes às condições bucais das crianças em acompanhamento.

Esta dissertação de mestrado enfoca o estudo do aleitamento materno e hábitos de sucção em crianças. Os resultados seguem organizados sob a forma de um artigo científico, intitulado **“Aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta em crianças - um estudo de coorte”**, o qual possui cunho analítico, e busca elucidar as relações que se estabelecem entre o aleitamento materno exclusivo e o uso de chupeta aos doze meses. Tal estudo traz avanços à literatura científica referente à temática, visto que a maior parte dos estudos publicados possuem desenhos transversais e caso-controle. Assim, este artigo será submetido ao periódico *Pediatrics - Official Journal of the American Academy of Pediatrics*.

Por fim, essa dissertação de mestrado pretende contribuir com a epidemiologia da saúde bucal, a partir de estudos de possíveis fatores causais de alterações na anatomia e funções do sistema estomatognático, apoiando-se em dados coletados numa cidade do semi-árido baiano, considerada a segunda maior do estado da Bahia.

RESUMO

O aleitamento materno é uma prática singular na infância, para alcance da saciedade nutricional e emocional. Esta última, na fase oral, é condicionada à boca, considerada erotogênica por ser a primeira área de controle da criança. Assim, quando a prática de aleitamento materno não ocorre de forma satisfatória, a criança recorre a outros mecanismos para saciar seu impulso de sucção, passando a desenvolver hábitos de sucção não nutritiva. **Justificativa:** O impacto destes hábitos sobre o sistema estomatognático culmina na instalação de alterações morfo-funcionais, sobre mastigação, deglutição, fonação e respiração, contribuindo para anormalidade no crescimento facial, no posicionamento dentário e desenvolvimento de oclusopatias. Assim é válido evidenciar seus fatores condicionantes, para intervenção sobre os mesmos. **Objetivo:** Estimar a associação entre aleitamento materno exclusivo, até 4 e 6 meses, e hábito de sucção de chupeta aos 12 meses. **Método:** Este trabalho faz parte de uma coorte de nascidos vivos da cidade de Feira de Santana-BA, Brasil, e utilizou dados referentes a 1037 crianças acompanhadas até os 12 meses de vida. A coleta de dados procedeu-se com formulário construído em 4 etapas, aplicadas conforme idade da criança. A investigação alimentar, com recordatório de 24 horas, subsidiou a divisão da amostra em 4 grupos: Grupo com aleitamento materno exclusivo, Grupo com aleitamento materno predominante, Grupo com aleitamento materno complementado e grupo sem amamentação. Além disso, as crianças foram classificadas de acordo com a presença ou ausência do hábito de sucção de chupeta. Os resultados foram analisados de forma descritiva. Posteriormente, o Teste Qui-quadrado de Pearson, Risco Relativo e Intervalo de Confiança foram empregados para mensurar as diferenças entre grupos. E, finalmente, empregou-se análise estratificada e multivariada para tratamento de potenciais co-variáveis intervenientes e confundidoras. **Resultados:** Os resultados são apresentados sob a forma de artigo científico intitulado “**Aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta em crianças - um estudo de coorte**”. Mostraram que o risco de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi maior em crianças sob aleitamento materno complementado (1,68 vezes e 1,43 vezes) e naquelas sem amamentação (2,67 vezes e 3,30 vezes), tanto até 4 quanto 6 meses de vida, respectivamente, quando comparado ao daquelas crianças sob aleitamento materno exclusivo. Esses resultados, estatisticamente significantes, foram obtidos após ajuste para *cor materna*, *número de consultas no pré-natal* e *renda familiar*. **Conclusão:** A não realização de aleitamento materno foi um fator de risco para hábito de sucção de chupeta, ao passo que o aleitamento materno exclusivo, exerceu papel protetor contra o mesmo.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Chupeta; Epidemiologia.

ABSTRACT

Breastfeeding is a unique practice in childhood, to reach nutritional and emotional satiety. The latter, at the oral phase, is subject to the mouth, considered as the first erotogenic area of the child control. Thus, when the practice of breastfeeding does not occur in a satisfactory manner, the child uses other mechanisms to satisfy their urge to suck, started developing sucking habits. **Rationale:** The impact of these habits on the stomatognathic system culminates in the installation of morpho-functional alterations, on chewing, swallowing, phonation and breathing, contributing to abnormalities in facial growth, positioning and development of dental malocclusion. So it is valid to show their conditioning factors for action on them. **Objective:** To estimate the association between exclusive breastfeeding until 4 and 6 months, and pacifier sucking habit at 12 months. **Method:** This study is part of a cohort of newborns in the city of Feira de Santana, Bahia, Brazil, and used data from 1037 children followed until 12 months of life. Data collection proceeded with built form in 4 steps, applied according to the child's age. The sample was divided into four groups, according to food investigation, with 24-hour recall: Group with exclusive breastfeeding, predominant breastfeeding Group, Group with complementary breastfeeding and no breastfeeding group. In addition, children were classified according to presence or absence of pacifier sucking habit. The results were analyzed descriptively. Subsequently, the Chi-square test, relative risk and confidence interval were used to measure differences between groups. And finally, stratified analysis and multivariate analyzes were used for potential treatment of modifiers and confounders co-variables. **Results:** The results are presented in the form of a scientific paper entitled "Exclusive breastfeeding and pacifier sucking habits in children - a cohort study." They showed that the risk of pacifier sucking habit at 12 months of age was higher in children on complementary breastfeeding (1.68 times and 1.43 times) and those without breastfeeding (2.67 times and 3.30 times), both up to 4 and 6 months, respectively, when compared to those infants under exclusive breastfeeding. These results, statistically significant, were obtained after adjustment for maternal color, number of pre-natal consultations, and family income. **Conclusion:** The non-realization of breastfeeding was a risk factor for pacifier sucking habit, in contrast to exclusive breastfeeding, which exerted a protective role against the sucking habit.

Keywords: Breastfeeding; Pacifier; Epidemiology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ALEITAMENTO MATERNO	15
2.1.1 Fisiologia da lactação.....	15
2.1.2 Benefícios.....	16
2.1.3 Fatores relacionados à prática	18
2.2 HÁBITOS DE SUCÇÃO.....	19
2.2.1 Definição	20
2.2.2 Fatores associados	20
2.2.3 Prejuízos causados pelos hábitos de sucção	25
2.3 ALEITAMENTO MATERNO COMO FATOR ASSOCIADO AO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS DE SUCÇÃO.....	27
3 OBJETIVO	36
4 HIPÓTESES	37
5 SOBRE A COORTE	38
5.1 LOCAL DE ESTUDO	38
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	39
5.2.1 População de referência e tamanho da amostra	39
5.2.2 Critérios de inclusão.....	39
5.2.3 Critérios de exclusão	40
5.2.4 Seleção dos participantes	40
5.3 COLETA DE DADOS.....	41
5.3.1 Formulários de coleta.....	41
5.3.2 Treinamentos dos entrevistadores	42
5.3.3 Plano Piloto	42

5.4 FASES DA COORTE.....	43
5.4.1 Formulário de Coleta – Parte I.....	43
5.4.2 Formulário de Coleta – Parte II.....	43
5.4.3 Formulário de Coleta – Parte III.....	44
5.4.4 Formulário de Coleta – Parte IV.....	44
5.4.5 Formulário de Coleta – Parte V.....	44
5.4.6 Formulário de Coleta – Parte VI.....	45
5.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	45
5.6 PERDA DE PARTICIPANTES.....	45
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5.8 VANTAGENS E LIMITAÇÕES.....	47
6 METODOLOGIA.....	48
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	48
6.2 AMOSTRAGEM.....	48
6.2.1 Tamanho da amostra.....	48
6.2.2 Seleção dos participantes.....	49
6.3 SELEÇÃO DOS DADOS.....	49
6.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	49
6.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	51
6.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
6.7 MODELO EXPLICATIVO.....	53
Modelo 1: Modelo explicativo utilizado para o estudo da associação entre aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta, em crianças de um ano.....	53
7 RESULTADOS.....	54
Artigo: “Aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta em crianças - um estudo de coorte”.....	54
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	94

APÊNDICES	102
APÊNDICE A – 1ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: INQUÉRITO HOSPITALAR	102
APÊNDICE B – 2ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: 1ª VISITA DOMICILIAR (1 MÊS DE VIDA)	104
APÊNDICE C – 3ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: 2º, 3º, 4º e 5º MÊS DE VIDA	106
APÊNDICE D – 4ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: 6º, 9º, 12º E 18º MÊS DE VIDA	108
APÊNDICE E – 1º PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	110
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
APÊNDICE G – 2º PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	112

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, muitas discussões têm sido empreendidas, no intuito de evidenciar os benefícios do aleitamento materno para o crescimento e desenvolvimento da criança e o tempo satisfatório de duração dessa prática alimentar (GIUGLIANI, 1994; GIUGLIANI, 2000; WHO, 2001; ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003; EDMOND et al., 2006; ANTUNES et al., 2008; BRASIL, 2009b; DUIJTS *et al*, 2010).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS), diante de muitas evidências apontadas pela comunidade científica, recomendou a realização de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, com adição de alimentos complementares apropriados após esse período sem, no entanto, interrompê-lo até os dois anos, sendo esta estratégia reiterada pelas autoridades nacionais (WHO, 2001; BRASIL, 2009b).

No Brasil, a análise dos indicadores de aleitamento materno, em 2009, segundo parâmetros propostos pela OMS, demonstrou que todas as capitais federativas tiveram prevalência de aleitamento na primeira hora de vida, considerada boa (50-89%); prevalência do aleitamento exclusivo em menores de seis meses ruim (12-49%), em vinte e três capitais, e boa (50-89%) em apenas quatro (Belém, Campo Grande, Distrito Federal, Florianópolis), e duração mediana do aleitamento muito ruim (0-17 meses), em vinte e seis capitais, e ruim (18-20 meses) em uma capital. O confronto com informações, referentes ao ano de 1999, evidenciou aumento de um mês na duração mediana do aleitamento materno exclusivo, e aumento de um mês e meio na duração mediana do aleitamento materno (BRASIL, 2009a).

Muitos autores têm demonstrado potenciais benefícios, que podem não ser desfrutados ante a ausência de uma prática adequada de aleitamento (GIUGLIANI, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; ANTUNES et al., 2008; TOMA; REA, 2008). Na Odontologia, por sua vez, estudos têm apontado evidências de que quando a criança não satisfaz seu impulso de sucção por meio do aleitamento materno, recorre a outros mecanismos para fazê-lo, passando a realizar sucção de chupeta, dedos, língua e outros objetos (CASTILHO; ROCHA, 2009). Em contrapartida, o uso de bicos artificiais, como de mamadeira ou chupeta, tem demonstrado potencial interferência sobre a prática do aleitamento materno (SOARES et al., 2003; BRASIL, 2009b).

No âmbito nacional, o uso de bicos artificiais em menores de um ano foi investigado por meio da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e

Distrito Federal, em 2008, verificando uma prevalência de 58% de uso de mamadeira. Na região Sudeste, verificou-se a maior prevalência (60%), seguido do Nordeste (60%), Sul (57%), Centro-oeste (52,1%) e, por último, com a menor prevalência, o Norte (50%) (BRASIL, 2009a).

No tocante ao uso de chupeta em crianças entre zero e doze meses, a prevalência nacional foi de 42,6%, verificando-se maior prevalência na região Sul (53,7%), seguido do Sudeste (50,3%), Nordeste (43,6%), Centro-oeste (35,3%) e, por último, com menor prevalência, o Norte (25,5%). A comparação com dados de 1999 demonstrou declínio nas prevalências do uso de chupeta em todo o país, com destaque para o Norte que vislumbrou uma queda de 16,4 pontos percentuais (BRASIL, 2009a).

Diante dos números trazidos, que apontam para a marcante presença dos hábitos de sucção, em todo o país, é importante atentar-se aos potenciais efeitos deletérios estabelecidos por essa prática, sobretudo diante das representações que permeiam tais hábitos, e principalmente o uso de chupeta. Esse objeto além de ser profundamente arraigado na cultura de muitos povos, pelo potencial de produzir calma na criança, tem sido associado à redução de Síndrome de Morte Súbita Infantil (SEXTON; NATALE, 2009).

Nesse sentido, estudos têm verificado que os hábitos de sucção não nutritiva, na dependência de frequência, duração e intensidade (GRABER, 1973), estão associados ao aparecimento de oclusopatias¹, em consequência das alterações que podem provocar nas estruturas e funções orofaríngeas, com potenciais repercussões morfofuncionais no sistema estomatognático (EMMERICH et al., 2004; PERES et al., 2007; DUNCAN et al., 2008). As oclusopatias, além de produzir desconforto estético-funcional, podem contribuir para o aumento da perda dentária, tanto pelo aumento na incidência de cárie quanto de doença periodontal.

O último levantamento nacional de saúde bucal (SB Brasil 2010) estima que em termos absolutos, cerca de 230 mil crianças, em idade de 12 anos, além de 1,7 milhões de adolescentes tem necessidade de realizarem intervenções ortodônticas, constituindo-se em prioridade em termos de saúde pública (BRASIL, 2010). Diante da pouca difusão da realização de intervenções ortodônticas, no Brasil, sobretudo ante a ausência de recursos financeiros e do custo que demanda um tratamento dessa natureza, é válido o incentivo à

¹ As oclusopatias são entendidas como alterações anormais do crescimento e desenvolvimento, manifestadas nos ossos maxilares, dentes e músculos associados, que incorrem em desvios de oclusão e, conseqüentemente, alteram a dinâmica das funções de mastigação e fonação, além de produzir desarmonias estéticas nos dentes e face (Simões, 1978).

realização de práticas que previnam a instalação de oclusopatias (PINHEIRO; SOUZA, 2009).

Diante do exposto, apesar de diversos estudos buscarem evidenciar a associação entre prática de aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva (VICTORA et al., 1997; SOARES et al., 2003; CASTILHO; ROCHA, 2009), os resultados não apontam para uma conclusão definitiva, pelas divergências nos seus resultados. Alguns autores apontam para a existência de associação (BRAGHINI et al., 2001; OLIVEIRA; SOUZA; CHIAPPETTA, 2006), outros para a não existência (ALBUQUERQUE et al., 2010) e outros apontam a associação apenas para a sucção de chupeta (HERINGER et al., 2005; HOLANDA et al., 2009; MOIMAZ et al., 2010). Essas divergências se acentuam ainda mais pela diversidade de abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas, que retratam as variáveis envolvidas na associação de diferentes maneiras, dificultando a comparação de resultados.

Por fim, merecem destaque as evidências científicas que apontam para uma direção de causalidade, na qual a deficiência do aleitamento materno estaria associada aos hábitos de sucção não nutritiva. Nesse caso, alguns autores consideram que o desenvolvimento de tais hábitos representa um marcador de que o aleitamento materno não se encontra em sua forma plena. Assim, é válido atentar-se para este fato e dispensar maior rigor metodológico ao verificar associação entre essas duas variáveis (SOARES et al., 2003; COLLINS et al., 2004; CUNHA; LEITE; MACHADO, 2005). Nesse quesito, merece destaque o esforço de Victora e outros (1997), que em seu estudo tratou “aleitamento materno” e “sucção não nutritiva” com possibilidades de relação de causa, consequência ou coincidência.

Nesse contexto, aponta-se o seguinte questionamento: Existe associação entre aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta em crianças? Diante disso, o objetivo deste estudo de coorte é verificar se esta associação é válida e sob que condições ela se materializa. Este é um passo fundamental para evidenciar as estratégias e intervenções necessárias para dirimir ou atenuar os prejuízos e impactos advindos dessa provável cadeia causal, sobretudo diante do cenário epidemiológico apresentado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ALEITAMENTO MATERNO

A OMS estabeleceu importantes conceitos sobre o aleitamento materno, que são adotados no mundo e reiterados pelas autoridades nacionais de saúde (WHO, 2007; BRASIL, 2009b). Segundo essa organização as definições correspondem a:

- **Aleitamento materno:** oferta de leite materno à criança, tanto da mama quanto ordenhado, podendo a mesma receber ou não outros tipos de alimentos.
- **Aleitamento materno exclusivo:** é caracterizado quando a criança recebe apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra mulher, sem uso de outros alimentos sólidos ou líquidos, exceto xaropes de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante:** aquele, no qual, a criança recebe leite materno juntamente com outros líquidos, tais como água, chás, infusões, sucos de frutas e fluidos rituais. No entanto, não recebe nenhum outro leite.
- **Aleitamento materno complementado:** nele a criança recebe leite materno, alimentos semi-sólidos e sólidos, no entanto os demais alimentos recebidos têm o caráter complementar e não substitutivo.
- **Aleitamento materno misto:** a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

2.1.1 Fisiologia da lactação

A composição do leite materno é semelhante para a maioria das mulheres, e a quantidade liberada corresponde, em média, a 100 ml por dia nos três primeiros dias pós-parto. Após o quarto dia de vida da criança, a quantidade de leite produzida pode chegar a 600 ml, com grande parte da produção concomitante à mamada da criança (BRASIL, 2009b).

Dois hormônios produzidos pela hipófise possuem um papel preponderante na lactação. A prolactina, derivada da hipófise anterior (adeno-hipófise), participa do processo de

produção do leite, através da indução de células alveolares da mama, por outro lado, a ocitocina, hormônio produzido pela hipófise posterior (neuro-hipófise), facilita a expulsão do leite do alvéolo mamário (MELLO-JÚNIOR; ROMUALDO, 2010).

O processo de lactação, mediado por essas duas substâncias, é estimulado por fatores como sucção do seio pela criança estímulos visuais, olfativos, emocionais, além do choro da criança, que também eleva a produção desse hormônio. Por outro lado, essa cadeia é inibida por estresse, desconforto, ansiedade e insegurança, entre outros. Nesse sentido, quanto maior a frequência e duração da mamada da criança, maior será o estímulo para produção do leite materno, que em geral é sempre mais abundante que a necessidade da criança. Por outro lado, quando a mama não é esvaziada, fatores mecânicos e químicos inibem a produção de leite (BRASIL, 2009b).

2.1.2 Benefícios

No nascimento, a criança passa por uma experiência de separação física da mãe, visto que se tem a secção do elo, representado pelo cordão umbilical. Nesse sentido, o aleitamento materno constitui-se num mecanismo de manutenção da ligação com a mãe, numa espécie de cordão umbilical externo, através do qual seu corpo continua gerando vida à criança (ANTUNES et al., 2008). Assim, essa prática social contribui para consolidação de vínculos de afetividade e responsabilidade entre mãe e filho (GIUGLIANI, 1994; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; TOMA; REA, 2008), e é potencialmente capaz de influenciar o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo do indivíduo (GIUGLIANI, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; ANTUNES et al., 2008; TOMA; REA, 2008).

O leite materno configura-se como alimento ideal, ante a sua composição nutricional, baseada em calorias, lipídios, proteínas, lactose e vitaminas. Dessa forma, possui as características necessárias ao correto funcionamento das funções orgânicas, crescimento e desenvolvimento da criança (GIUGLIANI, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

Muitos efeitos benéficos são atribuídos à prática do aleitamento materno e usados como argumentação para sustentar as políticas de incentivo à mesma. Semelhantemente, os riscos do não aleitamento têm ocupado um espaço considerável nas investigações científicas, também contribuindo para estimulação da amamentação (ANTUNES et al., 2008).

Ademais, o aleitamento iniciado precocemente, logo nas primeiras horas de nascimento, foi associado com a redução da mortalidade neonatal, por Edmond e outros (2006), num estudo pioneiro, no qual acompanhou, durante 12 meses, 11.316 crianças residentes em quatro distritos rurais de Gana, nascidas entre 2003 e 2004. Além disso, a redução da mortalidade pós-neonatal também tem encontrado associação com a prática do aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000; ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; TOMA; REA, 2008).

Existem também evidências de que o aleitamento materno contribui para redução de doenças infecciosas, principalmente quando o mesmo for praticado exclusivamente nos primeiros seis meses de vida, destacando-se aquelas presentes no aparelho respiratório e aparelho gastrintestinal, como a diarreia (GIUGLIANI, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003; TOMA; REA, 2008; DUIJTS et al., 2010; MELO et al., 2010), além de oferecer proteção contra doenças alérgicas (GIUGLIANI, 1994; FERREIRA; COELHO; TRINDADE, 2007). Essa propriedade do leite materno se deve a natureza de sua composição, baseada em substâncias imunorreguladoras, como imunoglobulinas A, D, E, G, M, lactobacilos, lisozimas, e elementos celulares, como neutrófilos, linfócitos, macrófagos e granulócitos (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

A prática de aleitamento materno tem intrínseca relação com a saciedade da necessidade de sucção, peculiar às crianças em fase oral de desenvolvimento, contribuindo para o equilíbrio emocional das mesmas. Em contraposição, as crianças que não saciam seus impulsos orais por meio do aleitamento possuem maior probabilidade de recorrerem a outros mecanismos para tal, o que muitas vezes resultará na sucção de dedo, chupeta e outros objetos. Ainda nesse aspecto, outra contribuição atribuída à prática do aleitamento materno, principalmente em virtude dos movimentos proporcionados pela fisiologia da mesma, é o desenvolvimento das estruturas faciais de forma satisfatória, o que se expressa por meio de dimensões ósseas e bucais adequadas, equilíbrio muscular labial e lingual, além do desenvolvimento correto das articulações têmporo-mandibulares (SILVA, 2006; ANTUNES et al., 2008).

Para a fase adulta, a presença do aleitamento materno está relacionada à redução de risco para diversas morbidades, dentre as quais se podem citar as doenças cardiovasculares e o diabetes tipo II (GIUGLIANI, 1994; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; ANTUNES et al., 2008).

Para além dos benefícios já enumerados, vislumbram-se as benesses sociais e econômicas advindas da prática do aleitamento materno, como redução de gastos com

mamadeira, leite, bicos, visitas ao médico, hospitalizações e consumo de medicamentos devido a doenças comuns em crianças não amamentadas. Destaca-se também a redução da ausência dos pais no trabalho, por doença da criança (GIUGLIANI, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

2.1.3 Fatores relacionados à prática

Neste cenário, reflexões têm sido elucidadas no tocante aos fatores que contribuem para a baixa adesão à prática de aleitamento materno. Tem sido proposto que a significação do aleitamento para a mulher ultrapassa a determinação biológica, e está profundamente arraigada na herança sociocultural, construída por uma transmissão de valores entre diferentes gerações (GIUGLIANI, 2000; ANTUNES et al., 2008).

Dentre os aspectos que tem demonstrado interferir na dinâmica do aleitamento destaca-se a falta de experiência (DEWEY et al., 2003; ANTUNES et al., 2008), impedimento da realização das atividades habituais (ANTUNES et al., 2008), interferências externas de familiares ou amigos (ANTUNES et al., 2008), falta de apoio de profissionais de saúde (ANTUNES et al., 2008), trabalho materno fora de casa (GIUGLIANI, 2000; ANTUNES et al., 2008; BRASIL, 2009b; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; CASTRO *et al*, 2009), solidão da mulher (ANTUNES et al., 2008) e necessidade de apoio para realizar o aleitamento (ANTUNES et al., 2008).

Outros fatores que também tem mostrado interferência no aleitamento envolvem a baixa escolaridade materna (GIUGLIANI, 1994; BRASIL, 2009b, CASTRO et al., 2009), idade materna (BRASIL, 2009b), conceito materno que o tempo ideal de aleitamento é inferior a 12 meses, ausência de prática de aleitamento materno exclusivo na maternidade, ausência de alojamento conjunto na maternidade, dificuldade de amamentar nos primeiros dias pós-parto, sobretudo na primeira semana de vida da criança (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009), problemas relativos à mama (GIUGLIANI, 2000), peso de nascimento e sexo da criança (VICTORA et al., 1997), parto cesariano (DEWEY et al., 2003; WEIDERPASS et al., 1998) e o baixo peso ao nascer (DEWEY et al., 2003; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

É nesse âmbito, que se torna relevante formular políticas, estratégias e programas de promoção e proteção do aleitamento materno, que levem em conta os determinantes

biológicos, sociais e culturais que interferem nessa prática e a forma como os mesmos se distribuem nas coletividades. Observar tais fatores contribui para que as ações desenvolvidas apresentem eficiência e efetividade, possibilitem mudanças positivas nos indicadores de aleitamento e a materialização dos benefícios advindos da condução desta prática (GIUGLIANI, 1994; GIUGLIANI, 2000; ANTUNES et al., 2008; BRASIL, 2009b). Semelhante importância deve ser dada à avaliação dessas ações, possibilitando dirimi-las ou reconfigurá-las, de forma a atribuir maior resolubilidade às mesmas, o que é possível de ser verificado na revisão da literatura conduzida por Toma e Rea (2008).

2.2 HÁBITOS DE SUCÇÃO

A sucção está presente nas fases mais iniciais da vida, e alguns pesquisadores a consideram uma característica peculiar de todos os mamíferos recém-nascidos (ANDRADE; GARCIA, 1998). Em muitas situações, dentro do ambiente intrauterino, esse comportamento já é manifestado pelo indivíduo (TENÓRIO et al., 2005), o que reitera a sua característica inata. Freud, na sua teoria do desenvolvimento psicosssexual humano, considera que a primeira fase constitui-se na denominada fase oral, que perdura por volta de dois anos, quando acontece o desmame e a criança atravessa para a segunda fase, a anal. Na fase oral, o impulso pelo prazer corresponde à região oral, considerada erotogênica, por ser a primeira área de controle da criança (FREUD, 1905).

Nesse sentido, a sucção é considerada um reflexo primordial para a sobrevivência do recém-nascido, pois contribui para o desenvolvimento de hábitos normais, como a nutrição infantil, o desenvolvimento emocional e a maturação do sistema estomatognático (FINN, 1976). Assim, o aleitamento materno assume um papel singular durante a fase oral da criança, uma vez que compete para a nutrição e para a satisfação da necessidade de sucção da mesma, que contribui para sua satisfação emocional (CASTILHO; ROCHA, 2009). Além disso, a força exercida durante o aleitamento no seio materno, para a extração do leite, promove atividades musculares que contribuem para a maturação e desenvolvimento da musculatura perioral (MERCADANTE, 2004).

Nesse contexto, é razoável afirmar que a prática de sucção oral deve cessar juntamente com o fim da fase oral do desenvolvimento psicosssexual. Embora não exista consenso da melhor idade para interrupção dos hábitos de sucção, muitos pesquisadores acreditam que a

perpetuação dos mesmos após os três anos de idade, torna-os deletérios (ADAIR; MILANO; DUSHKU, 1992; SILVA, 2006; CASTILHO; ROCHA, 2009).

2.2.1 Definição

Os hábitos orais deletérios representam padrões diferenciados do comportamento muscular apreendidos, de natureza complexa, que pelo caráter repetitivo tornam-se inconscientes e podem incorrer em anormalidade do crescimento das estruturas faciais (MOYERS, 1991). Esses hábitos estão relacionados com distúrbios nas relações dentárias e instalação de oclusopatias (EMMERICH et al., 2004; PERES et al., 2007; GÓIS et al., 2008).

Para melhor compreensão dos hábitos orais deletérios, Lino (1995) segregou-os em hábitos de sucção (digital, chupeta, objetos), hábitos de mordida (bruxismo, onicofagia) e hábitos funcionais (respiração mista/bucal, deglutição atípica). Tais hábitos deletérios, na dependência da frequência, duração e intensidade de exposição, podem determinar a ocorrência das oclusopatias e outras anormalidades ao sistema estomatognático (MCNAMARA-JR, 2002).

2.2.2 Fatores associados

Tenório e outros (2005) estudaram a sucção digital intrauterina, buscando associá-la à condição de saúde física e emocional, além da continuidade deste reflexo após o nascimento. Para tanto, avaliaram 55 gestantes por meio de ultrassonografias trasabdominais, entre o quinto e o sexto mês e, posteriormente, entre sétimo e oitavo mês. Por fim, uma semana após o nascimento, as crianças foram visitadas para observação da continuidade do hábito.

Os resultados do estudo acima apontaram a sucção digital em 35 fetos. Apesar deste hábito ter sido observado na maior parte das crianças pertencentes à mães com problemas sistêmicos (22 bebês entre 37 gestantes), insatisfeitas com a gestação (26 bebês entre gestantes) e indiferentes afetivamente ao bebê (9 bebês entre 13 gestante), esses resultados não apresentaram significância estatística. Da mesma forma, após o nascimento 30 crianças continuaram realizando sucção digital, entretanto, esse evento não apresentou significância

estatística, que referendasse sua associação com sucção digital intrauterina. O tamanho da amostra pode ter influenciado o poder estatístico dos testes (TENÓRIO et al., 2005).

Assim, a sucção digital é considerada um reflexo natural do neonatal até os três meses de vida, sobretudo pela posição do bebê, que mantém as mãos fechadas em torno do tronco e face, não se constituindo um hábito. Entretanto, o prolongamento desta conduta em fase mais tardia pode representar o desenvolvimento de comportamento muscular aprendido – hábito (AYER, GALÉ, 1970).

A sucção de mãos e punhos é apontada como mecanismo que facilita a passagem de ar até os pulmões, ajudando a vencer a barreira de muco presente na garganta do recém-nascido (DE LAMARE, 1986).

Entretanto, outra explicação aponta que a sucção de dedo ou chupeta representa uma espécie de reprodução do padrão de contato do bebê com sua mãe, quando o mesmo está sozinho, imaginando a presença materna (LUTAIF, 1999). Esta autora descreve que a sucção digital é um recurso para controle emocional em momentos difíceis, sendo utilizado para dormir, ao acordar e durante excitações ou frustrações.

Sexton e Natale (2009) ressaltam como benefícios da chupeta a quietude da criança, decorrente do efeito calmante e redução do choro. Da mesma forma, apontam a diminuição do risco de Síndrome da Morte Súbita Infantil, por mecanismos não totalmente elucidados, mas que envolvem menor probabilidade de aumentar a excitação, manutenção da permeabilidade e abertura das vias aéreas, redução do fluxo gastroesofágico e apnéia do sono. Entretanto, o tempo de benefício do uso desse dispositivo seria nos primeiros seis meses de vida, devendo posteriormente ser desencorajado. Castilho e Rocha (2009) reiteram os itens já pontuados e acrescentam como vantagem do uso desse objeto a estimulação da sucção em crianças neuropatas, salientando, no entanto, que as evidências na literatura demonstram mais prejuízos que benefícios relacionados à sucção de chupeta.

A adoção de hábitos de sucção não nutritiva tem sido reconhecida como um mecanismo de compensação emocional, decorrente do distanciamento entre a criança e sua mãe, sobretudo ante a ausência materna para o desenvolvimento de atividades profissionais, o que pode deixar a criança insegura. Além disso, muitos pais desconhecem ou, em virtude de suas ocupações cotidianas, não se atentam à necessidade de interrupção de hábitos de sucção, quando o mesmo ultrapassar o período em que a necessidade de sucção é determinada fisiologicamente (TOMITA et al., 2000). Nesse mesmo sentido, Serra-Negra e outros (2006) destacam que para muitas mães a sucção de chupeta é uma conduta peculiar a toda criança,

sobretudo, quando essas também apresentavam algum tipo de hábito oral deletério durante sua infância.

Tem sido evidenciado que a chupeta possui uma sólida significação cultural entre as mães. A imagem deste dispositivo de sucção encontra-se arraigada numa representação de conforto à criança e tranqüilidade para mãe e cuidador (SERTÓRIO; SILVA, 2005). Assim, esse objeto possui um sentido tão expressivo, que em muitas situações, antes mesmo do nascimento da criança a compra do mesmo já foi realizada. Ademais, a expressividade que tem o acalento ao choro das crianças, propiciada pela chupeta, traduz-se na consolidação do papel protetor e na qualificação da identidade materna (SERTÓRIO; SILVA, 2005).

Victoria e outros (1997) verificaram que a chupeta era considerada pelas mães como suave, bonita e um símbolo de posição social. Além disso, ainda foi reportado que a chupeta contribuía para o crescimento da criança, por facilitar a introdução precoce de outros alimentos líquidos e semi-sólidos, como sopas e feijão. A não utilização da chupeta era relacionada à recusa por parte da criança, que diante disso era rotulada como exigente, e os respectivos pais como indisciplinados. Outro aspecto verificado foi que as mães que encaravam o aleitamento de forma mais mecânica, sem deixar a criança determinar o ritmo e frequência, foram mais relacionadas com uso de chupeta da criança e tiveram menor interação emocional com a mesma durante o aleitamento.

O aleitamento materno é apontado como forma eficaz para redução do desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritiva. A alimentação por mamadeira se diferencia em muitos aspectos do aleitamento materno direto no seio. Um ponto inicial é a forma de extração do leite, que no seio se dá por ordenha, o que não implica em pressão negativa intraoral significativa, ao contrário do que ocorre com a mamadeira, onde a extração ocorre por sucção (NOWAK; SMITH; EREMBERG, 1994 apud CARVALHO, 2010).

Na ordenha, há grande exigência muscular para os movimentos de abertura, protrusão, ordenha, retrusão e fechamento, contribuindo para que haja tonicidade adequada dos músculos mastigatórios, crescimento mandibular para anterior, adequada formação e fortalecimento das estruturas da ATM. Por outro lado, na sucção os movimentos musculares se limitam apenas à abertura e fechamento, e a pouca exigência muscular irá incorrer em hipotonicidade (CARVALHO, 2010).

O trabalho muscular da ordenha é caracterizado pela postura lingual entre rebordos, com a musculatura de contenção extra impedindo a expansão das arcadas pela força da língua. O mamilo preenche e se ajusta perfeitamente a boca do bebê, sendo apreendido pela mandíbula e língua anteriorizada, que o mantém em contato com o palato duro e através de

movimentos peristálticos extrai o leite, possibilitando ao mesmo tempo a respiração nasal (CARVALHO, 2010).

Entretanto, devido à rigidez do bico da mamadeira, a boca é que precisa se adaptar ao mesmo. Neste movimento, a língua se posiciona atrás do rolete gengival e toca a mamadeira na parte posterior, além disso, para facilitar a respiração nasal esta precisa deslocar-se para frente, mas ao esbarrar no rolete gengival, se eleva em direção ao palato. Nesse caso, não há passagem de onda peristáltica o que conduz a hipotonicidade da língua (CARVALHO, 2010).

A persistência de hábitos de sucção, para além dos três anos de idade, quando a criança estaria iniciando o seu processo de desenvolvimento psicológico, pode sugerir algum desequilíbrio psíquico, muitas vezes representado pela incapacidade ou deficiência em lidar com situações de estresse. Nessas situações, quando a criança tem o nível de ansiedade aumentado, por situações estressoras, recorre a comportamentos infantis para descarga emocional, dentre eles a sucção oral (OLIVEIRA, 2002).

Muitos pesquisadores têm buscado verificar a influência de variáveis ambientais e socioeconômicas no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritiva. Assim, estes hábitos mostraram associação com a baixa escolaridade materna no estudo de Soares e outros (2003). Outras pesquisas verificaram que quanto à escolaridade dos pais, aqueles que demonstraram maior grau tiveram associação com sucção de chupeta pelos filhos (SANTOS, 2005; HOLANDA et al., 2009), enquanto a sucção digital mostrou-se associada à baixa escolaridade (SANTOS, 2005; HOLANDA et al., 2009).

A condição de trabalho materno também foi associada, por alguns autores, ao desenvolvimento de sucção oral (TOMITA et al., 2000; SANTOS, 2005). Para Santos (2005) crianças cujas mães trabalhavam fora de casa, independente do turno, mostraram associação significativa com o desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritiva. Esse fato pode ter relação com a carência gerada na criança, devido à ausência da figura materna ou por uma menor disponibilidade para amamentá-la.

A renda familiar foi estudada por Santos (2005), o qual demonstrou que crianças pertencentes a famílias com renda de até um salário mínimo tiveram probabilidade duas vezes maior de realizar sucção digital. A sucção de chupeta, entretanto, esteve associada às famílias com renda mais elevada, podendo ser reflexo da impossibilidade, daquelas de baixa renda, de custear a chupeta.

Algumas características e comportamentos da mãe e da criança também tem sido alvo de estudos, quanto ao potencial efeito no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritiva. A associação com sexo foi estudado por Soares e outros (2003), que encontraram uma relação

da sucção oral com o sexo masculino, o que também foi verificado por Victora e outros (1997). Entretanto, para Santos (2005), sexo só mostrou-se significativo para sucção digital, que foi mais frequente em crianças do sexo feminino, atribuindo a este fato a provável existência de maior instabilidade emocional das meninas, mostrando-se mais sensíveis às alterações, e pelo maior grau de ansiedade, quando comparadas aos meninos.

Victora e outros (1997) ainda estudaram o efeito da idade materna e peso da criança ao nascimento. Os autores verificaram que o hábito de sucção de chupeta foi positivamente associado com mães jovens e crianças de baixo peso no nascimento.

É importante assinalar que é válido oferecer a chupeta ao bebê, nos casos da criança desenvolver sucção digital, uma vez que este tipo de sucção é mais difícil de ser interceptado. Nesse caso, a recomendação é que seja utilizada chupeta ortodôntica, uma vez que garante uma maior força de sucção, quando comparada às chupetas comuns, além de propiciar um melhor posicionamento anatômico das estruturas bucais. Assim, também é importante que a chupeta seja entregue apenas em momentos isolados, para que a criança não crie maior dependência da mesma (CUNHA et al., 1998).

Alguns pesquisadores tem demonstrado que o aleitamento materno pode interferir na busca por mecanismos de sucção. Estudos sobre a associação entre o aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva são mostrados no Quadro 1. Embora existam muitos trabalhos realizados, ainda existe dissenso sobre a temática. Por exemplo, o aleitamento materno foi associado com hábito de sucção de chupeta, no estudo de Victora e outros. (1997), que verificaram uma associação positiva para as crianças que não foram amamentadas já na maternidade. Já Soares e outros (2003) verificaram esta associação para crianças que não estavam recebendo aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida.

Desse modo, se observa de forma resumida no Quadro 1, que a grande maioria dos estudos foram realizados com delineamento transversal o que não permite falar de causa e efeito entre os fatores analisados (Serra-Negra; Pordeus; Rocha-Jr, 1997; Braghini et al, 2001; Heringer et al, 2005; Oliveira; Souza; Chiappetta, 2006). O número amostral dos estudos variou de 44 (Oliveira; Souza; Chiappetta, 2006) a 1.451 (Montaldo et al, 2011), sendo possível que a falta de associação em alguns deles se deva ao pequeno tamanho da amostra. Acrescenta-se ainda, que dentre os trabalhos avaliados poucos são os que fizeram avaliação de confundidores e modificadores, podendo-se atribuir aos achados destas investigações a possibilidade de associação espúria.

2.2.3 Prejuízos causados pelos hábitos de sucção

A literatura aponta algumas consequências que são relacionadas com os hábitos de sucção. Ao uso de bicos artificiais, como a chupeta, tem sido atribuído o efeito de redução do período de aleitamento materno, visto que ao sinal de choro da criança muitas mães oferecem a chupeta, ao invés da mama (VICTORA et al., 1997).

Alguns autores consideram que a chupeta mascara a fome do organismo, a partir de falsas informações cerebrais de saciedade nutricional, ante a sucção, salivação e deglutição proporcionados, aumentando o espaçamento entre as mamadas e reduzindo a produção do leite (EMMERICH et al., 2004; CASTILHO; ROCHA, 2009). Além disso, pesquisadores apontam que as diferenças nas técnicas de sucção de bicos artificiais e seio materno podem confundir a criança – “confusão de bicos”² gerando o desmame (HOWARD et al., 1999). Entretanto, na literatura, há autores que relatam a possibilidade de, na verdade, a chupeta não representar um fator que contribua para o desmame, mas funcione como uma espécie de marcador, evidenciando a existência de dificuldades no aleitamento materno (KRAMER et al., 2001; CUNHA; LEITE; MACHADO, 2005).

Para O'Connor e outros (2009), em revisão sistemática da literatura, o uso de chupeta durante o sono reduz a incidência de morte súbita infantil, indicando a necessidade de mais abordagens sobre relação entre sucção de chupeta, aleitamento e Síndrome da Morte Súbita Infantil, uma vez que não encontraram associação entre uso de chupeta e desmame.

Castilho e Rocha (2009) associaram o uso de chupeta com uma série de desfechos prejudiciais à criança, citando a asfixia, intoxicações ou alergias, ao realizar uma revisão histórica da literatura.

O uso de bico artificial com finalidade nutritiva – a mamadeira - estimula a hipertonicidade do músculo bucinador e hipotonicidade lingual contribuindo para estreitamento maxilar e formação de palato ogival (CARVALHO, 2010). Além disso, a pega do seio materno é feita pelo lábio superior, ao contrário da mamadeira, que utiliza o lábio inferior e musculatura mentoniana, levando à hipertonicidade do lábio inferior e hipotonicidade do superior (CARVALHO, 2010).

A alteração da fonética, na presença de hábitos orais deletérios, tem sido evidenciada indiretamente, por alterações nas posições dentárias (BARBOSA et al., 2009; CASTILHO;

² Também denominada por disfunção motor-oral secundária, a “confusão de bicos” representa a dificuldade de alimentação no seio materno após a experimentação da mamadeira (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995).

ROCHA, 2009) e diretamente, com hábitos de sucção não nutritiva, uma vez que mantém o espaço bucal ocupado, dificultando a formação de palavras (NEIVA et al., 2003). Para o sistema estomatognático, muitos pesquisadores têm verificado efeitos deletérios dos hábitos de sucção, como a interferências nas funções de mastigação e da deglutição, decorrentes de alterações morfológicas na região oral (SEXTON; NATALE, 2009; MEDEIROS; FERREIRA; FELÍCIO, 2009).

Nesse sentido, os hábitos de sucção, são associados como fator causal para oclusopatias, por muitos autores, os quais definem que a presença deste desencadeia um desequilíbrio neuromuscular entre lábios, língua e bochecha, além de forças danosas sobre os elementos dentários, o que refletirá no processo de crescimento facial, posicionamento dentário e desenvolvimento da oclusão, possibilitando o surgimento de oclusopatias (SILVA, 2006; CASTILHO; ROCHA, 2009).

Um agravante é a pressão exercida sobre ossos e dentes por dedos ou objetos utilizados para a sucção (MOYERS, 1991). Tem sido descritas como consequências, aos portadores de tais hábitos, alterações na morfologia do palato duro, alterações de posicionamentos dentais, retardo na erupção total dos incisivos, alteração musculares periorais, abóbada palatina profunda, assoalho nasal estreito, lábio superior hipotônico e inferior imperativo, retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, atresia do palato e arcada dentária superior, interposição da língua e respiração bucal (MOYERS, 1991; MORESCA e FERES; 1992; BRAGHINNI et al., 2001; EMMERICH et al., 2004; SILVA, 2006; CASTILHO; ROCHA, 2009). Dessa forma, as alterações provocadas pelos hábitos de sucção têm sido relacionadas, principalmente, com o desenvolvimento de mordida aberta anterior e mordida cruzada (SILVA, 2006; CASTILHO; ROCHA, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde verificou, em crianças de 12 anos, uma frequência de 38% de problemas oclusais. Destes, 20% apresentaram-se na forma leve, 11% grave e 7% muito grave, requerendo intervenção imediata. A frequência foi ainda maior nos adolescentes de 15 a 19 anos, revelando um valor de 35%. Dessa forma, estima-se que 230 mil crianças de 12 anos e 1,7 milhões de adolescentes tem necessidade de tratamento ortodôntico (BRASIL, 2010). Este tratamento, ante aos custos que demanda para o sistema público de saúde, tem baixa difusão no Brasil. Dessa forma, é válido atentar-se para prevenção e interceptação precoce dos seus fatores de risco, aí incluindo os hábitos deletérios de sucção.

Por fim, presença de infecções tais como otite média, infecções dentárias, respiratórias e gastrintestinais, também tem sido imputadas à sucção digital ou de chupeta, principalmente porque ao levar um desses meios à boca, os mesmos poderão funcionar como veículo para

transporte de inúmeros microorganismos causadores de doenças (SEXTON; NATALE, 2009). Nessa perspectiva, Comina e outros (2006) propõem que a presença da chupeta na boca, pode torná-la um depósito de biofilme bacteriano, levando a processos infecciosos por *Candida e Staphilococcus*.

2.3 ALEITAMENTO MATERNO COMO FATOR ASSOCIADO AO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS DE SUCÇÃO

A literatura tem discutido se de fato a prática de aleitamento materno pode, de alguma forma, influenciar a instalação de hábitos de sucção (SERRA-NEGRA; PORDEU; ROCHA-JR., 1997; VALDRIGHI; VEDOVELLO-FILHO, 2004; CARVALHO et al., 2009). O estudo epidemiológico dessa associação tem enfrentado profundas controvérsias quanto à validade da mesma. Tal fato tem se materializado ante a diversidade de abordagens metodológicas empregadas, que ora não representam as mais adequadas para verificação de associação entre variáveis, ora não tem estabelecido o controle adequado de fatores de confundimento.

Para aqueles que têm estudado a associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção, o nexos que sustenta a relação dessas duas variáveis é construído com a teoria freudiana (FREUD, 1905) e a necessidade de estimulação das estruturas orofaciais, para o correto desenvolvimento do sistema estomatognático (CASTILHO; ROCHA, 2009). Segundo a teoria de Freud, na primeira fase do desenvolvimento psicosssexual humano, a satisfação emocional está relacionada com a boca, a qual se constitui a primeira área de controle da criança, por isso denominada fase oral (FREUD, 1905). Por outro lado, biologicamente, é nesse período que o reflexo da sucção, desenvolvido e manifestado, em muitas situações, desde a vida intrauterina, torna-se fundamental para o desenvolvimento de funções normais como a nutrição infantil, e a maturação das estruturas e funções do sistema estomatognático, como mastigação, deglutição, respiração e fala (CASTILHO; ROCHA, 2009).

Nesse sentido, a sucção possibilita a obtenção do leite advindo do seio materno, por exemplo, possibilitando que a criança sacie seu impulso nutricional (NASCIMENTO; ISSLER, 2003). Ademais, a fisiologia presente na amamentação, mediada pela perfeita adequação do seio materno a estrutura anatômica da cavidade bucal da criança, possibilita à mesma realizar movimentos musculares que compõem o estímulo neural ideal e necessário ao crescimento facial e maturação funcional do sistema estomatognático, visto que contribui para

a instalação de uma adequada respiração, deglutição e mastigação (NEIVA et al., 2003; MEDEIROS; FERREIRA; FELÍCIO, 2009). Além dos aspectos já pontuados, o intenso trabalho muscular advindo do aleitamento materno torna a musculatura mastigatória fatigada, levando a criança a adormecer e não ter disponibilidade para sucção de outros dispositivos (MORESCA; FERES, 1992). Concomitantemente, o ato de sugar o seio materno produz saciedade emocional, tanto pela execução da sucção, quanto pelo contato com a figura materna, que lhe possibilita sentir prazer, segurança e tranquilidade (VALDRIGHI; VEDOVELLO-FILHO, 2004).

Uma vez que a criança não dispõe da sucção provinda do aleitamento materno, ou a mesma não é suficiente, ela buscará outros mecanismos de satisfação do seu impulso emocional e neural. Nesse sentido, é possível que ela recorra à sucção de dedos, chupeta e outros elementos, caracterizando a instalação de sucção não nutritiva, e esta, uma vez perpetuada na rotina da criança, dará origem aos hábitos de sucção (VALDRIGHI; VEDOVELLO-FILHO, 2004; SILVA, 2006; CASTILHO; ROCHA, 2009; CARVALHO et al., 2009).

Para Mercadante (2004), o aleitamento artificial, por meio de mamadeira, por ter um fluxo maior que o seio materno, possibilita a criança atingir a saciedade nutricional rapidamente, no entanto, com a redução do tempo de sucção e o inadequado trabalho muscular estimulado por este dispositivo, o êxtase emocional fica prejudicado, podendo a criança recorrer à sucção não nutritiva.

Destaca-se que a sucção digital é considerada a expressão mais inata do reflexo de sucção, dado o seu aparecimento, em algumas crianças ainda no ambiente intrauterino. Dessa forma, estudos como o de Santos (2005), a despeito de verificar associação significativa entre aleitamento materno deficiente e uso de chupeta, não encontrou os mesmos resultados para sucção digital. Os mecanismos que permeiam a sucção digital ainda necessitam ser melhor esclarecidos para que se possa compreender melhor esse fenômeno.

As conclusões de Victora e outros (1997) sintetizam bem o nexo entre aleitamento materno e hábitos de sucção. Esses autores verificaram em seus achados, a influência do desmame precoce sobre o desenvolvimento de hábito de sucção de chupeta na criança. Dessa forma, consideram que a mamadeira requer da criança menor esforço de sucção e, ao mesmo tempo, saciedade nutricional em menor tempo. Assim, uma forma de alcançar conforto e estimulação oral seria recorrer ao uso da chupeta.

Quadro 1: Estudos de associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção

AUTOR	PAÍS	ANO	DESENHO	ANÁLISE ESTATÍSTICA	<i>n</i>	IDADE	EXPOSIÇÃO	DESFECHO	RESULTADOS
Serra-Negra; Pordeus; Rocha-Jr.	Brasil	1997	Transversal	Qui-quadrado de Pearson, Teste exato de Fisher e <i>Odds Ratio</i> com Intervalo de Confiança BIVARIADA	357	3 a 5 anos	1. Alimentação no seio: NUNCA OU 1 MÊS; 2 A 5 MESES; 6 MESES OU MAIS; 2. Alimentação na mamadeira: NUNCA; ATÉ 1 ANO; MAIS DE 1 ANO;	1. Hábito bucal deletério: SIM; NÃO;	Verificou-se que as crianças que nunca receberam aleitamento materno ou, se o fizeram, foi por um período de até um mês, apresentaram uma chance de desenvolver hábitos deletérios sete vezes superior (O.R. = 7,1) com relação àquelas que foram amamentadas por um período de, no mínimo, seis meses. Por outro lado, a chance de desenvolver hábitos deletérios para as crianças que foram aleitadas artificialmente por um período superior a um ano foi, aproximadamente, dez vezes superior (O.R. = 9,9) àquelas que nunca se alimentaram com mamadeira, sendo que o hábito mais frequente (75,1%) foi a sucção de chupeta. O hábito de chupar dedo não demonstrou relação estatística com a forma de aleitamento, devido ao pequeno número de crianças com esse hábito.
Braghini et al.	Brasil	2001	Transversal	Qui-quadrado de Pearson BIVARIADA	231	3 a 6 anos	1. Aleitamento: MATERNO ATÉ 3 MESES; MATERNO ATÉ 6 MESES; MISTO ATÉ 3 MESES; ARTIFICIAL;	1. Hábito de sucção não nutritivo: AUSENTE; PRESENTE ATÉ 3 ANOS; PRESENTE ALÉM DOS 3 ANOS;	Observou-se menor frequência de hábitos de sucção não nutritiva, após os 3 anos de idade, na presença de aleitamento materno exclusivo até 6 meses, quando comparado com crianças que utilizaram mamadeira desde o nascimento.
Heringer et al.	Brasil	2005	Transversal	Qui-quadrado de Pearson BIVARIADA	200	5 a 7 anos	1. Tempo de amamentação natural: NÃO AMAMENTOU;	1. Hábitos orais: SEM HÁBITO;	O tempo de aleitamento não foi associado à presença de sucção digital ou uso de mamadeira. Crianças que não amamentaram no

							< 6 MESES; > 6 MESES;	CHUPETA; MAMADEIRA; DEDO;	peito tiveram maior prevalência de sucção de chupeta, enquanto as amamentadas naturalmente por mais de 6 meses não apresentaram esse hábito.
Oliveira; Souza; Chiappetta	Brasil	2006	Transversal	Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher. BIVARIADA	44	3 a 5 anos	1. Tempo de amamentação: ≤ 6 MESES; > 6 MESES;	1. Hábito de chupeta: COM CHUPETA; SEM CHUPETA;	O aleitamento menor ou igual a seis meses mostrou associação positiva com a sucção de chupeta.
Souza; Valle; Pacheco	Brasil	2006	Caso-controle	Qui-quadrado de Pearson, Teste exato de Fisher, Teste T de Student e <i>Odds Ratio</i> . BIVARIADA	79	2 a 5 anos	1. Forma de aleitamento: ARTIFICIAL DESDE O NASCIMENTO; MISTO ANTES DOS 3 MESES; NATURAL EXCLUSIVO ATÉ 3 MESES; NATURAL EXCLUSIVO ATÉ 6 MESES;	1. Grupo caso: PRESENÇA DE SUCÇÃO DE CHUPETA, DIGITAL E /OU DE LÁBIO; Grupo controle: AUSÊNCIA DE SUCÇÃO DE CHUPETA, DIGITAL E /OU DE LÁBIO;	No grupo caso (portadores de hábitos orais) verificou-se maior frequência de aleitamento artificial desde o nascimento e menor frequência de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida, ao contrário do que aconteceu no grupo controle. Crianças que nunca mamaram no peito ou que tiveram aleitamento misto antes dos três meses têm aproximadamente sete vezes (OR=6,6) mais chance de desenvolver hábitos de sucção não nutritiva do que crianças que tiveram amamentação natural por três ou seis meses. A frequência de sucção de chupeta foi associada negativamente com o tempo de aleitamento materno. Crianças sem hábitos foram amamentadas naturalmente por um período de tempo maior (três e seis meses) do que as crianças com hábitos.
Blanco-Cedres; Guerra; Rodríguez	Gran Caracas	2007	Transversal	Qui-quadrado de Pearson e Regressão logística	226	3 a 6 anos	1. Período de aleitamento materno: <6 MESES;	1. Hábitos de sucção e deglutição: PRESENTE;	Verificou-se associação entre amamentar por seis meses ou mais e menor presença de hábitos deletérios de sucção e deglutição. O risco relativo

				MULTIVARIADA			≥6 MESES;	AUSENTE;	ajustado por idade da criança revelou seis vezes mais ocorrência de hábitos deletérios entre crianças amamentadas por menos de seis meses.
Leite-Cavalcanti; Bezerra; Moura	Brasil	2007	Transversal	Qui-quadrado de Pearson BIVARIADA	342	3 a 5 anos	1. Tempo de aleitamento natural: ATÉ 6 MESES; 7 A 18 MESES; ≥ 19 MESES; 2. Tipo de aleitamento: NATURAL; ARTIFICIAL;	1. Presença de hábitos (sucção de chupeta e digital, onicofagia, morder objetos, interposição lingual): SIM; NÃO;	Quanto menor o tempo de aleitamento materno, maior a prevalência de hábitos bucais. Maior frequência de hábitos nas crianças que receberam aleitamento artificial.
Furtado; Vedovello-Filho	Brasil	2007	Transversal	Qui-quadrado de Pearson BIVARIADA	146	3 a 6 anos	1. Tempo de amamentação: 0-1 MÊS; 2-5 MESES; >6 MESES;	1. Hábitos de sucção não nutritivos: AUSENTE; ATÉ 3 ANOS; >3 ANOS;	A instalação de hábitos de sucção não nutritivos foi influenciada pelo tempo de aleitamento materno. Aleitamento materno por seis meses ou mais determinou menor frequência de hábitos de sucção não nutritiva.
Gonçalves et al.	Brasil	2007	Transversal	Qui-quadrado de Pearson. BIVARADA	61	61 Mães	1. Período de amamentação: 0 A 3 MESES; 3 A 6 MESES; 6 A 12 MESES; 12 A 24 MESES; > 24 MESES;	1. Hábito bucais: CHUPETA; DIGITAL;	Tempo de aleitamento de até três meses foi associado com o desenvolvimento de sucção de chupeta.
Moimaz et al.	Brasil	2008	Transversal	Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher.	100	12 meses	1. Padrão de amamentação: EXCLUSIVO;	1. Hábito de sucção: PRESENÇA DE	Quando consideradas todas as formas de aleitamento (exclusivo, predominante e complementar) houve

				BIVARIADA			PREDOMINANTE; COMPLEMENTADO; ALEITAMENTO MATERNO; DESMAME	NO MÍNIMO UM HÁBITO DE SUCCÃO; SUCCÃO DE CHUPETA; SUCCÃO DIGITAL;	associação negativa com a presença de hábitos de sucção. Quando os hábitos foram analisados separadamente, a associação manteve-se para sucção de chupeta, mas não se manteve para sucção digital.
Medeiros; Ferreira; Felício	Brasil	2009	Transversal	Coefficiente de correlação de Spearman BIVARIADA	176	6 a 12 anos	1. Aleitamento: NATURAL; ARTIFICIAL; MISTO; 2. Duração: MÉDIA EM MESES	1. Hábitos de sucção: SIM; NÃO;	O maior tempo de aleitamento natural foi correlacionado com menor frequência e duração dos hábitos de sucção, contrariamente ao aleitamento artificial, que foi correlacionado com maior frequência e duração de hábitos de sucção.
Holanda et al.	Brasil	2009	Caso-controle	Qui-quadrado de Pearson, <i>Odds Ratio</i> e Intervalo de Confiança, Análise de regressão logística múltipla. MULTIVARIADA	1107	3 a 5 anos	1. Duração da amamentação: 0 A 6 MESES; > 6 MESES;	1. Sucção de chupeta: SIM; NÃO; 2. Sucção digital: SIM; NÃO; 3. Frequência do hábito: DIA E NOITE; NOITE;	A <i>odds</i> da sucção de chupeta foi aproximadamente 77% menor entre crianças amamentadas acima de seis meses, em relação as que amamentaram por período inferior a este. Após ajuste para idade da criança e renda familiar, o aleitamento materno, por mais de seis meses, foi um fator de proteção para sucção de chupeta. A duração da amamentação não se mostrou associada a sucção digital. A frequência do hábito (dia/noite) não mostrou significância estatística ao ser associado com duração da amamentação.
Telles et al.	Brasil	2009	Transversal	Regressão logística BIVARIADA	723	3 a 6 anos	1. Aleitamento materno G1: NÃO AMAMENTADAS;	2. Uso de chupeta: NÃO USOU;	Foi observada frequência de 92,1% de crianças livres de chupeta no G5, enquanto no G1 apenas 25,3%. Além disso, a duração do aleitamento

							<p>G2: AMAMENTADAS ATÉ 3 MESES;</p> <p>G3: AMAMENTAÇÃO DESCONTINUADA ENTRE 4 E 6 MESES;</p> <p>G4: AMAMENTAÇÃO DESCONTINUADA ENTRE 7 E 12 MESES;</p> <p>G5: AMAMENTAÇÃO REALIZADA POR MAIS DE 12 MESES DE VIDA;</p>	<p>USOU ATÉ 2 ANOS DE IDADE;</p> <p>USOU ATÉ ENTRE 3 E 4 ANOS DE IDADE;</p> <p>USOU ATÉ ENTRE 5 E 6 ANOS DE IDADE ;</p>	<p>materno teve efeito inversamente proporcional na idade de persistência de uso de chupeta. O hábito de sucção de chupeta e o uso de mamadeira tendem a ser interrompidos no mesmo período.</p>
Albuquerque et al.	Brasil	2010	Transversal	<p>Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher, <i>Odds Ratio</i> e Intervalo de Confiança.</p> <p>BIVARIADA</p>	292	12 a 36 meses	<p>1. Aleitamento natural exclusivo: 6 MESES;</p> <p>7 A 24 MESES;</p> <p>12 A 24 MESES;</p> <p>2. Aleitamento natural total: 6 MESES;</p> <p>7 A 24 MESES;</p> <p>12 A 24 MESES;</p> <p>25 A 36 MESES;</p> <p>3. Aleitamento artificial: 6 MESES;</p> <p>7 A 24 MESES;</p>	<p>1. Hábitos de sucção não nutritivos: SIM;</p> <p>NÃO</p>	<p>A associação entre tempo de aleitamento materno e a ocorrência de hábitos de sucção não nutritiva foi significativa.</p> <p>Crianças que mantiveram o aleitamento natural total após os 6 meses, progressivamente até os 36 meses tiveram menor ocorrência de tais hábitos.</p> <p>Além disso, a frequência destes hábitos diminuiu a medida que o tempo de aleitamento materno exclusivo aumentou.</p> <p>As crianças alimentadas por mamadeiras por mais de um ano, quando comparadas com as que nunca utilizaram, tiveram um risco quase 10 vezes maior de apresentar hábitos de sucção não nutritiva.</p>

							12 A 24 MESES; 25 A 36 MESES;		
Ferreira et al.	Brasil	2010	Retrospectivo (prontuários odontológicos da Universidade Federal de Santa Maria - RS)	Qui-quadrado de Pearson. BIVARIADA	143	0 a 59 meses	1. Tempo de aleitamento materno exclusivo: < 6 MESES; ≥ 6 MESES;	1. Presença de hábitos bucais deletérios (sucção de chupeta e digital, bruxismo, respiração bucal, onicofagia): COM HÁBITOS; SEM HÁBITOS;	Verificou-se associação entre tempo de aleitamento materno exclusivo inferior a seis meses e hábitos orais deletérios, sendo a sucção de chupeta o hábito predominante.
Rochelle et al.	Brasil	2010	Transversal	Qui-quadrado de Pearson BIVARIADA	162	5 anos	1. Tempo de aleitamento materno: 0 a 6 MESES; > 6 MESES; 2. Tempo de AME: 0 A 3 MESES; > 3 MESES;	1. Hábitos bucais deletérios: PRESENÇA; AUSÊNCIA;	O tempo de aleitamento materno exclusivo mostrou-se associado a hábitos bucais deletérios (p=0,0035), ao contrário do tempo de aleitamento materno. Todas as crianças com AME de até 3 meses apresentaram hábito bucal deletério.
Montaldo et al.	Itália	2011	Transversal	Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher e Regressão Logística	1451	7-11 anos	1. Tipo de alimentação: AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATE 6 MESES; ALEITAMENTO POR	1. Sucção digital após 1 ano de vida: < 3 ANOS; >3 ANOS;	Crianças que utilizaram mamadeira foram mais associadas a hábitos de sucção não nutritiva após o primeiro ano de vida (OR=3,06 IC=2,23-4,21), da mesma forma que aquelas que utilizaram aleitamento natural

				BIVARIADA			MAMADEIRA ATÉ 6 MESES; ALEITAMENTO NATURAL E POR MAMADEIRA;	<p>2. Sucção de chupeta após 1 ano: < 3 ANOS; > 3 ANOS;</p> <p>3. Sucção digital e de chupeta após 1 anos: < 3 ANOS > 3 ANOS</p> <p>4. Não realizou sucção digital: SIM; NÃO;</p>	complementado por mamadeira (OR=1,7 IC=1,32-2,2).
Moimaz et al.	Brasil	2011	Transversal	Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher BIVARIADA	330	3 a 6 anos	<p>1. Tempo de aleitamento materno exclusivo: <6 MESES; >6 MESES</p>	<p>1. Hábitos de sucção não nutritivos: SIM; NÃO;</p>	Houve associação estatisticamente significativa entre o hábito de sucção de chupeta e o aleitamento materno exclusivo. Ficou demonstrado que crianças amamentadas exclusivamente por menos de seis meses usaram mais chupeta que àquelas amamentadas por mais de seis meses, sendo que a sucção de chupeta foi o hábito mais frequente.

3 OBJETIVO

Verificar se há associação entre o aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta, na idade de um ano, em crianças de Feira de Santana-BA, Brasil.

4 HIPÓTESES

Hipótese científica:

Crianças não expostas ao aleitamento materno exclusivo possuem maior risco de desenvolver o hábito de sucção de chupeta.

H_0 : Não há associação entre aleitamento materno exclusivo e ocorrência de hábito de sucção de chupeta.

H_1 : Há associação entre aleitamento materno exclusivo e ocorrência de hábito de sucção de chupeta.

5 SOBRE A COORTE

Em 2004, foi estabelecida em Feira de Santana uma coorte dinâmica, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Incidência e fatores de risco para mastite em lactantes atendidas em hospitais credenciados ou não como Amigos da Criança” (Projeto 1). Esta pesquisa foi iniciada sob a responsabilidade da pesquisadora Dr^a Graciete Oliveira Vieira, vinculada à Universidade Estadual de Feira de Santana e à linha de pesquisa “Aleitamento materno, nutrição e saúde da criança”.

Após os 180 dias de seguimento das crianças, relativos ao desenvolvimento do Projeto 1, tem início, em 2006, uma nova abordagem da coorte a partir da pesquisa “Efeito do desmame sobre o hábito alimentar e o crescimento infantil” (Projeto 2), que explora diversos eventos na amostra em estudo até os dias atuais.

5.1 LOCAL DE ESTUDO

Feira de Santana, distante 108 Km de Salvador e considerada a segunda maior cidade do estado da Bahia, foi o berço da coorte que aqui será apresentada. Na ocasião de início desta pesquisa, esta cidade dispunha de uma população de 480.949 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano 2000, e destacava-se como importante pólo econômico no estado (IBGE, 2000).

A atenção básica do setor saúde é gerida pelo poder público municipal, que contava com 33 Unidades Básicas de Saúde. Além disso, no âmbito hospitalar contava-se com uma maternidade de médio porte – o Hospital Inácia Pinto dos Santos (credenciada como Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC) –, e mais dois hospitais estaduais – o Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) (credenciado como IHAC), onde funciona o Centro de Referência para o Incentivo ao Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano (CIAMA/BLH/HGCA), e Hospital Colônia Lopes Rodrigues – compunha o quadro da cidade. Do mesmo modo, havia o Hospital D. Pedro de Alcântara, filantrópico e mantido pela Santa Casa de Misericórdia, além de outras clínicas e hospitais particulares de pequeno porte.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

5.2.1 População de referência e tamanho da amostra

A população de referência para o projeto inicial da coorte consistiu em todas as mulheres, residentes na zona urbana de Feira de Santana e que pariram em todos os dez hospitais que dispunham da realização de partos, em 2004 e 2005, sendo os mesmos credenciados ou não como “Amigos da Criança”.

Estimou-se, em 2004, a ocorrência anual de 11.500 nascidos vivos, o que se traduz numa média bimensal de 1.916 partos para a cidade de Feira de Santana, incluindo zona urbana, zona rural e distritos (BRASIL, 2004). Para o ano de 2005, a estimativa anual e bimensal de nascidos vivos foi respectivamente de 11.871 e 1.978 partos (zona urbana, zona rural e distritos) (BRASIL, 2005).

Calculou-se que cerca de 20% dessas mães residam na zona rural e nos distritos de Feira de Santana, as quais foram excluídas da pesquisa. Por ser um município pólo da macrorregião Centro-Leste da Bahia, acredita-se que muitas pessoas recorrem aos serviços de saúde feirense, o que levou a subtração de mais 10% do total de partos. Assim, estimou-se para a composição da amostra um número de 1.385 mães.

Assim, nesta coorte, após a observação dos critérios estabelecidos para inclusão e exclusão foram seguidos 1.309 indivíduos, o que corresponde a 11% do total de nascidos vivos registrados para Feira de Santana, anteriormente descrito.

5.2.2 Critérios de inclusão

Para inclusão de indivíduos na coorte foram observados os seguintes critérios:

- Nutrizes residentes na zona urbana de Feira de Santana;
- Ausência de sinais clínicos de mastite;
- Ausência de complicações durante a gestação ou após o parto que impeçam a amamentação;
- Internação nos hospitais com ou sem o programa IHAC;

- Aceitação em participar da pesquisa mediante termo de consentimento livre e esclarecido;

5.2.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que apresentam quaisquer das características abaixo descritas:

- Mulheres procedentes de outras cidades ou da zona rural e distritos de Feira de Santana;
- Recém-nascidos internados no berçário por mais de 72 horas;
- Endereços não localizados após a primeira visita no hospital;
- Recusa de participar do estudo, no curso da pesquisa;
- Mulheres que apresentaram situação judicial que as separaram dos seus filhos (doação do filho, presidiária);
- Crianças que apresentaram problemas de saúde que contra-indicaram a amamentação;
- Locais que representaram risco para o entrevistador (pontos de drogas, prostituição).

5.2.4 Seleção dos participantes

Utilizou-se amostra de base populacional do tipo consecutiva, na qual toda a população de mulheres que pariram nos hospitais de Feira de Santana, que tinham maternidade, no período de dois meses consecutivos, foi alistada.

A programação de entrada de hospitais na coorte ocorreu por amostragem no tempo, através de sorteio de dois hospitais a cada dois meses, exceto o Hospital Inácia Pinto dos Santos e Materday, que por atender uma maior demanda de partos, foram incluídos separadamente. Este procedimento foi adotado com vistas à redução do voluntarismo e outros vieses de seleção. Assim, durante doze meses procedeu-se a entrada dos hospitais (Quadro 2), possibilitando captar as possíveis variações sazonais ou outras mudanças temporais, que poderiam influenciar na pesquisa.

Foram totalizados 1.309 nascimentos de crianças a serem incluídos na coorte, os quais foram seguidos, em conjunto com as mães, mensalmente por um período de 180 dias, para cumprimento do Projeto 1. Após essa fase inicial, o seguimento da coorte prosseguiu-se com a introdução de outras variáveis, que possibilitaram a investigação de diferentes eventos (Projeto 2).

Quadro 2: Programação de entrada dos hospitais de Feira de Santana, na coorte de nascidos vivos¹

Hospitais	Ano 2004									Ano 2005		
	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Hospital UNIMED	X	X										
Hospital D. Pedro de Alcântara	X	X										
Maternidade Stella Gomes			X	X								
Hospital EMEC			X	X								
Hospital Inácia Pinto dos Santos (Hospital da Mulher)					X	X						
Hospital São Mateus							X	X				
Clínica Santa Cecília							X	X				
Casa Saúde Santana									X	X		
Hospital Geral Clériston Andrade									X	X		
Hospital Materday											X	X

¹Extraído do projeto original da coorte

5.3 COLETA DE DADOS

5.3.1 Formulários de coleta

Para procedência da coleta de dados foram construídos formulários de pesquisa, divididos em seis partes, com linguagem clara e objetiva, de forma a aproximar-se ao máximo da realidade e entendimento dos sujeitos da pesquisa (maiores informações abaixo, no tópico “fases da coorte”).

Tais formulários foram aplicados sob a forma de entrevista direta, com perguntas direcionadas às mães pelo entrevistador, o qual realizava o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Assim, para efetivação dessa fase da pesquisa foi realizado o devido treinamento dos entrevistadores, a fim de dar suporte metodológico aos mesmos e evitar vieses na obtenção dos dados.

5.3.2 Treinamentos dos entrevistadores

Para a coleta de dados referente ao Projeto 1, os inquiridores realizaram Curso sobre Manejo da Amamentação no CIAMA/BLH/HGCA, com carga horária de 20 horas. Além disso, procedeu-se a oito horas de treinamento específico, sobre metodologia da pesquisa, objetivos e o modo de abordagem das mães e da coleta de dados.

Quanto ao Projeto 2, para aplicação do inquérito de frequência alimentar foi realizado treinamento específico com nutricionista, membro integrante da equipe de pesquisa; e, treinamento para tomadas das medidas de peso e altura.

Na etapa atual, novo treinamento foi realizado para aplicação do inquérito de frequência alimentar com os mesmos procedimentos da etapa anterior, incluindo a aferição de pressão arterial das crianças aos seis anos de idade.

5.3.3 Plano Piloto

Plano pilotos foram realizados anteriormente à coleta de dados do Projeto 1 e Projeto 2, visando elucidar deficiências nos formulários de pesquisa e corrigi-las.

5.4 FASES DA COORTE

Para se entender a dinâmica desta coorte, quatro etapas serão descritas na tentativa de esclarecer o processo de obtenção dos dados. A primeira etapa representa a fase de desenvolvimento do Projeto 1, que contou com três partes (I, II, III). As demais etapas em conjunto dão corpo ao desenvolvimento do Projeto 2, assim a segunda, terceira e quarta etapa corresponderam, respectivamente, ao formulário parte IV, V e VI.

5.4.1 Formulário de Coleta – Parte I

Na fase inicial da coorte, foi aplicado um formulário de pesquisa para as mães, ainda na maternidade, que buscava investigar informações referentes ao período de gestação, o atendimento recebido no pré-parto, na sala de parto e sobre o alojamento conjunto da mãe e recém-nascido. Além disso, buscou-se construir o perfil socioeconômico e demográfico das mães, por meio de variáveis que versavam sobre renda, nível de escolaridade e trabalho, entre outras (APÊNDICE A).

5.4.2 Formulário de Coleta – Parte II

Nesta fase da coorte, desenvolvida com um mês de vida (primeira visita domiciliar), se buscou elucidar fatos referentes à evolução do manejo da lactação e do aleitamento do recém-nascido. Além disso, as mães foram indagadas quanto à introdução de alimentos complementares na dieta do bebê, bem como sobre a interrupção do aleitamento materno, morbidade apresentadas pelas mesmas e pelo bebê. Também, nessa fase foram coletadas informações relativas aos hábitos de sucção (APÊNDICE B).

5.4.3 Formulário de Coleta – Parte III

Esta fase da coorte abrangeu o 2º, 3º 4º e 5º mês de vida da criança. Nestes períodos, foram investigadas questões específicas sobre as lactentes que desenvolveram alguma infecção na mama, por meio do estudo de aspectos referentes à mastite. Além disso, buscou-se identificar fatos referentes ao aleitamento materno ou interrupção do mesmo, morbidades das crianças, bem como a presença de hábitos de sucção entre as mesmas. Para tanto, formulário único foi empregado para estudar os fatores relacionados aos períodos acima referidos (APÊNDICE C).

5.4.4 Formulário de Coleta – Parte IV

Nesse momento, que abrangeu os 6, 9, 12 e 18 meses de vida da criança, manteve-se a investigação da prática do aleitamento materno ou interrupção do mesmo. Da mesma forma, questões como, consumo alimentar da criança, morbidade, hábitos de sucção e higiene bucal foram elucidadas. Quanto às mães, preocupou-se em investigar a existência de alterações na mama e a caracterização do trabalho materno (APÊNDICE D).

5.4.5 Formulário de Coleta – Parte V

Aos 24º, 30º, 36º, 42º, 48º e 60º mês de vida da criança, foram investigadas características biológicas da criança, além da continuidade da investigação sobre aleitamento materno, morbidade, prática alimentar, presença de hábitos de sucção e higiene bucal da mesma. Entre as mães, buscou-se conhecer alterações corporais decorrentes da gravidez, alterações na mama e dinâmica do trabalho. Além disso, dentre outras análises, medidas de peso, pressão arterial e altura foram tomadas semestralmente das crianças com dois anos ou mais.

5.4.6 Formulário de Coleta – Parte VI

A título de informação, atualmente a coleta de dados da coorte continua em andamento com a investigação de informações relativas aos 72 meses de idade das crianças, além de mensuração de pressão arterial, peso e estatura. Para a presente dissertação, diante do prazo de 24 meses para conclusão do curso de Mestrado, foram empregados apenas os dados coletados até os 12 meses de idade, sendo o pioneiro de vários futuros estudos, dentro desta coorte.

5.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados em bancos, por meio da realização de dupla digitação, desenvolvida por dois digitadores distintos e independentes. Após essa fase, os bancos resultantes da dupla digitação, realizada para cada ciclo de coleta, foram validados, a partir do cruzamento de suas informações. As informações divergentes, entre os bancos, foram conferidas nos respectivos formulários de pesquisa, contribuindo para controle de qualidade dos dados utilizados para desdobramento das análises estatísticas.

5.6 PERDA DE PARTICIPANTES

A perda de participantes, ao longo do seguimento da coorte, se deu conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 3 – Visitas e perdas relativas ao seguimento da coorte de nascidos vivos de Feira de Santana-BA¹

		Visitas realizadas	Número de Crianças em seguimento	Percentual de Crianças em seguimento
1ª Etapa*	I Parte	Visita no Hospital	1309	100,00
	II Parte	Visita Domiciliar 1	1309	100,00
	III Parte	Visitas domiciliar 2	1268	96,87
		Visitas domiciliar 3	1247	95,26
		Visitas domiciliar 4	1217	92,97
Visitas domiciliar 5		1196	91,37	
2ª Etapa*	IV Parte	Visita Domiciliar aos 6 meses de idade da criança	1134	86,63
		Visita Domiciliar aos 9 meses de idade da criança	1074	82,05
		Visita Domiciliar aos 12 meses de idade da criança	1037	79,22
		Visita Domiciliar aos 18 meses de idade da criança*	984	75,17
		Visita Domiciliar aos 24 meses de idade da criança	908	69,37
3ª Etapa	V Parte	Visitas Domiciliares aos 36 meses de idade da criança	848	64,78
		Habitação e Saneamento		
4ª Etapa	VI Parte	Visita Domiciliar aos 72 meses de idade da criança**	672	51,34

* Após o primeiro ano de vida, por questões operacionais, foram seguidas apenas 984 crianças

** Aos 72 meses, por limitação bolsa fomento, calculado amostra aleatória simples com correção para população finita

¹Extraído do projeto original da coorte

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto 1 de pesquisa desta coorte foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, e aprovado sob

protocolo 012/2003 (APENDICE E). Da mesma forma, o Projeto 2 foi alvo de apreciação do CEP/UEFS e foi aprovado sob o protocolo 077/2006 (APENDICE G).

Durante todas as fases da pesquisa foi observado o que reza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE F) para orientar os sujeitos da pesquisa no tocante a questões relativas à pesquisa, e registrar a anuência do mesmo para participar da coorte.

5.8 VANTAGENS E LIMITAÇÕES

Estudo de coorte são os desenhos observacionais com maior consistência para abordagem de hipóteses etiológicas, elucidadas por meio de medidas de risco, sobretudo, por oferecer uma clara definição temporal dos eventos em estudo (exposição-desfecho) (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011). Ademais, este tipo de desenho minimiza potenciais vieses de memória, por aferir o evento em momento próximo ao seu acontecimento, permite a investigação de múltiplos desfechos e teste de novas hipóteses ao longo do seu desenvolvimento (AQUINO; BARRETO; SZKLO, 2011).

Por outro lado, a realização de pesquisa dessa natureza esbarra em algumas limitações inerentes à mesma, como alto custo, por demandar o seguimento de grandes amostras, complexidade de operacionalização e perda de participantes ao longo do seguimento, o que pode contribuir para viés de seleção (AQUINO; BARRETO; SZKLO, 2011).

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma investigação do tipo coorte, com dados coletados até os 12 meses de acompanhamento. Inicialmente, buscou-se elucidar o comportamento das crianças estudadas, no tocante a hábitos de sucção e aleitamento materno, durante o primeiro ano de vida. Acrescenta-se que foi avaliada a presença de hábito de sucção, de chupeta, associado ao aleitamento materno exclusivo, realizado até quatro meses e seis meses, e ajustada por potenciais confundidores de efeito.

6.2 AMOSTRAGEM

6.2.1 Tamanho da amostra

Para desenvolvimento da presente pesquisa, foi calculado um tamanho amostral de 99 indivíduos, em cada grupo alvo da comparação. Tal valor foi obtido levando em consideração a proporção do desfecho para o grupo de expostos e não expostos, tomando como referência o estudo de Holanda e outros (2009). Tal estudo foi utilizado como referência em virtude de seu desenho – caso-controle – já que muitos estudos encontrados na literatura são transversais, além do fato de ter sido realizado numa cidade da região Nordeste.

Desta forma, o tamanho amostral, pra cada grupo a ser estudado, ideal para desenvolvimento desta investigação, conforme os parâmetros acima estabelecidos foi dado por:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{\delta^2}$$

(LUIZ; MAGNANI, 2009)

Onde:

δ = Tamanho do efeito que se deseja medir, o qual corresponde à diferença da proporção de desfecho entre expostos e não expostos;

p_1 = proporção de desfecho entre expostos, conforme parâmetro obtido por Holanda et al. (2009);

p_2 = proporção de desfecho entre não expostos, conforme parâmetro obtido por Holanda et al. (2009);

α = valor de significância de 5%;

$1-\beta$ = poder de teste de 90%

d_{eff} = efeito do delineamento amostral de 1,5.

6.2.2 Seleção dos participantes

Apesar do n amostral calculado para esta pesquisa ($n = 198$) ser menor que o total de indivíduos acompanhados até os 12 meses na coorte, foram incluídos no estudo todos os indivíduos com seguimento completo até tal idade ($n = 1037$).

6.3 SELEÇÃO DOS DADOS

O banco de dados da atual pesquisa foi construído com as questões de interesse presentes nos inquéritos da coorte realizados no hospital (APÊNDICE A), primeira visita domiciliar (APÊNDICE B), bem como em subsequentes (2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 9º e 12º) (APÊNDICE C e D).

6.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

No quadro a seguir (Quadro 4) serão apresentadas as variáveis utilizadas nesta pesquisa, bem como suas respectivas definições e categorização. Na Parte I, constam as variáveis principais da pesquisa (independente e dependente) a utilizadas para estudo da associação entre aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta. Em seguida,

na Parte II, constam as co-variáveis investigadas quanto ao potencial de modificação ou confundimento da associação.

Quadro 4: Sumarização das variáveis utilizadas na pesquisa

PARTE I – VARIÁVEIS PRINCIPAIS			
VARIÁVEL		DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
INDEPENDENTE	Aleitamento materno exclusivo	Definida conforme conceituação adotada pela OMS, que classifica o aleitamento materno em exclusivo, predominante e complementado (WHO, 2007). Esta variável foi construída a partir da investigação da prática alimentar da criança, nas 24 horas anteriores a coleta e mensurada nas idades de até quatro meses e seis meses.	1-Sim (Exclusivo) 2-Não (Predominante) 3-Não (Complementado) 4-Não (Não mama)
DEPENDENTE	Sucção de chupeta	Uso de bico artificial sem finalidade nutritiva, aos 12 meses. Foi obtida de forma auto-referida pela mãe da criança.	1- Sim 2- Não
PARTE II - VARÁVEIS INDEPENDENTES EXTERNAS			
VARIÁVEL		DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Sexo da criança		Obtido de forma auto-referida, com confirmação no prontuário. Representa a caracterização biológica.	1-Masculino 2-Feminino
Idade materna		Mensurada de forma auto-referida, com confirmação no prontuário. Números de anos de vida da mãe da criança.	1- < 20 anos 2- ≥ 20 anos
Idade gestacional do nascimento		Mensurada de forma auto-referida, com confirmação no prontuário. Corresponde ao tempo entre a última menstruação e o nascimento do bebê.	1- A termo (37 a 42 semanas de gestação) 2- Pré-termo (menos de 37 semanas de gestação)
Cor materna		Auto-referência da raça/cor da pele materna	1- Branca 2- Preta/Parda
Peso de nascimento		Conferido no cartão da criança e prontuário. Representa o peso da criança na ocasião do nascimento.	1- < 2.500 gramas 2- ≥ 2.500 gramas
Tipo de parto		Mensurada de forma auto-referida, com confirmação no prontuário. Representa o mecanismo de nascimento da criança.	1- Natural 2- Fórceps/Cesariano

Pré-natal	Mensurada de forma auto-referida. Descreve a realização de consulta pré-natal pela mãe.	1- Sim 2- Não
Número de consultas de pré-natal	Mensurada de forma auto-referida. Quantifica o número total de consultas pré-natal realizadas pela mãe.	1- 0-3 consultas 2- 4-5 consultas 3- ≥ 6 consultas
Escolaridade materna	Mensurada de forma auto-referida. Representa o nível de escolaridade materna, a partir da descrição do grau e série cursados, para definição do número de anos de estudo.	1- Ensino fundamental incompleto 2- \geq Ensino fundamental completo
Trabalho materno fora do lar	Variável auto-referida, que representa a realização de quaisquer atividades laborais fora do domicílio.	1- Sim 2- Não
Renda familiar	Variável auto-referida, que representa, em Reais, o ganho mensal da família da criança.	1- ≤ 1 salário mínimo 2- 2-3 salários mínimos 3- ≥ 4 salários mínimos

6.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para análise estatística foi utilizado o programa estatístico R versão 2.14.0. Na primeira fase, foi realizada a descrição das variáveis, através de medidas de frequência e tendência central. Após essa etapa, foi possível categorizá-las, utilizando como subsídios os padrões e pontos de corte estabelecidos na literatura, ou a distribuição das mesmas.

Posteriormente, foi efetuada a análise bivariada, utilizando o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson, com valor de significância de 5%, para comparar a proporção de desfecho entre expostos e não expostos. Assim, a avaliação da associação entre as variáveis, foi realizada com o cálculo de Riscos Relativos e Intervalos de Confiança de 95%.

Em seguida, foi efetuada a avaliação de interação e confundimento de efeito, por meio da análise estratificada e multivariada. Inicialmente, avaliou-se a modificação de efeito a partir do Teste de Wald, com significância de 10%. Ao identificar uma variável modificadora de efeito, foi realizada a análise da associação principal em cada categoria/estrato da mesma – análise de subclasses.

Para avaliar o confundimento, realizou-se o cálculo do Risco Relativo e Intervalo de Confiança de 95%, ajustados para cada co-variável individualmente, utilizando a Técnica de Mantel-Haenszel. A investigação deste efeito foi complementada por modelagem de Regressão Logística, aplicando o Ajuste Condicional para obtenção do risco relativo (WILCOSKY; CHAMBLESS, 1985) e Método Delta para cálculo do intervalo de confiança de 95% (OLIVEIRA; SANTANA; LOPES, 1997).

A seleção de variáveis para a modelagem foi subsidiada pelo critério empírico, através da análise bivariada ($p < 0,30$), análise de modificação de efeito ($p < 0,10$) e análise de confundimento de cada co-variável individualmente (diferença entre RR bruta e ajustada $\geq 10\%$). Além disso, o critério teórico sobre a temática também foi utilizado para subsidiar a decisão relativa à inclusão de variáveis no modelo.

A análise final de modificação de efeito foi empreendida com modelagem de regressão logística, utilizando o Teste de Wald ao nível de 10%. Da mesma forma, a análise de confundimento foi aplicada, com estratégia *backward*. Assim, procedeu-se ao cálculo das medidas de associação ajustadas (RR) e seus intervalos de confiança de 95%, que posteriormente foram comparadas às medidas brutas, a fim de avaliar a existência de confundimento.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Nessa pesquisa, foi feita uma nova contribuição científica com os dados obtidos nessa coorte, a partir da abordagem metodológica acima descrita. Como o estudo de coorte estava em andamento durante a realização deste estudo, o comprometimento com a Resolução 196/96 foi observado em todas as fases da pesquisa.

Cumprе salientar que a participação dos indivíduos na coorte esteve condicionada ao consentimento livre e esclarecido, materializado na assinatura de documento (TCLE) específico para tal.

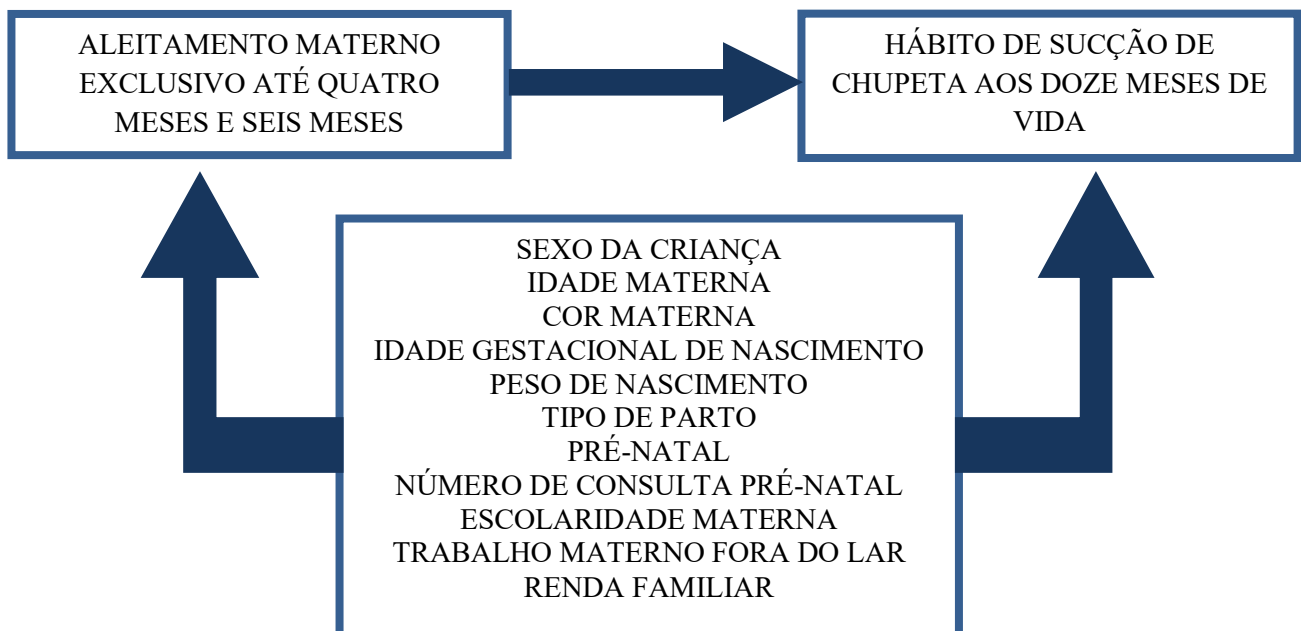
6.7 MODELO EXPLICATIVO

Esta pesquisa teve caráter investigatório ou confirmatório da possível associação entre a variável independente “aleitamento materno exclusivo” com a variável dependente “hábito de sucção de chupeta” (Modelo 1).

O diagrama abaixo ilustra o percurso que foi seguido na análise estatística dos dados. Além de aferir a associação com a variável independente principal “aleitamento materno exclusivo”, outras variáveis independentes externas (co-variáveis) foram eleitas, para que fosse averiguado como o desfecho “sucção de chupeta” condicionava-se a elas.

Foram investigadas como potenciais modificadores/confundidores as variáveis “sexo da criança”, “idade materna”, “cor materna”, “idade gestacional do nascimento”, “peso de nascimento”, “tipo de parto”, “pré-natal”, “número de consultas pré-natal”, “escolaridade materna”, “trabalho materno fora do lar” e “renda familiar”.

Modelo 1: Modelo explicativo utilizado para o estudo da associação entre aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta, em crianças de um ano.



7 RESULTADOS

Artigo: “Aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta em crianças - um estudo de coorte”

Exclusive Breastfeeding and pacifier sucking habit in children – a cohort study

Suélem Maria Santana Pinheiro, DDS^{*}; Isaac Suzart Gomes-Filho^{*}, MSc, PhD; Graciete Oliveira Vieira^{*}, MSc, PhD; Técia Daltro Borges Alves^{*}, MSc, PhD

^{*}Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Feira de Santana-BA

Autor para correspondência: Isaac Suzart Gomes-Filho – Avenida Getúlio Vargas, 379, Centro. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44.025-010. Telefone /fax: 55 75 3623-0661; e-mail: isuzart@gmail.com

Fontes de recurso: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Título resumido: Aleitamento materno e sucção de chupeta / Breastfeeding and pacifier sucking

Palavras-chave: Aleitamento materno, Chupeta, Epidemiologia

Abreviações: OMS – Organização Mundial de Saúde

AME – Aleitamento materno exclusivo

AMP – Aleitamento materno predominante

AMC – Aleitamento materno complementado

RR – Risco relativo

IC – Intervalo de confiança.

Número de tabelas e figuras: 1 gráfico e 4 tabelas

Conflito de interesses: Nada a declarar.

RESUMO

Objetivo: Estimar a associação entre aleitamento materno exclusivo, até 4 e 6 meses após o nascimento, e hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida.

Método: Um estudo de coorte foi realizado com 1037 nascidos vivos até 12 meses de vida. Aos 4 e 6 meses após o nascimento, as crianças foram classificadas de acordo com o tipo de aleitamento materno em: 1-aleitamento materno exclusivo, 2- aleitamento materno predominante, 3- aleitamento materno complementado e 4-sem amamentação. Ademais, a amostra foi dividida em dois grupos, conforme presença ou não do hábito de sucção de chupeta, aos 12 meses. Para obtenção da medida de associação principal, o Risco Relativo, com seu respectivo intervalo de confiança, foi calculado, bem como investigados possíveis co-variáveis de interação e confundimento.

Resultados: O risco de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi maior em crianças sob aleitamento materno complementado (1,68 vezes e 1,43 vezes) e naquelas sem amamentação (2,67 vezes e 3,30 vezes), tanto até 4 quanto 6 meses de vida, respectivamente, quando comparado ao daquelas crianças sob aleitamento materno exclusivo. Esses resultados, estatisticamente significantes, foram obtidos após ajuste para *cor materna, número de consultas no pré-natal e renda familiar*. Na análise de subgrupo, por *cor materna*, no estrato de mães brancas, o risco do hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi 2,24 vezes maior em crianças que estavam sem amamentação em comparação com aquelas em aleitamento materno exclusivo, aos 6 meses de vida ($RR_{ajustado} = 2,24$; $IC95\% = 1,42-3,52$). Para o estrato cor materna preta/parda, o risco do hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi maior, tanto entre as criança sob aleitamento materno complementado ($RR_{ajustado} = 1,76$; $IC95\% = 1,13-2,74$) quanto sem a amamentação ($RR_{ajustado} = 4,33$; $IC95\% = 2,78-6,77$), comparado àquele em crianças sob aleitamento materno exclusivo.

Conclusões: A não amamentação se mostrou um fator de risco para o desenvolvimento do hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida, conseqüentemente o aleitamento materno exclusivo se mostrou como fator protetor contra o desfecho estudado.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Hábito. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To estimate the association between exclusive breastfeeding until 4 and 6 months after birth, and pacifier sucking habit at 12 months of life.

Methods: A cohort study was conducted with 1037 live births to 12 months of life. At 4 and 6 months after birth, children were classified according to the type of breastfeeding: 1. exclusive breastfeeding, 2. predominant breastfeeding, 3. complementary breastfeeding, and 4. no breastfeeding. Moreover, the sample was divided into two groups according to presence or absence of pacifier sucking habit at 12 months. To obtain the principal association measure, the relative risk, with its respective confidence interval, was calculated, as well as co-variables investigated to possible interaction and confounding.

Results: O risco de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi maior em crianças sob aleitamento materno complementado (1,68 vezes e 1,43 vezes) e naquelas sem amamentação (2,67 vezes e 3,30 vezes), tanto até 4 quanto 6 meses de vida, respectivamente, quando comparado ao daquelas crianças sob aleitamento materno exclusivo. These results, statistically significant, were obtained after adjustment for maternal color, number of consultation at pre-natal and family income. In subgroup analysis, maternal color, the stratum of white mothers, the risk of pacifier sucking habit at 12 months was 2.24 times higher in children who were not breastfeeding compared with those exclusively breastfed, at 6 months of life ($RR_{adjusted} = 2.24$, 95% CI 1.42 to 3.52). For the maternal color, stratum black / brown, the risk of pacifier sucking habit at 12 months of age was higher, both among children under complementary breastfeeding ($RR_{adjusted} = 1.76$, 95% CI 1.13 to 2.74) or without breastfeeding ($RR_{adjusted} = 4.33$, 95% CI 2.78 to 6.77), compared to that in children under exclusive breastfeeding.

Conclusions: No breastfeeding proved to be a risk factor for development of pacifier sucking habit at 12 months of life, consequently, exclusive breastfeeding showed as a protector factor against the studied outcome.

Keywords: Breastfeeding. Pacifier. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que, até os seis meses, a criança seja amamentada exclusivamente e, após esse período, a amamentação deva existir em caráter complementado até os dois anos ou mais (1). Entretanto, independentemente destas recomendações, quanto à duração e a forma ideal de aleitamento materno, é comum que esta prática seja interrompida antes do tempo preconizado, sobretudo a sua fase exclusiva (2).

A análise de indicadores de aleitamento materno no Brasil, em 2009, conforme parâmetros propostos pela OMS demonstrou que todas as capitais federativas tiveram **boa** prevalência de aleitamento na primeira hora de vida (50-89%), prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses **ruim** (12-49%) em vinte três capitais e duração mediana do aleitamento materno **muito ruim** (0-17 meses) em vinte seis capitais (3).

Muitos fatores têm determinado a duração do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno total, a exemplo dos aspectos culturais, sociais, econômicos, biológicos e psicológicos, os quais formam uma teia complexa a permear a decisão materna de sustentar estas práticas (4,5).

As recomendações em torno do aleitamento materno se intensificam por este representar uma prática com profundas implicações para toda a sociedade, que se traduz em benefícios no campo físico, psicológico e social (6,7,8). Assim, o debate mundial em saúde tem apresentado a preocupação em protegê-lo, baseando suas recomendações nas mais abrangentes evidências da ciência moderna.

Um ponto de interesse da Odontologia, no âmbito do aleitamento materno, é o potencial dessa prática existir como mecanismo ideal para que a criança alcance saciedade nutricional, emocional e adequado estímulo neuromuscular para desenvolvimento correto do sistema estomatognático. Sobre o componente emocional, a teoria freudiana aponta que no

primeiro estágio do desenvolvimento psicosssexual humano – fase oral – que perdura até por volta dos dois anos de idade, a satisfação e o prazer estão relacionados à boca (9). Assim a sucção representa um reflexo presente desde os estágios iniciais da vida, importante para o desenvolvimento de funções normais, e que, ao possibilitar a extração do leite do seio materno, contribui para a nutrição infantil, o equilíbrio emocional, e maturação das funções de mastigação, deglutição, respiração e fala, representando, nesse particular, um ato primordial à sobrevivência do recém-nascido (10).

Nesta perspectiva, alguns autores têm proposto que quando a criança não obtém saciedade emocional e estímulo adequado à maturação do sistema estomatognático provindos do aleitamento materno, recorre a outros mecanismos para fazê-los, o que pode incorrer na instalação de hábitos de sucção (11, 12). Estes, por sua vez, podem incorrer em anormalidade morfológica e funcional das estruturas do sistema estomatognático e instalação de oclusopatias (12, 13, 14, 15). Nas capitais brasileiras, em 2009, a prevalência de chupeta em crianças de até 12 meses foi de 42,6%, verificando-se maior frequência na região Sul (53,7%), seguido do Sudeste (50,3%), Nordeste (43,6%), Centro-oeste (35,3%) e, por último, com menor prevalência, o Norte (25,5%).

Assim, o objetivo desta pesquisa foi verificar, a partir de um estudo longitudinal de acompanhamento de nascidos vivos, a associação entre aleitamento materno exclusivo, com duração até 4 meses e 6 meses, e hábito de sucção de chupeta em crianças aos doze meses de vida.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte de nascidos vivos, seguidos até o primeiro ano de vida, como o objetivo de testar a hipótese de que o aleitamento materno exclusivo é um fator de proteção contra a presença do hábito de sucção de chupeta aos doze meses de idade.

Esta investigação está inserida no estudo de coorte com nascidos vivos de Feira de Santana-BA, Brasil, a qual foi iniciada em 2004, e que se encontra em seguimento há mais de sete anos (16).

Esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, e aprovada pelo protocolo 012/2003 e 077/2006.

Local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na cidade Feira de Santana, Bahia, Brasil. Distante 108 Km da capital Salvador, e apresentando uma população de 556.642 habitantes, dentre os quais, 8.319 indivíduos possuem idade de um ano (17), é considerada a segunda maior cidade do Estado.

Sujeitos da pesquisa e Amostragem

Foi utilizada como referência para a coorte, a população de mulheres que pariram nos dez hospitais da cidade, que disponibilizavam o atendimento a partos. Utilizou-se amostra de base populacional, do tipo consecutiva. O início da coleta de dados em cada hospital se deu mediante amostragem no tempo, permanecendo o processo de coleta durante dois meses consecutivos. A amostragem dos hospitais no tempo foi utilizada para minimizar possível viés de seleção.

Dados do Ministério da Saúde para 2004 (18) e 2005 (19), geraram uma estimativa bimensal de 1.916 e 1.989 nascimentos, respectivamente. Após redução do percentual estimado de indivíduos não residentes em área urbana (20%), daqueles provenientes de

pequenas cidades circunvizinhas (10%), e de aplicação de critérios de inclusão (residência em área urbana, ausência de complicações que impedissem a amamentação, consentimento livre e esclarecido) e exclusão (residir fora da zona urbana, situação de saúde que impediu a amamentação, internamento do recém-nascido por mais de 72 horas, endereços não localizados ou de risco, filhos separados judicialmente das mães) foram seguidos 1309 indivíduos.

Aos 12 meses de seguimento, período para mensuração do desfecho de interesse para esta pesquisa, 79,22% das crianças incluídas no estudo ainda mantinham-se em acompanhamento, havendo uma perda de 272.

Procedimento e instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário composto de quatro partes. A **primeira** foi aplicada no hospital, a **segunda** foi utilizada em visita domiciliar para as crianças de um mês, a **terceira** foi aplicada nas crianças com dois, três, quatro e cinco meses, e, a **quarta** parte foi aplicada nas crianças com seis, nove e doze meses. O conteúdo dos formulários variou conforme as peculiaridades de cada fase, mas, de um modo geral, investigou aspectos sócio-econômicos, demográficos, aleitamento materno, alimentação, características biológicas e perfil nosológico das crianças, além de aspectos relativos à saúde bucal.

Ademais, a aplicação dos formulários, testados por estudo piloto, foi realizada por entrevistadores devidamente treinados. Posteriormente, os dados foram duplamente digitados, por indivíduos independentes, e os bancos finais validados para garantia da qualidade dos mesmos.

Cálculo do tamanho amostral

Levando-se em consideração a proporção do desfecho para o grupo de expostos e não expostos, tomando como referência os parâmetros obtidos na literatura (10), o tamanho do efeito que se desejou medir (p_1-p_2), um valor de significância de 5% (α), poder de teste de 90% ($1-\beta$) e efeito do delineamento amostral de 1,5, o tamanho amostral de 99 indivíduos, em cada grupo de comparação, foi obtido.

Variáveis do estudo

Aleitamento materno exclusivo (variável de exposição): A coleta dessa informação, medida aos 4 meses e 6 meses de vida da criança, foi realizada a partir de investigação alimentar, a exemplo de uso de leite materno, água, chá, suco, mingau, papa de fruta, sopa, comida da família, outro leite, dentre outros, com recordatório de 24 horas. Em seguida, as crianças foram classificadas em quatro grupos, de acordo com o tipo de aleitamento:

- **Grupo com aleitamento materno exclusivo (AME):** quando a criança recebia apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem uso de outros alimentos sólidos ou líquidos, exceto xaropes de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;
- **Grupo com aleitamento materno predominante (AMP):** a criança recebe leite materno juntamente com outros líquidos, tais como água, chás, infusões, sucos de frutas e fluidos rituais. No entanto, não recebe nenhum outro leite;
- **Grupo com aleitamento materno complementado (AMC):** a criança recebe leite materno, alimentos semi-sólidos e sólidos, no entanto os demais alimentos recebidos têm o caráter complementar e não substitutivo;
- **Grupo que não amamentava (DESMAME):** a criança não recebia leite materno.

Hábito de Sucção de Chupeta (variável de desfecho): A coleta da informação de hábito de sucção de chupeta, medida no inquérito realizado aos doze meses de vida, foi definida quando a criança usava bico artificial, sem finalidade nutritiva. Assim, as crianças foram classificadas em dois grupos:

- Grupo **com** hábito de sucção de chupeta;
- Grupo **sem** hábito de sucção de chupeta.

Co-variáveis do estudo: Questões referentes à criança, a exemplo de sexo, idade gestacional de nascimento, peso ao nascimento e tipo de parto, foram obtidas nos inquéritos acima referidos. Além disso, características maternas, como idade, raça/cor, informação do pré-natal, nível de escolaridade, ocupação materna e renda familiar, também foram coletadas para o presente estudo.

Modelos de análise do estudo

Além disso, para testar a hipótese do estudo, dois modelos foram criados de acordo com o tempo de medida da variável de exposição. No **primeiro modelo**, a variável independente *aleitamento materno exclusivo* foi coletada aos *quatro meses* de vida da criança, enquanto que a variável dependente *hábito de sucção de chupeta aos 12 meses*. Já no **segundo modelo**, a variável independente *aleitamento materno exclusivo* foi coletada aos *seis meses* de vida da criança, enquanto que a variável dependente *hábito de sucção de chupeta aos 12 meses*.

Procedimento de análise dos dados

O processamento e análise dos dados foram realizados com auxílio do programa estatístico R 2.14.2. Num primeiro momento, análises descritivas foram realizadas da variável

independente principal (aleitamento materno exclusivo) e de todas as co-variáveis consideradas no estudo, por meio da frequência simples e as medidas de tendência central foram obtidas. A variável dependente foi categorizada em presença do hábito de sucção de chupeta ou ausência do referido hábito. A categorização das variáveis contínuas, quando requerida, foi feita com base na distribuição ou conforme pontos de corte identificados na literatura. Diferenças estatísticas entre os grupos com e sem hábito de sucção de chupeta, foram obtidas empregando-se o teste Qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas, com nível de significância de 5%.

A avaliação da associação entre aleitamento materno exclusivo e hábito de sucção de chupeta foi estimada através do Risco Relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Para efeito de cálculo da medida de associação principal, o aleitamento materno exclusivo foi a categoria de referência para comparação com os outros três estratos da variável exposição: aleitamento materno predominante (AMP), aleitamento materno complementado (AMC), e não amamentação (DESMAME).

Na análise estratificada, foram selecionadas as candidatas à modificação de efeito e confundimento para a modelagem. O Teste Qui-quadrado de Wald foi aplicado para verificar a existência de possíveis modificadores de efeito (alfa de 10%). As potenciais variáveis de confundimento foram selecionadas a partir de bases teóricas e empíricas, considerando uma diferença relativa maior ou igual a 10 % entre as medidas ajustadas, pelo método de Mantel-Haenszel, de cada co-variável e a medida de associação bruta.

Na análise de regressão logística, a presença das co-variáveis modificadoras de efeito foi verificada usando o teste Qui-quadrado de Wald como teste de homogeneidade ($p \leq 0,10$). Para aquelas variáveis nas quais não se identificou empiricamente a presença de modificação de efeito, o papel da variável de confundimento foi avaliado, empregando-se a estratégia *backward* na análise de regressão logística, assumindo como tal aquela que produzisse uma

alteração de pelo menos 10% na medida de associação. A partir de embasamentos teóricos, confundidores clássicos também foram mantidos no modelo. Nessa fase, as medidas de associação ajustadas (Risco Relativo) foram obtidas, juntamente com seus intervalos de confiança, calculados a partir do Método Delta (20).

RESULTADOS

Diante do número amostral utilizado para realização desta pesquisa de 1.037 crianças, nível de confiança de 95% estabelecido e parâmetros obtidos, obteve-se um poder de estudo de até 99%, na dependência do modelo em questão.

A amostra dessa investigação consistiu de 1.037 crianças, das quais se dispunha de seguimento completo desde o nascimento até os doze meses de vida, sendo que destas 447 compuseram o **grupo com hábito de sucção de chupeta** e 590 o **grupo sem hábito de sucção de chupeta**. Houve predomínio de crianças do sexo masculino tanto no grupo com hábito de sucção de chupeta (54,1%) quanto no grupo sem o referido hábito (51,5%).

As características biológicas das crianças e características gerais das mães do estudo, de acordo com os grupos de comparação (hábito de sucção de chupeta ou não), estão apresentadas na Tabela 1. Os grupos de comparação se mostraram relativamente homogêneos com relação à maioria das características, exceto, como já esperado, para aquelas relativas ao tipo de aleitamento materno, tanto até quatro meses ($p = 0,00$), quanto até seis meses ($p = 0,00$).

No grupo de crianças com hábito de sucção de chupeta houve maior frequência de aleitamento materno complementado (34,9% vs 25,1%) e não amamentação (23,1% vs 3,90%) até aos 4 meses, do que naquele grupo de crianças sem o hábito de sucção. Do mesmo modo, no grupo de crianças com hábito de sucção de chupeta houve maior frequência de não

amamentação (40,3% vs 6,8%) até 6 meses, do que naquele grupo de crianças sem o hábito de sucção.

Por outro lado, a maior frequência de aleitamento materno exclusivo (43,5% vs 25,9%; 14,9% vs 6,7%) e predominante (27,5% vs 16,1%; 13,90% vs 6,2%) até aos 4 e 6 meses, respectivamente, foi observada no grupo de crianças sem o hábito de sucção de chupeta, quando comparado àquele com o referido hábito. Até os 6 meses, houve também maior frequência de aleitamento materno complementado (64,4% vs 46,8%) no grupo de crianças sem o hábito de sucção de chupeta do que naquele grupo com o hábito de sucção.

A diferença estatisticamente significativa entre os grupos de comparação foi observada quando se comparou o aleitamento materno exclusivo, com o aleitamento materno complementado e desmame até os 4 meses de vida. Já na comparação até os 6 meses, esta diferença estatisticamente significativa foi observada apenas quando se confrontou aquelas crianças sob aleitamento materno exclusivo e desmame.

Tabela 1 – Características biológicas das crianças e características gerais das mães, de acordo com o hábito ou não de sucção de chupeta aos 12 meses de vida (n = 1.037). Coorte de nascidos vivos, Feira de Santana-BA, 2011.

Características	Hábito de Sucção de Chupeta aos				P*
	12 Meses				
	Sim n = 447		Não n = 590		
	n	%	n	%	
Tipo de aleitamento					
materno até 4 meses					
Exclusivo	116	25,9	257	43,5	
Predominante	72	16,1	162	27,5	
Complementado	156	34,9	148	25,1	0,00
Não mama	103	23,1	23	3,9	0,00
Tipo de aleitamento					
materno até 6 meses					
Exclusivo	30	6,7	88	14,9	
Predominante	28	6,2	82	13,9	
Complementado	209	46,8	380	64,4	
Não mama	180	40,3	40	6,8	0,00
Sexo da criança					
Masculino	242	54,1	304	51,5	
Feminino	205	45,9	286	48,5	0,40

Idade gestacional

Pré-termo	16	3,6	22	3,7	0,89
A termo	431	96,4	568	96,3	

Peso de nascimento

< 2.500 gramas	20	4,5	26	4,4	0,96
≥ 2.500 gramas	427	95,5	564	95,6	

Tipo de parto

Cesáreo/Fórceps	196	44,1	267	45,3	0,70
Natural	250	55,9	323	54,7	

Idade materna

< 20 anos	83	18,6	114	19,3	0,76
≥ 20 anos	364	81,4	476	80,7	

Raça/Cor materna

Branca	84	18,8	95	16,1	0,26
Preta/Parda	363	81,2	495	83,9	

Realização de pré-natal

Não	17	3,8	13	2,2	0,13
Sim	430	96,2	577	97,8	

Número de consultas pré-natal

0-3 consultas	37	8,3	44	7,5	
4-5 consultas	65	14,5	108	18,3	0,26
≥ 6 consultas	345	77,2	438	74,2	

Nível de escolaridade materna

Ensino fundamental incompleto	122	27,3	156	26,4	
≥ Ensino fundamental completo	325	72,7	434	73,6	0,76

Ocupação materna fora do lar

Sim	140	31,3	168	28,5	
Não	307	68,7	422	71,5	0,32

Renda familiar †

≤ 1 salário mínimo	226	50,6	316	53,6	
2-3 salários mínimos	154	34,4	173	29,3	0,19
≥ 4 salários mínimos	67	15,0	101	17,1	

* P = valor de p obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson: nível de significância ≤ 0,05;

† No período de coleta dos dados apresentados (2004-2005), o valor do salário mínimo era de R\$ 260,00.

A análise de associação entre aleitamento materno e hábito de sucção de chupeta foi realizada considerando o aleitamento até os quatro meses e também até os seis meses de vida.

Na Tabela 2 são apresentadas as medidas de associação para o aleitamento materno até os quatro meses. Na análise de associação bruta, observou-se que entre as crianças que realizaram aleitamento materno complementado até os 4 meses, o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi 65% maior do que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 1,65$, IC95% [1,37 - 1,99]), e essa diferença foi estatisticamente significativa. A análise de associação bruta ainda se mostrou mais forte entre as crianças que não foram amamentadas até os 4 meses, pois o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi de, aproximadamente, duas vezes e meia maior do que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 2,63$, IC95% [2,21 - 3,12]), e essa diferença também foi estatisticamente significativa. Na análise estratificada, não foi detectado efeito de interação nem de confundimento.

A análise de regressão logística confirmou que não houve interação e também não foram identificadas confundidores em relação às co-variáveis analisadas. No entanto, de acordo com a base teórica sobre o tema, *cor materna*, *número de consultas no pré-natal* e *renda familiar* foram incorporadas ao modelo. O ajuste para essas co-variáveis produziu uma discreta elevação da magnitude da associação, estatisticamente significativa (Tabela 2), reafirmando que o aleitamento materno complementado ($RR_{\text{ajustado}} = 1,68$, IC95% [1,39 - 2,02]) e a não amamentação ($RR_{\text{ajustado}} = 2,67$, IC95% [2,24 - 3,17]) até os 4 meses de vida são fatores de risco para o desenvolvimento do hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de idade.

Tabela 2 - Risco relativo (RR) e intervalo de confiança (IC 95%) da associação entre aleitamento materno exclusivo até quatro meses e o hábito de sucção de chupeta aos doze meses. Coorte de nascidos vivos, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011.

Exposição aos 4 Meses	Modelo	N	RR	IC_{95%}
AMP x AME *	Bruto	607	0,99	0,77-1,26
	Ajustado §		1,01	0,79-1,29
AMC x AME †	Bruto	677	1,65	1,37-1,99
	Ajustado §		1,68	1,39-2,02
DESMAME x AME ‡	Bruto	499	2,63	2,21-3,12
	Ajustado §		2,67	2,24-3,17

* Compara as crianças em Aleitamento Materno Predominante (AMP) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

† Compara as crianças em Aleitamento Materno Complementado (AMC) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

‡ Compara as crianças que não estavam recebendo aleitamento materno (DESMAME) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

§ Ajustado por cor materna, número de consultas pré-natal e renda familiar;

|| Nível de significância $\leq 0,05$.

A Tabela 3 apresenta as medidas de associação para o aleitamento materno até os 6 meses. Na análise de associação bruta, observou-se que entre as crianças que realizaram aleitamento materno complementado até os 6 meses o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi 39% maior do que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 1,39$, IC95% [1,00 - 1,94]), porém essa diferença

não foi estatisticamente significativa. A medida de associação bruta se mostrou ainda mais forte entre as crianças que não foram amamentadas até os 6 meses, pois o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi 3,22 vezes maior que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 3,22$, IC95% [2,35 - 4,41]), sendo essa diferença estatisticamente significativa. Na análise estratificada, a co-variável *cor materna* foi detectada como modificadora de efeito, porém não foram identificados potenciais confundidores.

Na análise de regressão logística para aleitamento materno aos 6 meses de vida, a co-variável *cor materna* foi confirmada como modificadora de efeito mas não foram identificados confundidores. Com base na fundamentação teórica as co-variáveis *número de consultas pré-natal* e *renda familiar* foram incorporadas ao modelo. Embora o conjunto de dados tenha possibilitado a verificação empírica de interação, os resultados foram apresentados de duas formas, para maior clareza do comportamento do risco relativo, em relação à modificação de efeito. Na Tabela 3 a *cor materna* foi utilizada para ajustar a medida de associação, juntamente com *número de consultas no pré-natal* e *renda familiar*. Na Tabela 4, procedeu-se a análise de subgrupos, por estratos de *cor materna*, ajustada por *número de consultas no pré-natal* e *renda*.

Na Tabela 3, o ajuste para as co-variáveis *cor materna*, *número de consultas no pré-natal* e *renda familiar* produziu uma discreta elevação da magnitude da associação, estatisticamente significativa, reafirmando que o aleitamento materno complementado ($RR_{\text{ajustado}} = 1,43$, IC95% [1,03 - 2,00]) e a não amamentação ($RR_{\text{ajustado}} = 3,30$, IC95% [2,40 - 4,54]) até os 6 meses de vida são fatores de risco para o desenvolvimento do hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de idade.

Tabela 3 - Risco relativo (RR) e intervalo de confiança (IC 95%) da associação entre aleitamento materno exclusivo até seis meses e o hábito de sucção de chupeta aos doze meses. Coorte de nascidos vivos, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011.

Exposição aos 6 Meses	Modelo	N	RR	IC _{95%}
AMP x AME*	Bruto	228	1,00	0,64-1,56
	Ajustado §		1,02	0,65-1,60
AMC x AME †	Bruto	707	1,39	1,00-1,94
	Ajustado §		1,43	1,03-2,00
DESMAME x AME ‡	Bruto	338	3,22	2,35-4,41
	Ajustado §		3,30	2,40-4,54

* Compara as crianças em Aleitamento Materno Predominante (AMP) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

† Compara as crianças em Aleitamento Materno Complementado (AMC) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

‡ Compara as crianças que não estavam recebendo aleitamento materno (DESMAME) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

§ Ajustado por cor materna, número de consultas pré-natal e renda familiar;

|| Nível de significância $\leq 0,05$.

A Tabela 4 apresenta as medidas de associação para o aleitamento materno até os 6 meses, na análise de subgrupos, por estratos de *cor materna*: subgrupo 1 – *branca* e subgrupo 2 – *preta/parda*. Na análise de associação bruta, observou-se que entre as crianças que realizaram aleitamento materno complementado até os 6 meses, no estrato de cor materna

preta/parda, o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi 71% maior que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 1,71$, IC95% [1,12 - 2,63]), com diferença estatisticamente significativa. A medida de associação bruta mostrou um discreto aumento entre as crianças que não foram amamentadas até os 6 meses, no estrato de cor materna branca, quando o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi 87% maior que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 1,87$, IC95% [1,17 - 3,00]), sendo essa diferença também estatisticamente significativa. Já no estrato de cor materna preta/parda, o risco de apresentarem o hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de vida foi, aproximadamente, quatro vezes maior do que entre aquelas que realizaram o aleitamento materno exclusivo ($RR_{\text{bruto}} = 4,08$, IC95% [2,69 - 6,20]), com diferença estatisticamente significativa.

Ainda na Tabela 4, após o ajuste para as co-variáveis *número de consultas no pré-natal e renda familiar*, se observou elevação da magnitude da associação, estatisticamente significativa, reafirmando que o aleitamento materno complementado, no estrato de cor materna preta/parda, ($RR_{\text{ajustado}} = 1,76$, IC95% [1,13 - 2,74]) e a não amamentação, no estrato de cor materna branca, ($RR_{\text{ajustado}} = 2,24$, IC95% [1,42 - 3,52]) e no estrato de cor materna preta/parda, ($RR_{\text{ajustado}} = 4,33$, IC95% [2,78 - 6,77]), até os 6 meses de vida são fatores de risco para o desenvolvimento do hábito de sucção de chupeta aos 12 meses de idade.

Tabela 4 - Risco relativo (RR) e intervalo de confiança (IC 95%) da associação entre aleitamento materno exclusivo até seis meses e o hábito de sucção de chupeta aos doze meses, estratificado de acordo com a *cor materna*. Coorte de nascidos vivos, Feira de Santana, BA, Brasil, 2011.

Exposição aos 6 Meses	Cor Materna	n	RR_{bruto}	IC_{95%}	RR_{ajustado}[§]	IC_{95%}
AMP x AME*	Branca	42	0,83	0,33-2,07	0,91	0,37-2,26
	Preta/Parda	186	1,20	0,70-2,05	1,35	0,74-2,46
AMC x AME †	Branca	123	0,94	0,56-1,57	0,95	0,56-1,62
	Preta/Parda	584	1,71	1,12-2,63 	1,76	1,13-2,74
DESMAME x AME ‡	Branca	74	1,87	1,17-3,00 	2,24	1,42-3,52
	Preta/Parda	264	4,08	2,69-6,20 	4,33	2,78-6,77

*Compara as crianças em Aleitamento Materno Predominante (AMP) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

† Compara as crianças em Aleitamento Materno Complementado (AMC) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

‡ Compara as crianças que não estavam recebendo aleitamento materno (DESMAME) com aquelas em Aleitamento Materno Exclusivo (AME);

§ Ajustado por número de consultas pré-natal e renda familiar;

|| Nível de significância $\leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Os principais achados desse estudo mostraram que as crianças, que não foram amamentadas até os 4 e os 6 primeiros meses após o nascimento, apresentaram maior risco de desenvolver o hábito de sucção de chupeta no primeiro ano de vida, quando comparadas àquelas com aleitamento materno exclusivo. Esses achados reafirmam que, o aleitamento materno exclusivo, no mesmo período, teve o efeito protetor sobre a ocorrência do hábito de sucção de chupeta em crianças com 12 meses de vida, quando se comparou crianças que tiveram aleitamento materno complementado e não foram amamentadas, mesmo após o ajuste para os potenciais confundidores, apresentando significância estatística.

Esses achados corroboram aqueles encontrados na literatura, referentes às diferenças na ocorrência de sucção de chupeta entre crianças sob aleitamento materno exclusivo e as demais sob outros tipos de aleitamento (12, 21, 22, 23). Apesar da diversidade quanto aos aspectos metodológicos, que dificultam a comparabilidade dos achados, o aspecto referente ao desenho do estudo merece ser destacado. A grande maioria das investigações encontradas sobre a temática é do tipo transversal e, alguns poucos, caso-controle. O desenho metodológico adotado neste estudo – estudo de coorte – possui maior potencial na determinação de fatores de risco entre variáveis, quando comparado ao desenho utilizado pelos autores supracitados – estudo transversal.

Outros autores estudaram essa associação utilizando desenho caso-controle (24), que diante da possibilidade de caráter longitudinal, podem apresentar maior propriedade analítica para investigação de associações entre variáveis, quando comparado ao desenho transversal. Estes autores demonstraram que no grupo caso (portadores de hábitos de sucção) verificou-se maior frequência de aleitamento artificial desde o nascimento e menor frequência de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida, ao contrário do que aconteceu no grupo

controle. Outra investigação demonstrou que a duração do aleitamento teve associação com hábito de sucção de chupeta, sendo que, quando a duração é superior a seis meses, o aleitamento representa um fator de proteção (11).

A metodologia adotada nessa pesquisa evoluiu em comparação à maioria das publicações referentes à temática estudada, pois os estudos de coorte, apesar das dificuldades inerentes à sua operacionalização, por demandarem o seguimento de grupos de indivíduos por longos períodos de tempo, representam uma importante ferramenta epidemiológica para investigações analíticas, na definição de temporalidade entre exposição e desfecho. Entretanto, o fato do estudo ter um desenho observacional pode não ter possibilitado um maior controle de variáveis culturais e motivacionais que interferem tanto no aleitamento materno, quanto no uso de chupeta. Mas, é sabido que limitações éticas dificultam a realização de estudos de intervenção para exploração desta temática.

Na presente pesquisa, optou-se por mensurar a exposição em dois períodos distintos, considerando o aleitamento materno exclusivo até quatro meses e, posteriormente, até seis meses. A justificativa para tal medida decorre do fato de que durações diferentes de aleitamento materno, sobretudo em sua forma exclusiva, podem ser influenciadas pelo tempo de licença maternidade, na sociedade brasileira. A Organização Mundial de Saúde recomendava a realização do aleitamento materno exclusivo entre quatro a seis meses (25), entretanto, evidências científicas sobre os benefícios dessa prática, levaram a mudanças nessa recomendação em 2001, quando, a partir do ano seguinte, este tipo de aleitamento passou a ser recomendado até seis meses (1).

Como no Brasil, a duração da licença maternidade varia entre 180 dias (seis meses) na esfera federal, em alguns estados e municípios, e 120 dias (quatro meses) em grande parte do setor privado, apesar dos incentivos fiscais do governo estabelecidos em 2008, para que este setor amplie a duração até seis meses, as crianças da amostra também sofreram esta variação

no tempo de aleitamento. Até os 4 meses, mais da metade da amostra se encontrava sob aleitamento materno exclusivo e predominante. Dois meses seguintes, aos seis meses do estudo, as crianças encontravam-se com aproximadamente 22% destes tipos de aleitamento. Desse modo, optou-se por investigar a exposição nos períodos de até 4 e 6 meses, também levando em consideração que o tamanho amostral foi suficiente para garantir poder ao estudo.

Foram incluídas nesta investigação, crianças nascidas em todos os hospitais de Feira de Santana-Bahia, que dispunham de maternidade, o que pode ter contribuído para a recriação da realidade de forma mais fidedigna. Além disso, avançou-se no sentido de dispor de dados mensais dos seis primeiros meses de vida, coletados por visita domiciliar, para a amostra estudada e de utilizar um recordatório de 24 horas para investigação das informações nutricionais e de aleitamento, o que contribui para redução do viés de memória.

Outro aspecto importante a ser destacado na presente pesquisa é a consideração de covariáveis confundidoras na análise dos dados. Foram eleitas para ajuste *cor materna*, *número de consultas no pré-natal* e *renda familiar* de acordo com a base teórica sobre a temática em estudo. Alguns autores utilizaram a variável renda (11), e idade (11, 26) para ajuste de confundimento, estudando a referida associação. E ainda, no presente estudo, quando a exposição foi aleitamento materno exclusivo até quatro meses, as medidas brutas não diferiram substancialmente das medidas ajustadas.

Crianças não amamentadas até os 4 e os 6 primeiros meses após o nascimento, apresentaram maior risco de desenvolver o hábito de sucção de chupeta no primeiro ano. Entretanto, quando a exposição utilizada no modelo foi o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a variável *cor materna* foi identificada como modificadora da associação principal e, nesse caso, realizou-se análise de subgrupos. Em ambos os estratos, *cor materna* branca e preta/parda, houve maior risco do desenvolvimento do hábito de sucção de chupeta nas crianças não amamentadas, em relação àquelas em aleitamento materno exclusivo,

entretanto, a intensidade do risco mostrou-se maior para o estrato *cor materna* preta/parda. Após ajuste por *número de consultas no pré-natal e renda familiar*, a medida de associação no estrato *cor materna* branca sofreu uma elevação substancial, ao passo que no estrato *cor materna* preta/parda ocorreu discreto aumento do risco.

Por outro lado, quando se comparou o hábito de sucção de chupeta em crianças sob aleitamento materno complementado com aquelas em aleitamento materno exclusivo até seis meses, verificou-se associação estatisticamente significativa apenas no estrato *cor materna* preta/parda. A verificação de não associação no estrato *cor materna* branca pode ser devida a falta de poder do respectivo estrato. Esta é uma grande questão da pesquisa epidemiológica quando da identificação de interação e da necessidade de se dividir o tamanho da amostra em subgrupos. No entanto, o número mínimo calculado para tamanho da amostra por grupo não foi alcançado, após a estratificação em *cor materna* branca. Salienta-se que amostras grandes, como da presente investigação, podem contribuir para a verificação de fenômenos estatísticos mesmo que não se estabeleça coerência aos mesmos. Nesse sentido, a existência do fenômeno de modificação de efeito no conjunto dos dados deste estudo, deve ser interpretada com atenção, além disso, novas pesquisas devem ser desenvolvidas para que se construam evidências científicas mais consistentes sobre o mesmo.

Na literatura, a análise de resultados produzidos por estudo de coorte demonstrou a potencial modificação de efeito de cor materna, entretanto, a associação elucidada era uso de chupeta e desmame (27). Os autores verificaram que a associação só foi real entre as mães brancas, oriundas do sul do Brasil.

É necessário olhar com cautela o efeito da cor materna em elevar o efeito do aleitamento materno sobre a sucção de chupeta, reduzindo o potencial protetor do aleitamento materno exclusivo. Não foi localizado na literatura umnexo que explique esse fenômeno,

entretanto, há relatos de que o uso de chupeta tem forte caráter sócio-cultural (10) e este aspecto apresenta diferentes feições entre os estratos de raça/cor.

Dentro do campo da saúde, as diferenças entre os referidos estratos de cor materna se materializam em forma de desigualdades no padrão de morbi-mortalidade e acesso aos serviços. Assim, a realização de pré-natal é menor entre negras e com número médio menor de consultas, (28) e maior dificuldade para realização de exames preventivos (29).

Resultados semelhantes aos do presente estudo, quanto ao risco de sucção de chupeta aos 12 meses, foram verificados em outros trabalhos (30, 31). Por outro lado, a tendência observada em outros estudos foi avaliar o desfecho de interesse em fase mais tardia, sobretudo faixas etárias a partir dos três anos de idade (11, 21, 23, 26, 32, 33), o que justifica a investigação do comportamento dessas variáveis em fases mais precoces da infância.

É importante salientar que o estudo dos hábitos de sucção, e, sobretudo, do uso de chupeta, tem assumido um caráter importante na atualidade, ante as altas frequências observadas (34, 35, 36, 37, 38) e aos potenciais prejuízos ao indivíduo portador (10). Embora a sucção seja considerada um reflexo natural na fase oral, favorável à saciedade emocional e nutricional, a perpetuação após essa fase culminará no aparecimento de hábitos deletérios (10). Alguns autores acreditam que a partir de 2 a 3 anos de idade surge o efeito deletério do hábito (10, 39, 40).

Dentre os desfechos desfavoráveis atribuídos à chupeta, destacam-se: asfixia e intoxicações ou alergias (10), infecções, pois o dispositivo funciona como veículo para transporte de inúmeros microorganismos (41, 42), efeitos deletérios nas funções de mastigação e da deglutição, decorrentes de alterações morfológicas, de tonicidade e postura na região oral (22, 42) e alteração fonética (43), decorrentes de alterações nas posições dentárias (40) e ocupação do espaço bucal pela chupeta (44), alterando a produção sonora e a fala.

Ademais, as oclusopatias, terceiro maior problema de saúde bucal no mundo, têm sido verificadas na presença de hábitos de sucção deletérios, uma vez que estes desequilibram a atividade neuromuscular de lábios, língua e bochecha, e produzem forças danosas sobre os elementos dentários e ossos da face, alterando o crescimento facial, posicionamento dentário e desenvolvimento da oclusão (10, 34, 45, 46).

Por fim, tem se realizado esforços na tentativa de estabelecer umnexo causal que sustente a associação entre o aleitamento materno exclusivo e a sucção de chupeta. Nesse sentido, acredita-se que a sucção do seio materno advinda da amamentação funciona como mecanismo ideal para saciedade do reflexo da sucção, traduzindo-se em saciedade nutricional (47), emocional (48) e adequado estímulos as funções orofaciais da criança (22, 44). Dessa forma, deficiências no aleitamento levariam à busca de outros mecanismos de satisfação deste impulso (11, 21, 23, 26, 32, 33) – aí incluindo a chupeta – e a repetição deste reflexo apreendido dará origem a hábitos de sucção (10). Outro aspecto, para além do suprimento da necessidade afetiva, é que a extração do leite do seio materno requer uma atividade muscular intensa (49, 50), à qual coopera para a fadiga da musculatura peribucal e adormecimento da criança, reduzindo possibilidade de realização de sucção não nutritiva. Além disso, os movimentos necessários à ordenha do leite do seio materno oferecem o estímulo necessário à maturação da musculatura e crescimento facial (49, 50), o que torna desnecessária a estimulação por outros mecanismos.

Neste sentido, entende-se que esta pesquisa fornece uma contribuição adicional ao corpo de evidências sobre a temática abordada, que ainda precisa ser explorada quanto às circunstâncias que contribuem para sua materialização, utilizando técnicas de análise que aprofundem o estudo das relações entre variáveis.

CONCLUSÕES

Diante do método empregado e dos limites da presente pesquisa, é plausível concluir que entre crianças que tiveram aleitamento materno exclusivo até os 4 e os 6 primeiros meses de nascimento, houve menor risco de desenvolver o hábito de sucção de chupeta no primeiro ano de vida, em comparação com aquelas que tiveram aleitamento materno complementado e não amamentação, sendo esta diferença maior entre aquelas crianças que tiveram desmame precoce. Isto é, no grupo de crianças que não foram amamentadas, no mesmo período, houve maior risco de desenvolver o hábito de sucção de chupeta no primeiro ano.

REFERÊNCIAS

1-World Health Organization. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation*. 2001 (2001). Disponível em:

<http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acessado 20 dezembro, 2010

2-Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-24

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 108 p.

4-Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *Int Breastfeed J*. 2010;5:7

5-Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *J Perinat Educ*. 2011;20(1):36-44

6-American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506

7-Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117(3):e380-6

8-Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010;126(1):e18-25

9-Freud S (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de S. Freud* (Jayme Salomão, trad). Vol 7. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 121-252

10-Castilho SD, Rocha MAM. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(6):480-9

11-Holanda ALF, Santos AS, Sena MF, Ferreira MAF. Relationship between breast- and bottle-feeding and non-nutritive sucking habits. *Oral Health Prev Dent*. 2009;7(4):331-7

12-Montaldo L, Montaldo P, Cuccaro P, Caramico N, Minervini G. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. *Int J Paediatr Dent*. 2011;21:68-73

13-Duncan K, McNamara C, Ireland AJ, Sandy JR. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18:178-88

14-Góis EGO, Ribeiro-Júnior HC, Vale MPP, Paiva SM, Serra-Negra JMC, Ramos-Jorge ML, et al. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. *Angle Orthod*. 2008;78(4):647-54

15-Castelo PM, Gavião MBD, Pereira LJ, Bonjardim LR. Maximal bite force, facial morphology and sucking habits in young children with functional posterior crossbite. *J Appl Oral Sci*. 2010;18(2):143-8

16-Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr*. 2010;86(5):441-4

17-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Primeiros dados do censo 2010* (2010). Disponível em:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=29. Acessado 12 ago, 2011

18-Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. *Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos em 2004* (2004). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado 10 setembro, 2011

19-Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. *Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos em 2005* (2005). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado 10 setembro, 2011

20- Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(1):90-9

21-Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in brazilian preschool children. *Rev Salud Publica*. 2007;9(2):194-204

22-Medeiros APM, Ferreira JTL, Felício CM. Correlation between feeding methods, non-nutritive sucking and orofacial behaviors. *Pro Fono*. 2009;21(4):315-19

23-Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Saliba O. The relation between maternal breast feeding and non-nutritive sucking habits. *Cien Saude Colet*. 2011;16(5):2477-84

24-Souza DFRK, Valle MAS, Pacheco MCT. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. *R Dental Press Ortodon Ortop*. 2006;11(6):81-90

25-World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. *Bull World Health Organization*. 1995;73:165-174

26-Blanco-Cedres L, Guerra ME, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. *Acta Odontol Venez*. 2007;45(1):71-3

27-Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier Use and Short Breastfeeding Duration: Cause, Consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99(3):445-53.

28-The United Nations Children's Fund (Unicef)/ United Nations Fund for Women Unifem (2006). *Desigualdades Raciais e de Genero entre crianças, adolescentes e mulheres no Brasil*. Disponível em:

<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00000163.pdf>. Acessado 10 janeiro 2012

29-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, n° 12* (2006). Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_12/bps%2012_completo.pdf.

Acessado 10 janeiro,.2012

30-Albuquerque SSL, Duarte RC, Cavalcanti AL, Beltrão EM. The influence of feeding methods in the development of nonnutritive sucking habits in childhood. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):371-378

31-Moimaz SAS, Zina LG, Saliba NA, Saliba O. Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2008;26(3):102-6

32-Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha-Jr JF. Study of the relationship between infant feeding methods, oral habits, and malocclusion. *Rev Odontol Univ Sao Paulo.* 1997;11(2):79-86

33-Telles FBA, Ferreira RI, Magalhães LNC, Scavone-Junior H. Effect of breast- and bottle-feeding duration on the age of pacifier use persistence. *Braz Oral Res.* 2009;23(4):432-8

34-Farsi NMA, Salama FS, Pedro C. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatric Dentistry.* 1997;19(1):28-33

35-Degan VV, Puppim-Rontani RM. Prevalence of Pacifier-sucking Habits and Successful Methods to Eliminate Them—A Preliminary Study. *J Dent Child.* 2004;71(2):148-51

36-Macena MCB, Katz CRT, Rosenblatt A. Prevalence of a posterior crossbite and sucking habits in Brazilian children aged 18-59 months. *Eur J Orthod.* 2009;31(4):357-61

- 37-Santos SA, Holanda ALF, Sena MF, Gondim LAM, Ferreira MAF. Nonnutritive sucking habits among preschool-aged children. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(5):408-14
- 38-Mauch CE, Scott JA, Magarey AM, Daniels LA. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. *BMC Pediatr*. 2012;12(1):7
- 39-Adair SM, Milano M, Dushku JC. Evaluation of the effects of orthodontic pacifiers on the primary dentitions of 24- to 59-month-old children: preliminary study. *Pediatr Dent*. 1992;14(1):13-8
- 40-Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002;121(4):347-56
- 41-Comina E, Marion K, Renaud FNR, Dore J, Bergeron E, Freney J. Pacifiers: A microbial reservoir. *Nurs Health Sci*. 2006;8:216-23
- 42-Sexton S, Natale R. Risks and Benefits of Pacifiers. *Am Fam Physician*. 2009;79(8):681-5
- 43-Barbosa C, Vasquez S, Parada MA, Gonzalez RCV, Jackson C, Yanez ND. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatr*. 2009;9:6
- 44-Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Early weaning: implications to oral motor development. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(1):07-12

45-Peres KG, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres MA, Victora CG, Barros FC. Social and biological early life influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17:41-9

46-Onyeaso CO, Isiekwe MC. Oral habits in the primary and mixed dentitions of some nigerian children: a longitudinal study. *Oral Health Prev Dent*. 2008;6(3):185-90

47-Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003;58(1):49-60

48-Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Breast-feeding as a source of prevention in healthcare. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):103-9

49-Luz CLF, Garib DG, Arouca R. Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion: A cross-sectional study of children in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006;130(4):531-4

50-Gomes CF, Trezza EMC, Murade ECM, Padovani CR. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(2):103-9

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa demonstraram que a ausência do aleitamento materno, até 4 e 6 meses, foi um fator de risco para a ocorrência de hábito de sucção de chupeta, aos 12 meses. Apesar das diferenças apontadas na amplitude do risco entre *cor materna branca* e *cor materna preta/parda*, em ambos os grupos a associação foi confirmada estatisticamente. Porém, ainda são necessárias mais investigações para consolidação do papel de *cor materna* nessa associação.

Quanto mais a prática de aleitamento materno se distanciou do tipo exclusivo, maior foi o risco de hábito de sucção de chupeta aos 12 meses. Assim, o aleitamento materno complementado e o desmame contribuíram para maior risco de sucção de chupeta, quando comparados ao aleitamento materno exclusivo até 4 meses. Da mesma forma, quando o ponto de corte para a exposição foi 6 meses, o maior risco de uso de chupeta se manteve para crianças sem aleitamento, em relação àquelas amamentadas exclusivamente.

Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo foi um fator de proteção contra a instalação de hábito de sucção de chupeta. Isso fica mais claro diante das proporções mais pronunciadas de aleitamento materno exclusivo entre as crianças não usuárias de chupeta do que entre usuárias, e tais diferenças foram reiteradas estatisticamente.

Os prejuízos advindos do hábito de sucção de chupeta, bem como de demais hábitos de sucção não nutritiva, promovem repercussões de cunho morfológico e funcional sobre o sistema estomatognático. Assim, as funções suportadas por este sistema, como mastigação, deglutição, respiração e fonação se tornam comprometidas e, por conseguinte, alteram a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Além disso, o funcionamento inadequado deste sistema favorece a instalação de oclusopatias, que diante do apelo estético-funcional e da alta frequência, tem sido o terceiro problema de saúde pública no âmbito da Saúde Bucal.

Vale destacar que o presente estudo ainda pode ser ampliado, diante das inúmeras informações contidas no estudo principal, bem como da perspectiva que as crianças acompanhadas nessa coorte tenham sua condição bucal avaliada. Outro aspecto importante é o desenho de estudo de acompanhamento que já atinge um período superior a sete anos. Na literatura sobre o tema predominam avaliações transversais e estudos de caso-controle, sendo o presente desenho superior aos demais, dentre as investigações epidemiológicas. Um grande número de outros estudos pode surgir a partir desta iniciativa de investigar a saúde bucal

Assim, ciente do efeito do aleitamento materno sobre o hábito de sucção de chupeta, o profissional cirurgião-dentista precisa assumir o seu papel e contribuir, através de seu processo de trabalho, para a promoção e proteção do aleitamento materno. Nesse sentido, compreender a complexidade que permeia a prática de aleitamento materno, bem como a face simbólica da chupeta é fundamental, uma vez que ambos são frutos de processos biopsicossociais e culturais.

REFERÊNCIAS

- ADAIR, S. M.; MILANO, M.; DUSHKU, J. C. Evaluation of effects of orthodontic pacifiers on the primary dentitions of 24- to 59-month-old children: preliminary study. **Pediatric Dentistry**, v. 14, p. 13-18, 1992.
- ALBUQUERQUE, S. S. L. de et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 371-378, 2010.
- ALMEIDA-FILHO, N; BARRETO, M. Desenhos de pesquisa em Epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 165-174.
- ANDRADE, C. R. F.; GARCIA, S. F. A influência do tipo de aleitamento no padrão de sucção dos bebês. **Pró-Fono**, v.10, n.1, p. 40-44, 1998.
- ANTUNES, L. dos S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008.
- AQUINO, E. M. L.; BARRETO, S.; SZKLO, M. Estudo de coorte. In: ALMEIDA-FILHO, N; BARRETO, M. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 203-214.
- AYER, W. Q.; GALÉ, E. N. Psychology and thumbsucking. **Journal of American Dental Association**, v. 80, p.1335–1337, 1970.
- BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2009.
- BARBOSA, C. et al. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. **BMC Pediatrics**, v. 9, 2009.
- BLANCO-CEDRES, L.; GUERRA, M.; RODRIGUÉZ, S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. **Acta Odontológica Venezolana**, v. 45, n. 1, p. 71-73, 2007.
- BRAGHINI, M. et al. Relação entre aleitamento materno, hábitos de sucção, forma do arco e profundidade do palato. **Ortodontia Gaúcha**, v. 5, n. 2, p. 57-64, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica – n.º 23).

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: nota para a imprensa**. Disponível em: <http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrazil2010_Nota_Imprensa.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2010.

CARVALHO, C. M. et al. Prevalência de mordida aberta anterior em crianças de 3 a 5 anos em cabedelo/PB e relação com hábitos bucais deletérios. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 9, n. 2, p. 205-10, 2009.

CARVALHO, G. D. Amamentação – enfoque odontológico. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 85-100

CASTRO, I. R. R. et al. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 1021-1029, 2009.

CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. M. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CAVALCANTI, A. L.; BEZERRA, P. K. M.; MOURA, C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 9, n. 2, p. 194-204, 2007.

COLLINS, C. T. et al. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. **British Medical Journal**, v. 329, p. 193-198, 2004.

CUNHA, S.R.T. et al. Hábitos bucais. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p.561-576.

CUNHA, A. J. L. A. da; LEITE, A. M.; MACHADO, M. M. T. Breastfeeding and Pacifier Use in Brazil. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 72, p. 209-212, 2005.

DE LAMARE, R. A vida do bebê. 41. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

DEWEY, K. G. et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. **Pediatrics**, v. 122, n. 3, p. 607-619, 2003.

DUIJTS, L. et al. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. **Pediatrics**, v. 126, n. 1, p. e18-25, jul. 2010.

DUCAN, K. et al. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 18, p. 178-188, 2008.

EDMOND, K. M. et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, v. 117, n.3, p. e380-386, mar. 2006.

EMMERICH, A. et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 689-697, mai./jun. 2004.

ESCUDE, M. L. E.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

FERREIRA, M.; COELHO, R.; TRINDADE, J. C. Prevenção primária da doença alérgica. **Acta Médica Portuguesa**, v. 20, p. 215-219, 2007.

FERREIRA, F. V. et al. Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 35-40, 2010.

FINN, S. B. *Odontologia Pediátrica*. 4. ed. México: Interamericana, 1976.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas: Edição Strandard Brasileira**. Vol VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FURTADO, A. N. M.; VEDOVELLO-FILHO, M. A influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua. **Revista Gaúcha de Ortodontia**, n. 55, v. 4, p. 335-341, 2007.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, v. 70, n. 2, p. 138-151, 1994.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, supl.3, p. S238-252, 2000.

- GÓIS, E. G. O. et al. Influence of Nonnutritive Sucking Habits, Breathing Pattern and Adenoid Size on the Development of Malocclusion. **Angle Orthodontist**, v. 78, n. 4, p. 647-654, 2008.
- GONÇALVES, P. E. et al. Amamentamento versus hábitos bucais deletéreos: ¿existe una relación causal? **Acta Odontológica Venezolana**, v. 45, n. 2, p. 182-186, 2007.
- GRABER, T. M. Orthodontics: principle and practices. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1973.
- HERINGER, M. R. C. et al. A influência da amamentação natural no desenvolvimento dos hábitos orais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 307-310, 2005.
- HOLANDA, A. L. F. et al. Relationship Between Breast- and Bottle-Feeding and Non-Nutritive Sucking Habits. **Oral Health e Preventive Dentistry**, v. 7, n. 4, p. 331-337, 2009.
- HOWARD, C. R. et al. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. **Pediatrics**, v. 103, n. 3, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso: XXXX
- KRAMER, M. S. et al. Pacifier Use, Early Weaning, and Cry/Fuss Behavior: A Randomized Controlled Trial. **Journal of American Medical Association**, v. 286, n. 3, p. 322-326, 2001.
- LINO, A. P. Fatores extrínsecos determinantes de maloclusões. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5. ed. São Paulo: Santos; 1995. p. 941-8.
- LUIZ, R. R.; MAGNANI, M. M. F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 415-428.
- LUTAIF, A. P. **Chupeta: uso indiscriminado?** 1997. 25 f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia clínica. São Paulo, 1997.
- MCNAMARA-JR, J. A. Tratamento de crianças na fase de dentição mista. In: GRABER, T. M.; VANARSDALL-JR, R. L. **Ortodontia: Princípios e técnicas atuais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 467-496.
- MEDEIROS, A. P. M.; FERREIRA, J. T. L.; FELÍCIO, C. M. de. Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. **Revista Pró-Fono**, v. 21, n. 4, p. 315-319, 2009.

MELO, C. A. et al. Efeito do aleitamento materno e alimentação complementar na ocorrência de doenças em crianças. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 25, n. 1, p. 29-33, 2010.

MELLO-JÚNIOR, W.; ROMUALDO, G. S. Anatomia e fisiologia da lactação. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 3-13.

MERCADANTE, M. M. N. Hábitos em Ortodontia. In: FERREIRA, F. V. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 253-279.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Relationship between breast- and bottle-feeding and non-nutritive sucking habits. **Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, p. 102-106, 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2477-2484, 2011.

MONTALDO, L. et al. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, p. 68-73, 2011.

MORESCA, C. A.; FERES, M. A. Hábitos viciosos bucais. In: PETRELLI, E (coord). **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. p.164-176.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1991.

NASCIMENTO, M. B. R. do; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **Journal of pediatrics**, v. 126, p. 125-129, 1995.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.

O'CONNOR, N. R. et al. Pacifiers and Breastfeeding. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 163, n. 4, p. 378-382, 2009.

OLIVEIRA, A. B. de; SOUZA, F. P. de; CHIAPPETTA, A. L. de M. L. Relação entre hábitos de sucção não-nutritiva, tipo de aleitamento e má oclusões em crianças com dentição decídua. **Revista CEFAC**, v. 8, n. 3, p. 352-359, 2006.

OLIVEIRA, N. F. de; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, 1997.

OLIVEIRA, P. M. L. C. **Estudo da prevalência, características e fatores relacionados à persistência de hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 5 a 9 anos de idade**. 2002. 105 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

PERES, K. G. et al. Social and biological early life influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v. 17, p. 41-49, 2007.

PINHEIRO, S. M. S.; SOUZA, R. A. de. Assistência ortodôntica no serviço público - fase um: frequência de alterações oclusais decorrentes de hábitos orais deletérios em escolares de Jequié-BA. **Ortho Science: Orthodontic Science and Practice**, v. 2, n. 7/8, p. 729-734, 2009.

ROCHELLE, I. M. F. et al. Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2010.

SANTOS, S. A. dos. **Prevalência e fatores de risco à persistência de hábitos bucais de sucção não nutritiva em crianças de 3 a 5 anos de idade**. 2005. 72 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2005.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA-JR., J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997.

SERRA-NEGRA, J. M. C. et al. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos? **Revista Odonto Ciência**, v. 21, n. 52, p. 146-152, 2006.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 156-162, 2005.

SEXTON, S.; NATALE, R. Risks and benefits of pacifiers. **American Family Physician**, v. 79, n. 8, p. 681-685, 2009.

SILVA, E. L. Hábitos bucais deletérios. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 2, p. 47-50, 2006.

SOARES, M. E. de M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 309-316, 2003.

SOUZA, D. F. R. K. de; VALLE, M. A. S. do; PACHECO, M. C. T. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, n. 6, p. 81-90, 2006.

TELLES, et al. Effect of breast- and bottle-feeding duration on the age of pacifier use Persistence. **Brazilian Oral Research**, v. 23, n. 4, p. 432-438, 2009.

TENÓRIO et al. Sucção digital: observação em ultrassonografia e em recém-nascidos. **Revista Radiologia Brasileira**, v. 38, n. 6, p. 435-438, 2005.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, suppl. 2, p. 235-246, 2008.

TOMITA, N. E. et al. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, n. 2, p. 169-175, 2000.

VALDRIGHI, H. C; VEDOVELLO-FILHO, M. Hábitos deletérios X Aleitamento materno (sucção digital ou chupeta). **Revista Gaúcha de Ortodontia**, v. 52, n. 4, p. 237-239, 2004.

VICTORA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, n. 3, p. 445-453, 1997.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. de O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

WEIDERPASS, E. et al. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 225-231, 1998.

WILCOSKY, T. C., CHAMBLESS, L. E. A Comparison of Direct Adjustment and Regression Adjustment of Epidemiologic Measures. **Journal of Chronic Diseases**, v. 38, n. 10, p. 849-856.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation**, 2001. Disponível em:
<http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007.** Disponível em:
<http://www.who.int/nutrition/publications/iycf_indicators_for_peer_review.pdf>. Acessado em: 10 dez. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – 1ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: INQUÉRITO HOSPITALAR

Incidência e fatores de risco para a mastite em lactantes atendidas em hospitais credenciados ou não como Amigos da Criança.

Nº.

--	--	--	--

I Parte – Aplicação no hospital as lactantes

Data da entrevista: / / Horas:__:__

Entrevistador:

Nome da mãe:

Registro do hospital: _____

Endereço:

Fone: ____

Referência:

Endereço pós-parto:

Fone:

Referência:

Data do parto: / /

Horário: _____

Data nascimento da mãe: / /

Local do parto: _____

Profissão: _____

Cor da mãe: 1 () Preta 2 () Branca 3 () Parda

Sexo da criança: 1 () Masculino 2 () Feminino

1 - Idade gestacional: 1 () A termo 2 () Pré-termo Nº de semanas _____

2 - Peso de nascimento: _____ grs 1 () Não anotado no prontuário ou cartão

3 - Apgar: _____ 11 () Não anotado no prontuário ou cartão

4 - Tipo de parto atual: 1 () Natural 2 () Fórceps 3 () Cesário

5 - Quantas vezes a senhora já engravidou? _____

6 - Quantos filhos nasceram vivos? _____

7 - Quantos filhos a senhora já amamentou? _____

8 - Teve complicações no parto atual? 1 () Sim 2 () Não

9- Qual? _____

10 - Neste parto a senhora está apresentando alguma destas alterações?

(A) Peito dolorido 1 () Sim 2 () Não

(B) Peito inflamado 1 () Sim 2 () Não

(C) Dor no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(D) Inflamação no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(E) Rachadura no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(F) Leite empedrado 1 () Sim 2 () Não

11 - A senhora sabe se este hospital incentiva o aleitamento? 1 () Incentiva 2 () Não incentiva 3 () Não sei

12 - A senhora fez pré – natal? 1 () Sim 2 () Não

13 - Quantas consultas a senhora fez? _____ 88() NSA

14 - Em que local a senhora fez o pré-natal? _____ 88() NSA

15 - A senhora assistiu palestra sobre aleitamento, durante o pré-natal? 1 () Sim 2 () Não 88() NSA

16 - Nesta gravidez, algum profissional de saúde lhe falou das vantagens do aleitamento? 1 () Sim 2 () Não

17 - Por quanto tempo a senhora pretende amamentar o seu filho? _____ meses 77() Sem definição de tempo

18 - A partir de que idade a senhora pretende dar alguns desses alimentos ao seu filho?

(A) Papinha de fruta _____ meses 33 () Não sei (E) Sopas _____ meses 33() Não sei

(B) Água _____ meses 33 () Não sei (F) Comida da família _____ meses 33() Não sei

(C) Chá _____ meses 33 () Não sei (G) Outro leite _____ meses 33 () Não sei

(D) Suco _____ meses 33 () Não sei (H) Mingaus _____ meses 33 () Não sei

19 - A senhora sabe dizer três vantagens do aleitamento materno? 1 () Sim 2 () Não

20 - Quais? Respondeu corretamente? 1 () Sim 2 () Não 3 () Em parte 88() NSA

21 - A primeira vez que o seu filho mamou, foi quantas horas após o parto? 1 () 1H 2 () 2H _____ (anotar, se mais de 2 h)

22 - Seu filho mamou na sala de parto? 1 () Sim 2 () Não

23 - Aqui, nesta maternidade, foi dado a seu filho para beber algum destes líquidos?

(A) Água 1 () Sim 2 () Não

(B) Chá 1 () Sim 2 () Não

(C) Soro glicosado 1 () Sim 2 () Não

(D) Leite materno ordenhado 1 () Sim 2 () Não

(E) Outro leite 1 () Sim 2 () Não

- 24 - O seu filho chupou chupeta depois que nasceu, nesta maternidade 1 () Sim 2 () Não
- 25 - Nesta maternidade, foi dado algum alimento na chuca ou mamadeira ao seu filho? 1 () Sim 2 () Não
- 26 - Lhe disseram que o bebe pode mamar todas as vezes que quiser, sem horários fixos? 1 () Sim 2 () Não
- 27 - Aqui no hospital a senhora e o seu filho ficaram no mesmo quarto o tempo todo? 1 () Sim 2 () Não
- 28 - O seu bebe ficou internado, no berçário? 1 () Sim 2 () Não
- 29 - Quanto tempo o seu bebê ficou internado no berçário? _____ horas 88 () NSA (anotar o tempo se em horas)
- 30 - Em caso do bebe ter ficado ou está internado, questionar a mãe ou perguntar a enfermagem: 88 () NSA
- (A) Mamou no peito 1 () Sim 2 () Não
- (B) Usou o seu leite ordenhado 1 () Sim 2 () Não
- (C) Usou leite artificial 1 () Sim 2 () Não
- (D) Usou leite do banco (BLH) 1 () Sim 2 () Não
- (E) Usou sonda nasogástrica 1 () Sim 2 () Não
- (F) Usou chuca ou mamadeira 1 () Sim 2 () Não
- 31 - A senhora já teve inflamação na mama antes deste parto? 1 () Sim 2 () Não
- 32 - A senhora sabe qual foi o problema? 88 () NSA
- 1 () Fissura mamilar 2 () Abscesso 3 () Ingurgitamento 4 () Mastite 5 () Outro: _____
- 33 - A senhora bebeu café durante a gestação? 1 () Sim 2 () Não
- 34 - Quantas vezes por dia a senhora bebia café? _____ 88 () NSA 0 (menor que 1vez/dia)
(anotar o número de vezes)
- 35 - A senhora fumou durante a gestação? 1 () Sim 2 () Não
- 36 - A senhora fumou até o final da gestação? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
- 37 - Quantos cigarros por dia a senhora fumou? _____ 88 () NSA
0 (menor que 1vez/dia) (anotar o número de cigarros)
- 38 - A senhora tomou bebida alcoólica durante a gestação? 1 () Sim 2 () Não
- 39 - Que tipo de bebida a senhora bebia? _____ 88 () NSA
- 40 - Quantas vezes por semana a senhora bebia? _____ 88 () NSA
0 (menor que 1vez/semana) (anotar o número de vezes)
- 41 - A senhora já freqüentou a escola? 1 () Sim 2 () Não
- 42 - A senhora sabe ler e escrever? 1 () Sim 2 () Não
- 43 - Até que série a senhora estudou? _____ 88 (anotar a série e o grau)
- 44 - Atualmente, você e o seu companheiro moram na mesma casa? 1 () Sim 2 () Não
- 45 - A senhora trabalha fora do lar? 1 () Sim 2 () Não
- 46 - A senhora tem carteira assinada? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
- 47 - Qual o valor da renda que a senhora e o seu filho tem para se sustentar?
Valor da renda: _____ 33 () Não sabe informar
- 48 - A senhora poderia colocar seu bebê no peito para vê-lo mamar? 88 () NSA
1 () Sim 2 () Não 3 () Bebe dormindo
- 49 - Observação da mamada: 88 () NSA
- (A) Barriga com barriga 1 () Sim 2 () Não
- (B) Bebê abocanha maior parte da aréola 1 () Sim 2 () Não
- (C) O queixo do bebê toca na mama 1 () Sim 2 () Não
- (D) Lábio curvado para fora e lábio inferior para baixo 1 () Sim 2 () Não
- (E) Ausência de dor no bico do peito durante a mamada 1 () Sim 2 () Não
- (F) Após da mamada o mamilo parece alongado 1 () Sim 2 () Não

50 - Conclusão do entrevistador:

Posição 1 () Correta 2 () Incorreta

Pega 1 () Correta 2 () Incorreta

51 - Observar o tipo de mamilo

1 () Regular (normal) 2 () Plano 3 () Invertido 4 () Pseudo-invertido

Perguntar qual o melhor dia e horário de visita: _____ ;

APÊNDICE B – 2ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: 1ª VISITA DOMICILIAR (1 MÊS DE VIDA)

Incidência e fatores de risco para a mastite em lactantes atendidas em hospitais credenciados ou não como Amigos da Criança

N.º

II Parte - Seguimento: 1ª Visita Entrevistador: _____ Data de entrevista: / /

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____ Idade da criança: _____ dias

1 - A senhora teve orientação sobre aleitamento materno no:

(A) Sala de parto 1 () Sim 2 () Não

(B) Aloj. Conjunto 1 () Sim 2 () Não

(C) Na alta hospitalar 1 () Sim 2 () Não

2 - Algum profissional de saúde perguntou, na maternidade, se a senhora tinha alguma dúvida com relação à amamentação?

1 () Sim 2 () Não

3 - Na maternidade a senhora foi orientada a procurar algum serviço de saúde no caso de alguma dúvida com amamentação?

1 () Sim 2 () Não

4 - Neste parto a senhora foi orientada, no hospital, a esvaziar o peito se ele ficar muito cheio? 1 () Sim 2 () Não

5 - O seu filho esta sendo amamentado? 1 () Sim 2 () Não

6 - Após amamentar o seu peito ainda fica cheio? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

7 - A senhora sabe retirar o leite em caso do peito ficar muito cheio? 1 () Sim 2 () Não

8 - Quantas vezes ao dia o seu bebe mama no peito? _____ 88 () NSA

9 - Você está usando horários fixos para amamentar? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

10 - A senhora está tendo tempo suficiente para amamentar? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

11 - Nos últimos dias a senhora perdeu alguma mamada por estar ocupada? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

12 - A senhora tem produzido nos últimos dias mais leite do que o bebê consegue mamar?

1 () Sim 2 () Não 88 () NSA (Não se Aplica)

13 - A senhora limita o número de mamadas de noite? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

14 - A senhora tem tirado o excesso de leite quando o peito fica muito cheio? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

15 - O seu peito ficou empedrado nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

16 - A senhora amamenta só em um peito? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

17- (anotar qual o peito)

18 - Nas últimas 24 horas o seu filho recebeu algum destes alimentos?

(A) Leite materno 1 () Sim 2 () Não (F) Papinha de fruta 1 () Sim 2 () Não

(B) Água 1 () Sim 2 () Não (G) Sopas 1 () Sim 2 () Não

(C) Chá 1 () Sim 2 () Não (H) Comida da família 1 () Sim 2 () Não

(D) Suco 1 () Sim 2 () Não (I) Outro leite 1 () Sim 2 () Não

(E) Mingaus 1 () Sim 2 () Não (J) Outros _____

Aplicar estas perguntas quando for introduzido na alimentação da criança o primeiro alimento, além do leite materno.
Anotar o tipo de alimento e a ordem em que foi introduzido. 88 () NSA

1º. _____ 2º. _____ 3º. _____

Alguém influenciou a introdução? 1 () Sim 2 () Não

Quem? _____ 88 () NSA

Qual foi o motivo que levou a senhora a oferecer ao seu filho o primeiro alimento além do leite de peito?

20 - O seu filho dorme na sua cama? 1 () Sim/a noite toda 2 () Sim/parte da noite 3 () Não

21 - O seu companheiro (esposo) acha importante a amamentação? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

22 - O seu companheiro ajuda a senhora a tomar conta do bebe? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

23 - Na sua atividade em casa a senhora está tendo ajuda? 1 () Sim 2 () Não

24 - Quem lhe ajuda (parente, amiga ou empregada)? _____ 88 () NSA

25 - Atualmente a senhora está se ausentando de casa para trabalhar? 1 () Sim 2 () Não

26 - Quantas vezes por semana? _____ 88 () NSA

27 - Quantas horas a senhora trabalha por dia fora do lar? _____ 88 () NSA

28 - A senhora está tendo algum problema com a amamentação? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

29 - Qual? _____ (anotar qual o problema)

30 - A senhora teve alguma dessas alterações após o parto?

(A) Peito dolorido 1 () Sim 2 () Não (E) Rachadura no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(B) Peito avermelhado 1 () Sim 2 () Não (F) Peito Inflamado 1 () Sim 2 () Não

(C) Dor no mamilo 1 () Sim 2 () Não (G) Leite empedrado 1 () Sim 2 () Não

(D) Inflamação no mamilo 1 () Sim 2 () Não

31 - A senhora levou alguma pancada (traumatismo) que machucou o peito? 1 () Sim 2 () Não

- 32 - A senhora está sentindo cansaço físico nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 33 - Está se sentindo nervosa (estressada) nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 34 - A senhora está se sentindo triste nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 35 - A senhora atualmente fuma? 1 () Sim 2 () Não
- 36 - Quantos cigarros por dia? _____ 88 () NSA
- 37 - A senhora atualmente bebe bebida alcoólica? 1 () Sim 2 () Não
- 38 - Que tipo? _____ 88 () NSA
- 39 - Quantas vezes por semana? _____ 88 () NSA
- 40 - A senhora atualmente está bebendo café? 1 () Sim, puro 2 () Sim, com leite 3 () Não
- 41 - Bebe café quantas vezes por dia? _____ 88 () NSA
- 42 - A senhora usou sutiã muito apertado nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 43 - Dormiu de bruço nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 44 - A senhora usou creme ou pomada no peito nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 45 - Qual a pomada? _____ 88 () NSA
- 46 - O seu filho?**
- (A) Chupa o dedo 1 () Sim 2 () Não (D) Usa bico ou chupeta 1 () Sim 2 () Não
- (B) Chupa língua 1 () Sim 2 () Não (E) Usa mamadeira 1 () Sim 2 () Não
- (C) Chupa fralda 1 () Sim 2 () Não (F) Chupa mão 1 () Sim 2 () Não
- Outros _____ (anotar)
- 47 - O seu filho chupa chupeta em que horários? 88 () NSA 1 () Dia 2 () Noite 3 () Dia/Noite
- 48 - Quanto tempo ele usa chupeta por dia? 88 () NSA 1 () - de 2 h 2 () 2 a 6 h 3 () + de 6 h
- 49 - O seu bebê está fazendo cocô todos os dias? 1 () Sim 2 () Não
- 50 - O seu bebê está fazendo cocô quantas vezes por dia? _____ 88 () NSA
- 51 - Qual o aspecto das fezes? 1 () Normal 2 () Endurecida 3 () Diarréia
- 52 - O seu bebê teve diarréia nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 53 - A senhora poderia colocar seu bebê no peito para vê-lo mamar? 1 () Sim 2 () Não 3 () _____
- 54 - Observação da mamada: 88 () NSA
- (A) Barriga com barriga 1 () Sim 2 () Não
- (B) Bebê abocanha maior parte da aréola 1 () Sim 2 () Não
- (C) O queixo do bebê toca na mama 1 () Sim 2 () Não
- (D) Lábio curvado para fora e lábio inferior para baixo 1 () Sim 2 () Não
- (E) Ausência de dor no bico do peito durante a mamada 1 () Sim 2 () Não
- (F) Após a mamada o mamilo parece alongado 1 () Sim 2 () Não
- 55 - Conclusão do entrevistador: Posição 1 () Correta 2 () Incorreta
- Pega 1 () Correta 2 () Incorreta
- 56 - Em caso da mãe não estar amamentando perguntar por que deixou de amamentar. 88 () NSA:
- (A) mãe doente/ debilitada 1 () Sim 2 () Não (G) idade de desmame 1 () Sim 2 () Não
- (B) filho doente/ fraco 1 () Sim 2 () Não (H) ficou grávida 1 () Sim 2 () Não
- (C) problema nos seios 1 () Sim 2 () Não (I) uso de anticoncepcional 1 () Sim 2 () Não
- (D) leite secou/ pouco 1 () Sim 2 () Não (J) por conselhos médicos 1 () Sim 2 () Não
- (E) mãe trabalhando 1 () Sim 2 () Não (L) por estética 1 () Sim 2 () Não
- (F) filho recusou 1 () Sim 2 () Não (M) outra _____
- 57 - O seu bebê esteve doente nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
- 58 - O bebê teve febre durante esta doença? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
- 59 - Ele esteve no médico ou posto de saúde? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
- 60 - Qual a doença? _____ 88 () NSA Puericultura 1 () Sim 2 () Não

APÊNDICE C – 3ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: 2º, 3º, 4º e 5º MÊS DE VIDA

Incidência e fatores de risco para a mastite em lactantes atendidas em hospitais N.º
credenciados ou não como Amigo da Criança

II Parte – Seguimento: Visita N.º. () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª

Entrevistador: _____ **Data de entrevista :** / /

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____ **Idade da criança:** _____ dias

1 - O seu filho esta sendo amamentado? 1 () Sim 2 () Não

2 - Após amamentar o seu peito ainda fica cheio? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA (Não se Aplica)

3 - Nas últimas 24 horas o seu filho recebeu algum destes alimentos?

(A) Leite materno 1 () Sim 2 () Não (F) Papinha de fruta 1 () Sim 2 () Não

(B) Água 1 () Sim 2 () Não (G) Sopas 1 () Sim 2 () Não

(C) Chá 1 () Sim 2 () Não (H) Comida da família 1 () Sim 2 () Não

(D) Suco 1 () Sim 2 () Não (I) Outro leite 1 () Sim 2 () Não

(E) Mingaus 1 () Sim 2 () Não (J) Outros _____

Aplicar estas perguntas quando for introduzido na alimentação da criança o primeiro alimento, além do leite materno. Anotar o tipo de alimento e a ordem em que foi introduzido. 88 () NSA

1º. _____ 2º. _____ 3º. _____

Alguém influenciou a introdução? 1 () Sim 2 () Não

Quem? _____ 88 () NSA

Qual foi o motivo que levou a senhora a oferecer ao seu filho o primeiro alimento além do leite de peito? _____

4 - Quantas vezes ao dia o seu bebe mama no peito? _____ 88 () NSA

5 - Você está usando horários fixos para amamentar? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

6 - A senhora está tendo tempo suficiente para amamentar? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

7 - Nos últimos dias a senhora perdeu alguma mamada por estar ocupada?

1 () Sim 2 () Não 88 () NSA (Não se Aplica)

8 - A senhora tem produzido nos últimos dias mais leite do que o bebê consegue mamar?

1 () Sim 2 () Não 88 () NSA (Não se Aplica)

9 - A senhora limita o número de mamadas de noite? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

10 - A senhora tem tirado o excesso de leite quando o peito fica muito cheio?

1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

11 - O seu peito ficou empedrado nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

12 - A senhora amamenta só em um peito? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

13 - Qual? _____ 88 () NSA

14 - O berço do seu filho fica no seu quarto? 1 () Sim 2 () Não

15 - O seu filho dorme na sua cama? 1 () Sim/a noite toda 2 () Sim/parte da noite 3 () Não

16 - Na sua atividade em casa a senhora está tendo ajuda? 1 () Sim 2 () Não

17 - Quem lhe ajuda (parente, amiga ou empregada)? _____

18 - Atualmente a senhora está se ausentando de casa para trabalhar? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

19 - Quantas vezes por semana? _____ 88 () NSA

20 - Quantas horas a senhora trabalha por dia fora do lar? _____ 88 () NSA

21 - A senhora está tendo algum problema com a amamentação? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA

22 - Qual? _____ 88 () NSA

23 - A senhora teve alguma dessas alterações após a última visita?

(A) Peito dolorido 1 () Sim 2 () Não

(B) Peito avermelhado 1 () Sim 2 () Não

(C) Dor no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(D) Inflamação no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(E) Rachadura no bico do peito 1 () Sim 2 () Não

(F) Peito Inflamado 1 () Sim 2 () Não

(G) Leite empedrado 1 () Sim 2 () Não

24 - A senhora levou alguma pancada (traumatismo) que machucou o peito? 1 () Sim 2 () Não

25 - A senhora está sentindo cansaço físico nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não

26 - Está se sentindo nervosa (estressada) nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não

27 - A senhora está se sentindo triste nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não

28 - A senhora usou sutiã muito apertado nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não

29 - Dormiu de bruço nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não

30 - A senhora usou creme ou pomada no peito nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não

- 31 - Qual a pomada? _____ 88 () NSA
- 32 - O seu filho?**
- (A) Chupa o dedo 1 () Sim 2 () Não (D) Usa bico ou chupeta 1 () Sim 2 () Não
 (B) Chupa língua 1 () Sim 2 () Não (E) Usa mamadeira 1 () Sim 2 () Não
 (C) Chupa fralda 1 () Sim 2 () Não (F) Chupa Mão 1 () Sim 2 () Não
- Outros _____ (anotar)
- 3 - O seu filho chupa chupeta em que horários? 88 () NSA 1 () Dia 2 () Noite 3 () Dia/Noite
 34 - Quanto tempo ele usa chupeta por dia? 88 () NSA 1 () - de 2 h 2 () 2 a 6 h 3 () + de 6 h
 35 - O seu bebê está fazendo cocô todos os dias? 1 () Sim 2 () Não
 36 - O seu bebê está fazendo cocô quantas vezes por dia? 88 () NSA
 37 - Qual o aspecto das fezes? 1 () Normal 2 () Endurecida 3 () Diarréia
 38 - O seu bebê teve diarréia nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
 39 - A senhora poderia colocar seu bebê no peito para vê-lo mamar? 88 () NSA
 1 () Sim 2 () Não 3 () Bebe dormindo
- 40 - Observação da mamada: 88 () NSA
 (A) Barriga com barriga 1 () Sim 2 () Não
 (B) Bebê abocanha maior parte da aréola 1 () Sim 2 () Não
 (C) O queixo do bebê toca na mama 1 () Sim 2 () Não
 (D) Lábio curvado para fora e lábio inferior para baixo 1 () Sim 2 () Não
 (E) Ausência de dor no bico do peito durante a mamada 1 () Sim 2 () Não
 (F) Após da mamada o mamilo parece alongado 1 () Sim 2 () Não
- 41 - Conclusão do entrevistador: Posição 1 () Correta 2 () Incorreta
 Pega 1 () Correta 2 () Incorreta
- 42 - Em caso da mãe não estar amamentando perguntar por que deixou de amamentar: 88 () NSA
 (A) mãe doente/ debilitada 1 () Sim 2 () Não (G) idade de desmame 1 () Sim 2 () Não
 (B) filho doente/ fraco 1 () Sim 2 () Não (H) ficou grávida 1 () Sim 2 () Não
 (C) problema nos seios 1 () Sim 2 () Não (I) começou usar anticoncepcional 1 () Sim 2 () Não
 (D) leite secou/ pouco 1 () Sim 2 () Não (J) por conselhos médicos 1 () Sim 2 () Não
 (E) mãe trabalhando 1 () Sim 2 () Não (L) por estética 1 () Sim 2 () Não
 (F) filho recusou 1 () Sim 2 () Não (M) outra _____
- 43 - O seu bebê esteve doente nos últimos 15 dias? 1 () Sim 2 () Não
 44 - O bebê teve febre durante esta doença? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
 45 - Ele esteve no médico ou posto de saúde? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
 46 - Qual a doença? _____ 88 () NSA Puericultura 1 () Sim 2 () Não
 47 - Observação: _____
-
-
-

APÊNDICE D – 4ª ETAPA DO FORMULÁRIO DA COORTE: 6º, 9º, 12º E 18º MÊS DE VIDA

Incidência e fatores de risco para a mastite e desmame

N.º

II Parte–Seguimento: 6m () 9m () 12m () 18m ()

Entrevistador: _____ Data de entrevista: / /

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____ Idade da criança: _____ dias

1 - O seu filho esta sendo amamentado? 1 () Sim 2 () Não

2 - Em caso da mãe ter deixado de amamentar nos últimos 3 meses perguntar por que? 88 () NSA

- | | | | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------|
| (A) mãe doente/ debilitada | 1 () Sim | 2 () Não | (G) idade de desmame | 1 () Sim | 2 () Não |
| (B) filho doente/ fraco | 1 () Sim | 2 () Não | (H) ficou grávida | 1 () Sim | 2 () Não |
| (C) problema nos seios | 1 () Sim | 2 () Não | (I) Uso de anticoncepcional | 1 () Sim | 2 () Não |
| (D) leite secou/ pouco | 1 () Sim | 2 () Não | (J) por conselhos médico | 1 () Sim | 2 () Não |
| (E) mãe trabalhando | 1 () Sim | 2 () Não | (L) por estética | 1 () Sim | 2 () Não |
| (F) filho recusou | 1 () Sim | 2 () Não | (M) Outra | _____ | |

3 - Nas últimas 24 horas o seu filho comeu algum destes alimentos?

- | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------------|-------|
| (A) Leite materno | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (B) Água | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (C) Chá | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (D) Suco | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (E) Outro leite: _____
(anotar o tipo de leite) | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (F) Mingaus: _____
(anotar o tipo de farinha) | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (G) Papinha de fruta | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (H) Papa de legumes | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |
| (I) Comida da família | 1 () Sim | 2 () Não | número de vezes | _____ |

4 – Dentre os alimentos abaixo, qual deles você já oferece(u) ao seu filho:

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|---------------|
| (A) Grãos (feijão etc.) | 1 () Sim | 2 () Não | (B) Salgadinho | 1 () Sim | 2 () Não |
| (C) Frango/carne/peixes | 1 () Sim | 2 () Não | (D) Refrigerantes | 1 () Sim | 2 () Não |
| (E) Macarrão Industrializado | 1 () Sim | 2 () Não | (F) Balas/Doces | 1 () Sim | 2 () Não |
| (G) Papas Indust. | 1 () Sim | 2 () Não | (H) Café | 1 () Sim | 2 () Não (I) |
| Vitaminas | 1 () Sim | 2 () Não | (J) Chocolates | 1 () Sim | 2 () Não |
| (K) Biscoito/pão/bolo | 1 () Sim | 2 () Não | (L) Sucos Indust. | 1 () Sim | 2 () Não |
| (M) Achocolatados | 1 () Sim | 2 () Não | (N) Ki-Suco/Geladinho | 1 () Sim | 2 () Não |
| (O) Catchup/Maionese | 1 () Sim | 2 () Não | (P) Mel/Açúcar | 1 () Sim | 2 () Não |
| (Q) Iogurte/Danoninho | 1 () Sim | 2 () Não | (R) Adoçantes | 1 () Sim | 2 () Não |
| (S) Lingüiça/Salsicha/Bacon | 1 () Sim | 2 () Não | (T) Pizza/Sanduíche | 1 () Sim | 2 () Não |
| (U) Pipocas | 1 () Sim | 2 () Não | (V) Sorvetes/Picolés | () Sim | 2 () Não |
| (X) Gema de ovo | 1 () Sim | 2 () Não | (Z) Clara de ovo | () Sim | 2 () Não |

5 – De que maneira você dá os alimentos a seu filho? (Alternativas não excludentes)

- (1) Colher/garfo (2) Mamadeira (3) Copo/Xicara (4) Dedo

6 – Como você oferece os alimentos ao seu filho? (Alternativas não excludentes)

- (1) Inteiro (2) Amassado (3) Peneirado (4) Liquidificado

6- O seu filho come dormindo 1 () Sim 2 () Não

7 - O berço/ cama do seu filho fica no seu quarto? 1 () Sim 2 () Não

8 - O seu filho dorme na sua cama? 1 () Sim/a noite toda 2 () Sim/parte da noite 3 () Não

9 - Atualmente a senhora está se ausentando de casa para trabalhar? 1 () Sim 2 () Não

10 - Quantas vezes por semana? _____ 88 () NSA

11 - Quantas horas a senhora trabalha por dia fora do lar? _____ 88 () NSA

12 - A senhora teve alguma dessas alterações após a última visita?

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|
| (A) Peito dolorido | 1 () Sim | 2 () Não | (B) Peito avermelhado | 1 () Sim | 2 () Não |
| (C) Dor no bico do peito | 1 () Sim | 2 () Não | (D) Peito Inflamado | 1 () Sim | 2 () Não |
| (E) Rachadura no bico do peito | 1 () Sim | 2 () Não | (F) Leite empedrado | 1 () Sim | 2 () Não |
| (G) Inflamação no bico do peito | 1 () Sim | 2 () Não | | | |

13 - O seu filho?

- | | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|
| (A) Chupa o dedo | 1 () Sim | 2 () Não | (D) Usa bico ou chupeta | 1 () Sim | 2 () Não |
| (B) Chupa língua | 1 () Sim | 2 () Não | (E) Usa mamadeira | 1 () Sim | 2 () Não |
| (C) Chupa fralda | 1 () Sim | 2 () Não | (F) Chupa a mão | 1 () Sim | 2 () Não |

14 - O seu filho chupa chupeta em que horários? 88 () NSA 1 () Dia 2 () Noite 3 () Dia/Noite

15 – Quanto tempo ele usa chupeta por dia? 88 () NSA 1 () < de 2 h 2 () 2 a 6 h 3 () > de 6 h

- 16 – Qual o tipo de chupeta que o seu filho usa? 88 () NSA 1 () Ortodôntica 2 () Não ortodôntica
- 17 - Qual o dedo que o seu filho chupa? 88 () NSA 1 () Polegar 2 () Outros
- 18 - O seu filho já nasceu dentes? 1 () Sim 2 () Não
- 19 - Na época que nasceu o último dente, <ele> teve alguma alteração 88 () NSA 1 () Sim 2 () Não
- 20 - Qual a alteração que ele teve? _____
(Anotar o tipo de alteração) 88 () NSA
- 21 - A senhora faz higiene bucal/escova os dentes do seu filho? 88 () NSA 1 () Sim 2 () Não
- 22 – Quantas vezes por dia a senhora faz a higiene bucal do seu filho? _____(anotar o número de vezes) 88 () NSA
- 23 - Usa o que para limpar a boca do seu filho?
88 () NSA 1 () Escova 2 () Fralda 3 () Gaze 4 () Cotonete
- 24 - Usa pasta de dente? 88 () NSA 1 () Sim 2 () Não
- 25 - Qual a pasta ou produto que a senhora usa? 88 () NSA _____(anotar, água, pasta ou produto)
- 26 - Quem orientou a usar a pasta de dente?
1 () Profissional de saúde 2 () Iniciativa própria 88 () NSA
- 27 – O seu bebê está fazendo cocô todos os dias? 1 () Sim 2 () Não
- 28 - Anotar o número de vezes que o bebê faz cocô: _____/ dia _____/semana
(Número de vezes/dia) (Número de vezes/semana)
- 29 - O seu bebê está com intestino preso? 1 () Sim 2 () Não
- 30 - Qual o aspecto das fezes? 1 () Pastosas 2 () Endurecida 3 () Amolecidas
- 31- O seu bebê teve diarreia nos últimos três meses? 1 () Sim 2 () Não
- 32 - O seu filho teve algum problema respiratório nos últimos três meses? 1 () Sim 2 () Não
- 33- Qual foi o problema 88 () NSA _____(Anotar o tipo de problema)
- 34 - Ele teve alguma outra doença nos últimos três meses 1 () Sim 2 () Não
- 35- Qual foi o tipo de doença 88 () NSA _____
(Anotar o tipo de problema)
- 36 - O bebê teve febre nos últimos três meses? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
- 37 – Foi internado, nos últimos três meses? 1 () Sim 2 () Não 88 () NSA
- 38- Qual foi o motivo do internamento: 88 () NSA _____
(Anotar o motivo do internamento)
- 39 – O seu filho tem alguma vacina atrasada? () Sim 2 () Não
- 40- Qual a(s) vacina(s) que está atrasada(s)? 88 () NSA _____
(Anotar após verificar o Cartão)
- 41- Porque está com a vacina atrasada? 88 () NSA _____
(Anotar o motivo)
- 48 - Observação:

APÊNDICE E – 1º PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP-UEFS**

Feira de Santana, 30 de abril de 2003.
Of. CEP-UEFS nº 072/2003

Ref. Protocolo do Projeto nº 012/2003

Senhor(a) Pesquisador(a): GRACIETE OLIVEIRA VIEIRA.

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "*Incidência e Fatores de Risco para a Mastite em Lactantes Atendidas em Hospitais Credenciados ou Não como Amigos da Criança*" e registrado neste CEP sob Protocolo N.º **012/2003**, satisfaz plenamente às exigências da Res. 196/96. Assim, o CEP-UEFS aprova o seu projeto podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*. (Data de Aprovação: 29/04/2003).

Relembro que conforme instrui a Res. 196/96, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno (um ano: 29/04/2004) este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Nesta oportunidade renovo protestos de elevada consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Eliane Elisa de Souza e Azevêdo.
Coordenadora do CEP-UEFS.

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora
CEP - UEFS

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,, concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Incidência e fatores de risco para a mastite em lactantes atendidas em hospitais credenciados ou não como Amigos da Criança” tendo como responsável a Dra. Graciete Oliveira Vieira. Tenho conhecimento que a pesquisa tem como objetivo estudar a mastite (inflamação na mama) e que destina-se à realização da Tese de Doutorado em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sei que não há riscos estabelecidos para os participantes do referido estudo. Declaro que foram feitos esclarecimentos á cerca da justificativa, objetivos e tipo de questionário a ser aplicado. Tenho também a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida durante o curso da pesquisa e a permissão de poder recuar ou retirar o meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao meu cuidado. Estou ciente do sigilo dos pesquisadores a todas as informações por mim relatadas.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____

Assinatura da Mãe: _____

APÊNDICE G – 2º PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFSAv. Universitária, S/N - Módulo I - 44.031-460 - Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.brFeira de Santana, 14 de dezembro de 2006
Of. CEP-UEFS nº 424/2006

Senhora Pesquisadora: Graciete Oliveira Vieira

Tenho satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "**Efeitos do desmame sobre o hábito alimentar e o crescimento infantil**", Protocolo N.º 077/2006 (CAAE – 0074.0.059.000-06), satisfaz as exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos de pesquisa, conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res.196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b.

Relembro que conforme instrui a Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (14/12/2007) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Prof. Eliane Elza de Souza e Azevedo
Coordenadora do CEP/UEFS