

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**ENSAIO CLÍNICO DE UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA SOBRE POSIÇÃO DE DORMIR DA
CRIANÇA E ESTUDO SOBRE COLEITO NO
PRIMEIRO SEMESTRE DE VIDA**

TESE DE DOUTORADO

ROBERTO MÁRIO SILVEIRA ISSLER

Porto Alegre, Brasil
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**ENSAIO CLÍNICO DE UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA SOBRE POSIÇÃO DE DORMIR DA
CRIANÇA E ESTUDO SOBRE COLEITO NO
PRIMEIRO SEMESTRE DE VIDA**

ROBERTO MÁRIO SILVEIRA ISSLER

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Dra. Elsa Regina Justo Giugliani
Co-Orientador: Dr. Paulo José Cauduro Marostica

Porto Alegre, Brasil
2009

186e Issler, Roberto Mário Silveira

Ensaio clínico de uma intervenção educativa sobre posição de dormir da criança e estudo sobre coleito no primeiro semestre de vida / Roberto Mário Silveira Issler; orient. Elsa Regina Justo Giugliani; co-orient. Paulo José Cauduro Marostica. – 2009.

173 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre, BR-RS, 2009.

1. Sono 2. Postura 3. Recém-nascido 4. Lactente 5. Educação de pacientes I. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Marostica, Paulo José Cauduro III. Título.

NLM: WS 105.5.F2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

ESTA TESE FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

17/08/ 2009

E FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Prof. Dr. Iná da Silva dos Santos
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Magda Lahorgue Nunes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Rita de Cássia Silveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aos meus pais, Dinah e Gilmar, pelas oportunidades que me deram para que eu chegasse até aqui.

Aos meus filhos, Artur, Eduardo e André, pela alegria que nos têm dado desde que aportaram neste mundo.

A minha querida companheira, colega, amiga e parceira, Beth, pelo seu apoio, incentivo e paciência ao longo da realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial aos meus orientadores, Profa. Dra. Elsa Giugliani e Prof. Dr. Paulo Marostica. O fato de contar também com sua amizade não significa que foram condescendentes ou tolerantes com minhas dificuldades ao longo do trabalho.

Em relação ao Marostica, não poderia imaginar que o colega do Colégio Anchieta seria um de meus orientadores numa tese de doutorado. Chegamos ao fim dessa etapa com nossa amizade fortalecida, mesmo com os percalços que o fiz passar!

A promoção de amizades ainda não foi citada na literatura como um dos benefícios da amamentação. Esse tema me aproximou da Elsa, também minha orientadora no Mestrado. Mais uma vez agradeço sua confiança, sua orientação e suas sugestões. Muito obrigado!

À equipe de trabalho, Adriana Rosa Milani, Fabiane Nieto, Márcia Nunes Oliveira, Danusa Graeff Chagas Pinto, Daniela Oliveira Pires, Bianca Fernandes Sarturi, Mateus Breitenbach Scherer, Luis Felipe Silva Smidt, Manoela Chitolina Villetti e Anelise Schifino Wolmeister, pelo seu profissionalismo, comprometimento, incentivo, idoneidade e bom humor, em todas as etapas do estudo.

Ao Prof. Renato Procianoy, atual coordenador da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que proporcionou a nossa equipe um espaço para reuniões e arquivamento do material do estudo.

Aos amigos Malu (Dra. Maria de Lourdes Drachler) e Zeca (Dr. José Carlos de Carvalho Leite) que, em 1989, me incentivaram a realizar o mestrado em Pediatria. O Dr. José Carlos também sugeriu o uso dos bonecos-modelo para a coleta de dados.

A toda equipe da Unidade de Internação Obstétrica, 11º. Andar, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo interesse e colaboração durante todo o período de coleta de dados na maternidade.

Ao Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani, coordenador da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, durante o maior período de realização desta tese, pelo incentivo e apoio recebidos.

Ao Mathias Azevedo Bressel, estatístico do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por suas sugestões e capacidade técnica na etapa de análise dos resultados.

À Dra. Martha Cohen, histopatologista pediátrica do *Sheffield Children NHS Foundation Trust*, Sheffield, Reino Unido, pela colaboração na revisão bibliográfica.

À Profa. Heloisa Delgado (Brasil) e ao casal Judith B. Roepke, PhD, RD, e Harlan H. Roepke, PhD (Indiana, EUA), pelo cuidadoso e dedicado trabalho de revisão do texto em Inglês para publicação.

À professora Clarice Bohn Knies, pelos seus comentários e sugestões na revisão de português que facilitaram a leitura deste trabalho.

À Rosane Blanguer, secretária da Pós-Graduação, pela disponibilidade em colaborar sempre que solicitada.

À Sueli Arisi, pelo seu trabalho de edição do texto final da tese.

À equipe da Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRGS, em nome de Helen Flores, chefia, e Rachel Domingos, da área de pesquisa bibliográfica, pela ajuda na busca das referências bibliográficas.

Aos meus colegas do Departamento de Pediatria, especialmente aqueles mais próximos de minha área de atuação – Paulo Roberto Ferrari Mosca, Rosange Benatti, Clécio Homrich, Danilo Blank, Edila Salvagni e Gilberto Eckert (um grande “traça eletrônico” na descoberta de referências sobre morte súbita) – pela sua compreensão e apoio para conciliar a realização deste trabalho com minhas atividades acadêmicas.

Aos meus amigos, que ao longo desses anos sempre me incentivaram e ajudaram em todos os momentos, compartilhando comigo todas as etapas deste estudo e outros tantos acontecimentos de minha vida particular. Obrigado pelo carinho, companhia e presença ao meu lado.

Por fim, a todas as famílias que participaram do estudo, desde o início, na maternidade do Hospital de Clínicas, e depois, abrindo suas casas para nos receber com gentileza, interesse e respeito. Sem elas e sua participação, teria sido impossível realizar este estudo. Muitíssimo obrigado.

RESUMO

Essa tese aborda dois tópicos pouco explorados na literatura científica brasileira: a síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) e o coleito. O objetivo principal foi avaliar o impacto de uma intervenção educativa individual para mães na maternidade, em relação ao posicionamento para dormir da criança. Secundariamente, verificou-se a prevalência de coleito e os fatores associados a esse arranjo para dormir. Realizou-se um ensaio clínico randomizado com 228 duplas de mães e seus filhos. A intervenção consistia em uma sessão individual de orientação na maternidade sobre a importância da posição supina para a criança dormir na prevenção da SMSL. O desfecho principal foi a posição de dormir da criança aos três e seis meses de idade, registrada durante visitas domiciliares. Regressão de Poisson foi utilizada para identificar os fatores associados ao coleito. Em relação ao posicionamento de dormir da criança, conforme relatado pela mãe. 42,9% das mães do grupo intervenção e 24,0% das mães do grupo controle colocavam seus filhos para dormir na posição supina na visita aos três meses ($p= 0,009$). A intervenção no hospital foi a única variável que influenciou as práticas maternas em relação à posição de dormir da criança (RC= 1,35; IC 95% = 1,08– ,64). A prevalência de coleito aos três e seis meses foi de, respectivamente, 31,2% e 28,5%. Aos três meses, o coleito estava associado a mãe sem companheiro (RP= 1,56; IC= 1,01–2,39) e a coabitação com a avó materna da criança (RP= 1,70; IC= 1,09-1,65). Concluindo, uma sessão educativa individual na maternidade aumentou significativamente a prevalência da posição supina para dormir no terceiro mês de vida da criança, mas não foi suficiente para garantir que a maioria das mães colocasse seus filhos para dormir nessa posição. Quanto ao coleito, ele se mostrou comum nos primeiros seis meses, estando associado à mãe sem companheiro e a coabitação com a avó materna da criança.

Palavras-chave: Síndrome da morte súbita do lactente. Sono da criança. Posição de dormir. Saúde da criança.

ABSTRACT

This study addresses two issues that have been little studied in the Brazilian scientific literature: sudden infant death syndrome (SIDS) and bedsharing. The main objective of this study was to evaluate the impact of an individual educational intervention given to mothers in the maternity ward regarding the infant sleep position. Secondly we verified the prevalence of bedsharing and the variables associated with this sleep arrangement. A randomized clinical trial was performed, in which 228 pairs of mothers-infants were included. The intervention consisted in an individual educational session for mothers in the maternity ward, concerning the recommendation of the supine position for infant sleep to prevent SIDS. The main outcome was the position in which the infant slept at night at three and six months, registered during home visits. The Poisson regression was applied to identify the factors associated with bedsharing. Regarding the infant sleep position, according to mothers' report, 42.9 percent of the mothers in the intervention group and 24.0 percent of the control group put their infants to sleep in the supine position at three months' visit ($p= 0.009$). The intervention in the hospital was the only variable that influenced maternal practices concerning the infant sleep position (OR= 1.33; CI 95% = 1.08–1.64). The prevalence of bedsharing at three and six months was, respectively, 31.2 and 28.5 percent. At three months bedsharing was associated to mother without partner (prevalence ratio [PR] 1.56; CI 1.01–2.39) and mother sharing the home with infant's maternal grandmother (PR= 1.70; CI= 1.09 – 1.65). We conclude that an individual educational session in the maternity ward significantly increased the prevalence of the infant's supine sleep position at three months. However, the intervention was not sufficient to assure the majority of the mothers would put their infants to sleep at this position. Bedsharing was common at the first six months of life and was associated with single mothers and sharing the home with infant's maternal grandmother.

Keywords: Sudden infant death syndrome. Infant sleep. Sleep position. Infant health.

LISTA DE FIGURAS DA TESE

Figura 1 – Definição e subclassificação de SMSL.....	18
Figura 2 – <i>Arcuccio</i>	21
Figura 3 – Esquema das interações potenciais entre fatores de risco ambientais e genéticos para síndrome da morte súbita do lactente.	29
Figura 4 – Fatores ambientais associados a risco aumentado para síndrome da morte súbita do lactente.....	31
Figura 5 – Metodologia do estudo.....	49
Figura 6 – Dupla mãe-criança incluída no estudo com um dos membros da equipe do grupo de pesquisa segurando boneco-modelo	52
Artigo 1 - Versão em Português	
Figura 1 – Fluxo das duplas mãe-criança ao longo do estudo.....	93
Artigo 1 - Versão em Inglês	
Figure 1 – <i>Flow diagram of mother-infant progress to trial</i>	110

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 – versão em Português

Tabela 1 – Comparação entre os grupos intervenção e controle: características dos participantes.....	94
--	----

Artigo 1 – versão em Inglês

Table 1 – Comparison of intervention and control groups: characteristics of participants...	111
---	-----

Artigo 2

Tabela 1 – Distribuição da amostra em relação ao aleitamento aos 3 meses e aos 6 meses.....	125
Tabela 2 – Fatores associados ao aleitamento de mãe e criança aos 3 meses: modelo de análise multivariada (Poisson).....	126

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP/HCPA	Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
5HT	5-hidroxitriptamina (serotonina)
5-HT1A	Transportador de 5-hidroxitriptamina
DHA	Ácido docosaexanóico
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NV	Nascido vivo
pH	Logaritmo decimal do inverso da atividade dos íons de hidrogênio numa solução
SMSL	Síndrome da morte súbita do lactente
SIDS	<i>Sudden infant death syndrome</i>
SNA	Sistema nervoso autônomo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE.....	17
2.1 DEFINIÇÃO	17
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	20
2.3 EPIDEMIOLOGIA.....	23
2.4 FISIOPATOLOGIA.....	24
2.5 GENÉTICA.....	28
2.6 FATORES DE RISCO.....	30
2.6.1 Posição de dormir.....	34
2.6.2 Coleito.....	38
3 JUSTIFICATIVA.....	42
4 OBJETIVOS	44
4.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	44
4.1.1 Geral	44
4.1.2 Específicos	44
4.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO	44
5 HIPÓTESE	45
6 POPULAÇÃO E MÉTODOS	46
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	46
6.2 POPULAÇÃO-ALVO	46
6.3 AMOSTRA.....	46
6.3.1 Seleção	46
6.3.2 Critérios de inclusão.....	46
6.3.3 Critérios de exclusão	47
6.3.4 Cálculo do tamanho da amostra	47

6.3.5 Alocação para os grupos intervenção e controle	48
6.4 ESTUDO PILOTO	50
6.5 COLETA DE DADOS.....	50
6.5.1 No hospital	51
6.5.2 No domicílio na visita aos três e aos seis meses	52
6.6 INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	53
6.7 VARIÁVEIS INCLUÍDAS NO ESTUDO.....	54
6.7.1 Estudo 1	54
6.7.1.1 <i>Variável dependente</i>	54
6.7.1.2 <i>Variáveis independentes</i>	54
6.7.1.2.1 <i>Em relação à criança</i>	54
6.7.1.2.2 <i>Em relação à mãe</i>	55
6.7.1.2.3 <i>Em relação ao local e ao posicionamento para dormir da</i> <i>criança</i>	56
6.7.2 Estudo 2	57
6.7.2.1 <i>Variável dependente</i>	57
6.7.2.2 <i>Variáveis independentes</i>	57
6.7.2.2.1 <i>Em relação à criança</i>	57
6.7.2.2.2 <i>Em relação à mãe</i>	58
6.8 CONTROLE DE QUALIDADE	59
6.9 EQUIPE DE TRABALHO	60
6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	61
6.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA	62
6.11.1 Estudo 1	62
6.11.2 Estudo 2	62
7 REFERÊNCIAS	63
ARTIGO 1: versão em Português	77
ARTIGO 1: versão em Inglês	95
ARTIGO 2.....	112

ANEXO A – Mapa de Porto Alegre com a área delimitada para o estudo e a localização dos domicílios das mães e das crianças	130
ANEXO B – Questionário aplicado na maternidade do hospital	131
ANEXO C – Questionário aplicado na visita domiciliar aos três meses.....	136
ANEXO D – Questionário aplicado na visita domiciliar aos seis meses	143
ANEXO E – Folheto explicativo oferecido às mães do grupo intervenção	150
ANEXO F – Planilha de controle de acompanhamento das visitas domiciliares ..	151
ANEXO G - Manual de orientação para coleta de dados – Questionário do hospital	152
ANEXO H - Manual de orientação para coleta de dados: questionário de seguimento aos três meses.....	161
ANEXO I - Manual de orientação para coleta de dados: questionário de seguimento aos seis meses	166
ANEXO J - Termo de consentimento informado	171
ANEXO K - Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA	172
ANEXO L - Certificado de participação da criança no estudo.....	173

1 INTRODUÇÃO

A morte inesperada de uma criança hígida em seu berço é um acontecimento muito triste e traumático. Os sentimentos evocados por esse episódio afetam de forma indelével o núcleo familiar e se estendem para a coletividade onde a família vive (ZAGDANSKI, 1995).

Ainda hoje é possível encontrar em periódicos de grande circulação depoimento de pais relatando seus medos e fantasias quanto à possibilidade da perda de um filho por síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) (COIMBRA, 2007). Por vezes, quando uma criança é encontrada morta em seu berço, tanto em casa quanto em uma creche, o assunto ocupa as páginas policiais dos jornais, causando grande comoção (BEBÊ..., 2007, p. 50; LAUDO..., 2008, p. 14; BEBÊ..., 2009).

Estudos epidemiológicos consistentes realizados nas décadas de 80 e 90 do século XX demonstraram que crianças colocadas para dormir na posição prona apresentavam risco maior de morrer por SMSL (DWYER *et al.*, 1991; DWYER *et al.*, 1991b; MITCHELL *et al.*, 1992; WIGFIELD *et al.*, 1992). A partir de então, campanhas envolvendo profissionais de saúde, agências governamentais e órgãos de imprensa vêm promovendo a posição supina para dormir, o que resultou em quedas acentuadas da mortalidade infantil por essa causa em diversos países (MITCHELL *et al.*, 1994; ARNESTAD *et al.*, 2001; ALM *et al.*, 2001; BLAIR *et al.*, 2006b; CHANG *et al.*, 2008).

A recomendação atual é que as crianças sejam colocadas para dormir em posição supina, uma medida comprovadamente eficaz na prevenção da SMSL (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005).

No Brasil, onde a recomendação mais frequente é que a criança seja colocada para dormir de lado (NUNES *et al.*, 2002), inexistem publicações sobre intervenções educativas

para profissionais e famílias sobre a recomendação da posição supina para dormir. Também há poucos estudos sobre o posicionamento de dormir da criança e fatores associados.

Outro fator que tem sido associado à SMSL é o coleito. Sabe-se que a escolha do local e com quem a criança irá dormir nos primeiros anos de vida está relacionada a múltiplos fatores, como ambiente físico, tamanho da família, nível socioeconômico, aspectos culturais, hábitos alimentares e cuidados com as crianças, entre outros (JENNI; O'CONNOR, 2005; McKENNA; McDADE, 2005; THOMAN, 2006).

Em estudo realizado com dados de 17 países, a sua prevalência aos três meses de vida da criança variou de 2% a 88% (NELSON; TAYLOR, 2001). No Brasil, onde estudos sobre coleito são escassos, dois trabalhos, ambos realizados no Rio Grande do Sul, observaram uma prevalência de coleito de 44% aos três meses em Passo Fundo (GEIB; NUNES, 2006a), e de 46% aos doze meses em Pelotas (SANTOS *et al.*, 2008). Tem sido descrita maior prevalência de coleito em mães de renda mais baixa (WILLINGER *et al.*, 2003; GEIB *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2008;), negras (GEIB *et al.*, 2006), mais jovens (TUHOY *et al.*, 1993; GEIB *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2008), com menor escolaridade (TUHOY *et al.*, 1993; SANTOS *et al.*, 2008), solteiras (TUHOY *et al.*, 1993; BRENNER *et al.*, 2003), com maior paridade (TUHOY *et al.*, 1993; SANTOS *et al.*, 2008) e que amamentam o filho (BLAIR; BALL, 2004; MCCOY *et al.*, 2004), entre outras.

Esta tese, portanto, aborda dois tópicos ainda pouco explorados na literatura científica nacional: o impacto de uma intervenção educativa sobre a posição de dormir das crianças e a prevalência e fatores associados ao coleito nos primeiros seis meses de vida.

2 SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE

2.1 DEFINIÇÃO

É importante estabelecer uma definição para a SMSL para que, entre outros aspectos, se promova uma uniformidade de diagnóstico. Disso resulta a possibilidade de comparação entre os diferentes estudos realizados sobre o tema, bem como das informações epidemiológicas de diferentes locais e países, proporcionando uma melhor compreensão desse fenômeno e, assim, um maior conhecimento de sua expressão.

Diversas reuniões científicas de especialistas no estudo da SMSL foram realizadas com o único propósito de chegar a um consenso sobre sua definição (ROGNUM; WILLINGER, 1995).

A SMSL continua fazendo jus à categoria de “síndrome”, já que até o momento não existe uma causa específica que a determine, nem características estruturais ou anormalidades funcionais próprias que estejam na sua origem. A definição mais aceita atualmente é a que segue: “a morte inesperada de uma criança menor de um ano de idade que permanece inexplicada após extensa investigação do caso, incluindo a realização de uma necropsia completa, exame da cena do óbito e revisão da história clínica” (WILLINGER *et al.*, 1991, p. 681).

O diagnóstico, ao final, caberá ao patologista, visto que a obrigatoriedade da necropsia é um dos critérios da definição. Sendo assim, o diagnóstico de SMSL indica essencialmente a ausência de outra causa conhecida para o óbito (MALLOY, 2004).

Beckwith (2003) escreveu um artigo propondo uma redefinição do termo e a criação de subclasses que viessem a contemplar tanto uma definição mais geral, para colaborar no manejo do caso e do óbito, como outra mais restrita, voltada para os propósitos de pesquisa.

De fato, em 2004, um seleto grupo de especialistas em pediatria e patologia forense com reconhecida experiência no estudo e na pesquisa sobre SMSL reuniu-se em San Diego, Califórnia, para deliberar sobre uma nova definição, estratificada por categorias (Figura 1) (KROUS *et al.*, 2004).

Conforme os próprios autores, esse trabalho continua em andamento, necessitando ser continuamente reformulado e refinado. Mesmo assim, encontro de especialistas realizado na Austrália em 2004 endossou a definição de San Diego, como foi chamada, e recomendou sua utilização naquele país.

Definição geral de Morte Súbita do Lactente
Morte súbita e inesperada de uma criança menor que um ano de idade, com início do episódio fatal ocorrendo aparentemente durante o sono, que permanece inexplicada depois de cuidadosa investigação, incluindo realização de uma necropsia completa e revisão das circunstâncias do óbito e da história clínica.
Categoria IA: aspectos típicos de SMSL presentes e documentados
Inclui mortes de crianças que preenchem os critérios da definição geral e também os seguintes critérios:
<p><i>Clínico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais de 21 dias e menos que 9 meses de idade. - História clínica normal, incluindo gestação a termo (idade gestacional maior ou igual a 37 semanas). - Crescimento e desenvolvimento normais. - Nenhum óbito semelhante entre os irmãos, parente geneticamente próximo (tios, tias ou primos de primeiro grau) ou de outra criança sob os cuidados da mesma pessoa.
<p><i>Circunstância do óbito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigação dos vários cenários onde os incidentes que levaram ao óbito devem ter ocorrido e determinação de se eles não oferecem uma explicação para o óbito. - Criança encontrada num ambiente de sono seguro, sem evidência de morte acidental.
<p><i>Necropsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de achados patológicos potencialmente fatais. Mínimo infiltrado inflamatório no sistema respiratório é aceitável; hemorragia petequial intratorácica é um achado confirmatório, mas não obrigatório ou diagnóstico. - Nenhuma evidência de trauma inexplicado, abuso, negligência ou de lesão não intencional. - Nenhuma evidência de efeito de estresse substancial no timo (peso do timo menor que 15g / ou depleção linfocítica cortical moderada / grave. Macrófagos ocasionais tipo “céu estrelado” ou depleção cortical mínima são aceitáveis). - Resultados negativos de rastreamento toxicológico, microbiológico, radiológico, química <i>in vitro</i> e metabólico.

Figura 1: Definição e subclassificação de SMSL
Traduzido e modificado de Krous *et al.* (2004).

continuação

Categoria IB: aspectos típicos de SMSL presentes, mas documentados de maneira incompleta.
Inclui mortes de crianças que preenchem os critérios da definição geral e também todos os critérios da categoria IA, mas para as quais não foram investigados vários cenários onde os incidentes que levaram ao óbito devem ter ocorrido e/ou não foram realizadas uma ou mais das seguintes análises: estudos de rastreamento toxicológico, microbiológico, radiológico, química <i>in vitro</i> ou metabólico.
Categoria II:
Inclui mortes de crianças que preenchem os critérios da categoria I exceto por um ou mais dos seguintes:
<i>Clínico:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Faixa etária fora da categoria IA ou IB (isto é, menos de 21 dias ou mais de 270 dias [nove meses] até o primeiro ano). - Mortes semelhantes entre irmãos, parentes próximos, ou outras crianças sob os cuidados da mesma pessoa, que não é considerada suspeita de infanticídio, ou criança com problema genético conhecido. - Condições neonatais ou perinatais (por exemplo, aquelas resultantes do nascimento) que já estavam resolvidas no momento do óbito.
<i>Circunstâncias do óbito:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Asfixia mecânica ou sufocação causada por sobreposição não determinada com certeza.
<i>Necropsia:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Crescimento e desenvolvimento anormais não considerados que tenham contribuído para o óbito - Alterações inflamatórias marcadas ou anormalidades não suficientes para serem uma causa inequívoca do óbito.
Morte súbita do lactente não classificada
Inclui óbitos que não preenchem os critérios da categoria I ou II, mas para as quais um diagnóstico alternativo para condições naturais ou não naturais é duvidoso, incluindo casos em que a necropsia não foi realizada.
<i>Casos pós-ressuscitação:</i> Crianças encontradas agonizantes que são reanimadas e morrem após (“Morte súbita interrompida temporariamente”) podem ser incluídas nessa categoria, dependendo do preenchimento de critérios relevantes.

Figura 1: Definição e subclassificação de SMSL
Traduzido e modificado de Krous *et al.* (2004).

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS

Na revisão da literatura científica, é comum buscar a referência da primeira descrição de certa doença ou condição (RUSSEL-JONES, 1985). Em relação à SMSL, o primeiro registro parece ter ocorrido em torno de 500 anos a.C., conforme descrito no terceiro capítulo do Primeiro Livro dos Reis, do Velho Testamento (BÍBLIA SAGRADA, 1975, p. 370):

Ouve meu senhor: Esta mulher e eu habitamos na mesma casa, e eu dei à luz junto dela no mesmo aposento. Três dias depois deu também ela à luz. Ora, nós vivemos juntas, e não havia nenhum estranho conosco nessa casa, pois somente nós duas estávamos ali. Durante a noite morreu o filho desta mulher, porque o abafou enquanto dormia. Levantou-se ela então, no meio da noite, e enquanto a tua serva dormia, tomou o meu filho que estava junto de mim e o deitou em seu seio, deixando no meu o seu filho morto. Quando me levantei pela manhã para amamentar o meu filho, encontrei-o morto; mas examinando-o atentamente à luz verifiquei que não era o filho que eu dera à luz.

A decisão sobre onde e em qual posição a criança deva ser colocada para dormir é parte da “história do sono” da criança, ao longo da existência da espécie humana (NORVENIUS, 1995). A morte de uma criança no berço sem motivo aparente ou por superposição da mãe é referida em textos históricos e literários (RUSSEL-JONES, 1985).

No Egito, as mães responsabilizadas pela morte de uma criança por superposição não eram executadas, mas obrigadas a segurá-la no colo por três dias e três noites para expiar o seu remorso e sofrimento (RUSSEL-JONES, 1985).

Sorano de Efesus, médico grego nascido aproximadamente em 50 d.C., recomendava que as crianças não dormissem na cama com suas mães, sob risco de serem machucadas ou sufocadas pelo corpo materno. Ele também alertava que o berço deveria ser colocado ao lado ou acima do leito materno. Quanto ao posicionamento no leito, a cabeça da criança deveria ser colocada em posição um pouco mais elevada, em um berço em formato de cocho, o que pode ser interpretado como uma orientação para colocar as crianças para dormir de costas.

Da Idade Média até o século XVIII, a morte de uma criança no berço por asfixia ou por acidente era considerada pela Igreja como uma ofensa ao 5º Mandamento (“Não matarás”). Diversas penas eram imputadas às mães ou amas de leite em caso de suspeita de morte acidental ou intencional de uma criança em seu local de dormir (NORVENIUS, 1995).

Durante o Iluminismo (final do século XVII e início do século XVIII), a superposição de crianças pelo corpo de amas de leite era considerada um problema de saúde pública. Um médico inglês descreveu um dispositivo, chamado *Arcuccio*, utilizado em Florença, Itália, que tinha a finalidade de evitar que a criança sofresse asfixia por superposição de cobertas de cama ou por uma pessoa (THE ARCUCCIO, 1895). Tratava-se de um arco feito de madeira, com hastes longitudinais e uma proteção para a cabeça, sob o qual a criança era colocada para dormir (Figura 2). Esse dispositivo foi utilizado em diversos países europeus, como Itália, Inglaterra e Suécia.

Philosoph. Transact. N.º 422.

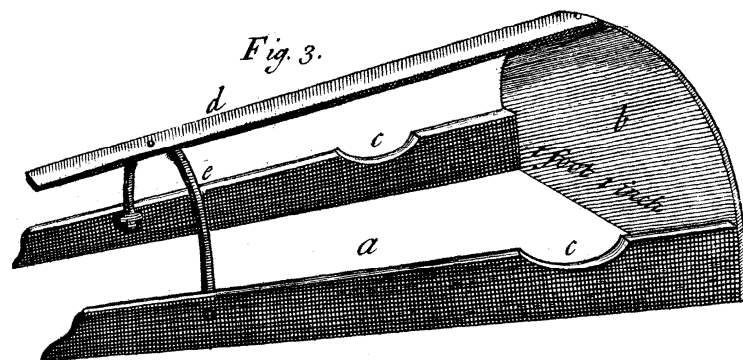


Figura 2: *Arcuccio*
Fonte: Royal Society of London (1732).

A superposição pela mãe, conforme descrito na Bíblia no Livro dos Reis, era aceita como o motivo costumeiro da morte de uma criança no berço. Até o primeiro quarto do século XX, era comum a criança dormir na cama com os pais, a não ser nas classes sociais mais altas (RUSSEL-JONES, 1985). As camas grandes e macias, assim como mães de tamanho avantajado, reforçavam a crença da “sufocação” ou “superposição” quando uma criança era encontrada morta pela manhã.

Em 1848, um professor sueco, Fredrik Theodor Berg, ao realizar necropsias nas crianças que morriam em orfanatos de Estocolmo, Suécia, observou que algumas não apresentavam sinais de doença anteriores ao óbito nem achados patológicos que justificassem sua morte. Descreveu as petéquias subpleurais como um achado comum na necropsia de casos de SMSL, achado ainda hoje utilizado como um dos critérios para o seu diagnóstico (BERG, 1844).

Em 1930, no Segundo Congresso Internacional de Pediatria realizado em Estocolmo, Suécia, muitos dos tópicos discutidos estavam relacionados à SMSL. A partir de então, avolumou-se o número de publicações relacionadas à síndrome, sem que, até o momento, tenha sido determinada com precisão sua etiologia.

A morte de uma criança em seu berço durante o sono sem uma causa claramente detectável, descrita em diversos textos históricos, ainda acontece nos dias atuais. Assim, é plenamente justificável o esforço dos pesquisadores para entender as causas da SMSL e definir ações mais eficazes para preveni-la, de forma a evitar o sofrimento das famílias que perdem uma criança nessa condição.

2.3 EPIDEMIOLOGIA

A SMSL é pouco frequente em crianças menores de um mês de idade; o pico de incidência é entre dois e quatro meses, decrescendo a seguir, com 90% dos casos ocorrendo nos primeiros seis meses de vida. Os meninos são mais acometidos que as meninas, em uma relação de 3:2 (MOON, 2007).

Nos países desenvolvidos, a síndrome é a principal causa de óbito em crianças entre um mês e um ano. As menores taxas registradas nesses países são de 0,09/1.000 nascidos vivos (NV) no Japão e de 0,1/1.000 NV na Holanda. Entre os países desenvolvidos, o que tem a taxa mais elevada é a Nova Zelândia, com 0,8/1.000 NV. Os Estados Unidos e o Reino Unido apresentam taxas intermediárias, respectivamente de 0,6 e 0,4/1.000 NV.

Alguns estudos mostraram evidências epidemiológicas consistentes associando a posição prona a risco aumentado de óbito por SMSL (DWYER *et al.*, 1991; MITCHELL *et al.*, 1992; WIGFIELD *et al.*, 1992).

Em vista disso, a recomendação para a criança dormir em posição supina resultou em diminuição do número de óbitos por SMSL, fato observado em diferentes países (WIGFIELD *et al.*, 1992; MITCHELL *et al.*, 1994; DWYER *et al.*, 1995; ARNESTAD *et al.*, 2001; ALM *et al.* 2001; BLAIR *et al.*, 2006; CHANG *et al.*, 2008). Campanhas de saúde pública orientando os pais a colocar as crianças para dormir de costas aumentaram de 50% a 90% a prevalência dessa posição de dormir, causando diminuição acentuada dos óbitos por SMSL (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2007).

No Brasil, estudo realizado com a coorte de Pelotas, RS, de 1982, encontrou 9 casos presumivelmente atribuídos à SMSL no grupo de 24 óbitos de causas mal definidas, resultando numa mortalidade estimada em 1,6/1.000 NV (BARROS *et al.*, 1987). Estudo

retrospectivo realizado em Porto Alegre, no qual foram revisados todos os casos de óbito sem causa definida no atestado de óbito, estimou uma taxa de mortalidade por SMSL de 0,4/1.000 NV (NUNES *et al.*, 2001). Uma tese de doutorado sobre as características clínicas de morte súbita do lactente em Porto Alegre entre os anos de 2001 e 2003 encontrou uma incidência de 1,6/1.000 NV (PINHO, 2004). Outro estudo prospectivo brasileiro, mais recente, com uma coorte de crianças do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, indicou uma incidência de casos suspeitos de morte súbita do lactente de 1,75/1.000 NV (GEIB; NUNES, 2006b).

Assim, as estimativas de SMSL no Brasil variam entre 0,4/1.000 NV e 1,75/1.000 NV. A diferença de mais de quatro vezes nessas taxas possivelmente reflete as dificuldades metodológicas, tais como a falta de padronização do diagnóstico, erro no preenchimento do atestado de óbito, falta de notificação de casos suspeitos e falta de obrigatoriedade de necropsia em nosso país.

2.4 FISIOPATOLOGIA

Mesmo que especialistas em patologia forense tenham tentado estabelecer um protocolo internacional capaz de sistematizar todos os aspectos envolvidos em uma necropsia de um caso suspeito da síndrome (KROUS, 1995a), não existem achados com características específicas da SMSL (HUNT, 2001). Assim, pode-se considerar a SMSL como um diagnóstico de exclusão.

Existem, porém, alguns achados com frequência elevada na maioria dos casos de SMSL. Hemorragia intratorácica petequial, um achado *post mortem* “positivo” já observado em crianças com óbitos de causa não determinada em orfanatos suecos do século XIX (BERG, 1844), é encontrada em 70% a 90% dos casos, sugerindo que o mecanismo de óbito

possa ser o esforço respiratório contra uma via aérea obstruída (KROUS, 1995b). A presença concomitante de hemorragias petequiais no timo, na pleura e no epicárdio possui elevado valor preditivo para o diagnóstico de SMSL (GOLDWATER, 2008). Edema pulmonar está quase sempre presente, podendo ser intenso. Uma lista de possíveis diagnósticos diferenciais inclui problemas respiratórios, cardiovasculares e do sistema nervoso central, lesões acidentais e não acidentais e outras causas raras (KROUS, 1995b).

O desafio proposto para o patologista é, assim, identificar alterações potencialmente letais decorrentes de anormalidades nas seguintes condições vitais básicas para a manutenção da vida:

1. Transporte de **oxigênio**, que é levado aos tecidos e células por meio de um sistema efetivo e não comprometido que envolve sistemas respiratório e circulatório íntegros.
2. Oferta de **glicose**, que provém de uma nutrição adequada e é liberada aos tecidos e células por um metabolismo ativo e circulação efetiva.
3. Ajustamento do **ambiente interno**, que é mantido dentro de limites restritos de água, eletrólitos e pH.

Assim sendo, uma sistematização dos eventos e das condições envolvidas na fisiopatologia da SMSL proporciona uma compreensão lógica da inter-relação desses fenômenos.

Um dos modelos propostos é denominado “modelo de triplo risco” (FILIANO; KINNEY, 1994), que estabelece que a ocorrência de um óbito por SMSL se dá pela intersecção de três fatores: 1) uma criança vulnerável; 2) um período crítico de desenvolvimento do controle homeostático; e 3) presença de um desencadeante exógeno. Já foi demonstrado que filhos de mães fumantes podem apresentar alterações em regiões da base do tronco cerebral (hipoplasia dos núcleos arqueados). A presença dessas alterações nos núcleos arqueados, estruturas responsáveis pelo controle de algumas funções do sistema

nervoso autônomo (quimiorreceptores centrais, respostas respiratórias e de pressão sanguínea), colocaria uma criança em risco maior de morrer por SMSL (LAVEZZI *et al.* 2004; MATTURI *et al.*, 2006). Filhos de mães fumantes também apresentam episódios mais frequentes e duradouros de apneia obstrutiva (KAHN *et al.*, 1994) e um limiar mais elevado de despertar para estímulos auditivos (FRANCO *et al.*, 1999). Revisão de eletroencefalogramas de crianças que viriam a morrer de SMSL mostrou que elas despertavam menos do que os controles no final da noite e apresentavam um processo de despertar incompleto (KATO *et al.*, 2003), além de se moverem menos durante o sono e apresentarem episódios significativamente mais frequentes de obstrução respiratória, com queda da frequência cardíaca (KAHN *et al.*, 1992).

Se as modificações funcionais do tronco cerebral, que controla o estímulo respiratório, regula a pressão sanguínea, a temperatura corporal, o reflexo da via aérea superior e o despertar, estão envolvidas na série de eventos que resultam em um óbito por SMSL, então devem existir alterações morfológicas que expliquem essas modificações. Um estudo comparou cortes da medula de crianças que morreram por SMSL com os de controles que morreram por outras causas, com o objetivo de verificar defeitos associados com os receptores do sistema serotoninérgico (5-hidroxitriptamina [5HT]) da medula oblonga (PATERSON *et al.*, 2006). Comparados com os controles, os casos de SMSL apresentavam uma contagem significativamente maior de neurônios 5-HT, assim como menor densidade de receptores 5-HT_{1A} (receptor 1A da serotonina). Os meninos que apresentaram SMSL tinham uma menor densidade de receptores 5-HT_{1A} quando comparados com as meninas com SMSL, ou com os controles de ambos os sexos combinados. Os resultados desse estudo mostram que um transtorno de desenvolvimento numa região da medula responsável por uma série de funções vitais na homeostasia e manutenção da vida está envolvido na fisiopatologia da SMSL. Além disso, aponta para uma evidência neuroquímica que justifique a maior

prevalência de casos de SMSL em meninos do que em meninas, como demonstrado em diversos estudos epidemiológicos.

Estudos tentaram mostrar como a posição prona está envolvida na fisiopatologia da SMSL (DWYER *et al.*, 1991; JEFFERY *et al.*, 1999). Possivelmente, a posição prona causa obstrução da orofaringe, apneia obstrutiva secundária à obstrução nasal parcial e alteração no reflexo laríngeo, interferindo no controle respiratório e no despertar (HORNE *et al.*, 2001, 2004a), contribuindo, assim, para os processos que levam à SMSL.

Foi sugerido que a reinspiração de gases expirados poderia ser a causa de alguns casos de SMSL. Abramson (1944) concluiu que a maioria dos casos de morte súbita seria causada por sufocação pelas roupas de cama. Estudo que revisou 25 óbitos de crianças por SMSL que dormiam na posição prona em travesseiros preenchidos com espuma de poliestireno (KEMP; THACH, 1991) concluiu que a causa mais provável dos óbitos foi sufocação acidental por reinspiração. Outros autores, ao estudar 21 crianças saudáveis para avaliar as trocas gasosas com o ambiente, a resposta ventilatória à reinspiração e as concentrações de O₂ e CO₂ inspirado, encontraram que a hipoxemia era mais importante que a hipercarbia em crianças que dormiam com a face coberta por tecidos porosos (PATEL *et al.*, 2001). Uma revisão atualizada sugere que poucos casos de SMSL seriam causados por reinspiração de gases expirados (MITCHELL, 2009).

É possível também que respostas inflamatórias a infecções estejam envolvidas na patogênese da SMSL, o que sugere outra explicação para sua etiologia (GOLDWATER, 2003, 2004). Segundo Goldwater, o efeito da posição prona poderia ser hipoteticamente explicado pela maior colonização respiratória ou chance de ingestão de bactérias existentes na superfície onde a criança dorme, pela indução de toxinas bacterianas termodependentes ou pelas possíveis diferenças de liberação para a circulação sistêmica de toxinas letais do trato digestivo. O antígeno solúvel da curlina, um fator de colonização e aderência comum à

maioria das *Enterobacteriaceae*, é considerado uma possível explicação para a associação entre a posição de dormir e a resposta infecciosa ou inflamatória que determinam uma sequência de eventos que resultam em um óbito por SMSL.

2.5 GENÉTICA

Alguns estudos procuraram associar possíveis marcadores genéticos em crianças em risco para SMSL e sua fisiopatologia (OPDAL; ROGNUM, 2004). A SMSL, como outras condições humanas de saúde e de doença, expressa a interação de fatores de risco ambientais com um polimorfismo específico, que leva a fenótipos suscetíveis à morte súbita e inesperada na infância (HUNT, 2005). Foram identificados genes cujos polimorfismos têm distribuição diferente em crianças vítimas de SMSL quando comparados aos de crianças vítimas de outras enfermidades (HUNT, 2005).

Se existe um determinante genético, então a recorrência numa mesma família deveria ser elevada, quando comparada com outros grupos não afetados. Os estudos apresentam, porém, resultados controversos (HUNT, 2001). Apesar das evidências da recorrência de SMSL em irmãos de crianças vítimas de SMSL, a taxa de recorrência é muito baixa, provavelmente pela importante influência de fatores ambientais.

A Figura 3 mostra um esquema proposto para exemplificar como os fatores genéticos e ambientais podem interagir e resultar em uma criança com SMSL

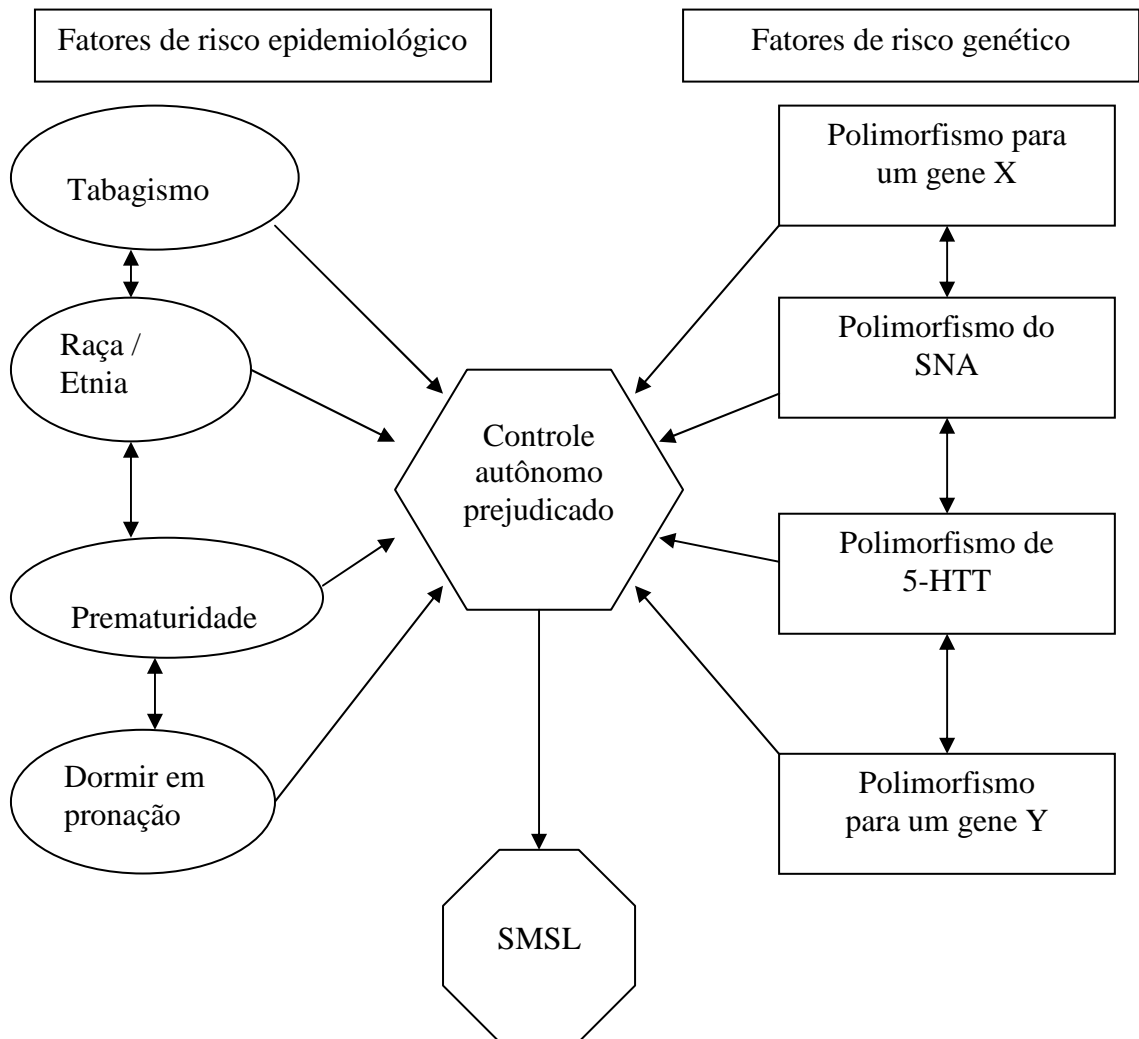


Figura 3: Esquema das interações potenciais entre fatores de risco ambientais e genéticos para Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) (Alguns polimorfismos genéticos em vítimas de SMSL foram incluídos com fins ilustrativos: assim, X e Y= genes relevantes ainda não descobertos; SNA= sistema nervoso autônomo; 5-HTT= transportador de 5-hidroxitriptamina [serotonina]). Traduzido e modificado de Hunt (2005).

Em suma, pode-se dizer que a SMSL é multifatorial e que inclui três principais grupos de causas: processos de maturação, condições biológicas e fatores ambientais. Essas causas podem atuar tanto independentemente como combinadas (KAHN *et al.*, 2003).

Até o momento, não foi possível, portanto, determinar uma causa única responsável pela sucessão de eventos que resultam na morte de uma criança por SMSL.

2.6 FATORES DE RISCO

Diversos fatores, modificáveis ou não, mostraram associação significativa com a SMSL. É possível conjecturar que estudos com delineamento tipo caso-controle tenham introduzido vieses tanto na seleção como na participação dos casos e dos controles. No entanto, posteriormente, outros estudos com delineamento tipo de coortes e séries de casos confirmaram os achados anteriores. Além do mais, a aplicação de métodos de análise de regressão logística múltipla nos estudos de casos e controles minimizou a interferência de fatores de confusão e vieses. Mesmo que não se possa estar totalmente seguro quanto à eliminação de todos os fatores de confusão nessas análises, os resultados obtidos em diversos trabalhos apresentam uma consistência geral que reforça a validade dos achados com relação aos fatores de risco associados à SMSL (HUNT, HAUCK, 2006).

A Figura 4 apresenta alguns fatores ambientais, modificáveis ou não, associados à SMSL. Alguns desses fatores serão discutidos a seguir. Após, será apresentada uma revisão mais detalhada sobre posição de dormir e coleito, temas centrais desta tese.

Fatores de risco pré-natais e maternos	Fatores de risco da criança
<ul style="list-style-type: none"> - Tabagismo - Uso de álcool (especialmente no período periconcepcional e primeiro trimestre) - Uso de drogas ilícitas (especialmente opiáceos) - Cuidado pré-natal inadequado - Baixo nível socioeconômico - Pouca idade - Baixa escolaridade - Solteira - Maior paridade - Menor intervalo entre gestações - Hipóxia intra-uterina - Restrição ao crescimento fetal 	<ul style="list-style-type: none"> - Idade (pico entre 2-4 meses) - Sexo masculino - Condição racial ou étnica - Retirada da chupeta ao dormir - Prematuridade - Posição de dormir prona ou de lado - Doença febril recente - Exposição à fumaça de cigarro - Superfície de dormir ou colchão macio - Estresse térmico ou aquecimento excessivo - Face coberta pelas roupas de cama - Compartilhamento da cama com pais ou irmãos - Uso do próprio quarto para dormir em vez do quarto dos pais - Estação mais fria, falta de aquecimento central

Figura 4: Fatores ambientais associados a risco aumentado para síndrome da morte súbita do lactente

Traduzido e modificado de Hunt; Hauck (2006).

Embora a SMSL seja observada em todos os estratos sociais, algumas situações de vulnerabilidade estão consistentemente associadas com um risco aumentado para essa condição: famílias de mães mais jovens, com menor escolaridade, solteiras, com ambos os pais desempregados (DALTVET *et al.*, 1998). Em países onde as diferenças raciais são mais acentuadas do que no Brasil, alguns grupos apresentam um maior risco de mortalidade por SMSL. Nos Estados Unidos, por exemplo, o risco para SMSL em um estudo com indivíduos urbanos foi maior em indivíduos afro-americanos (HAUCK *et al.*, 2002). Também entre nativos norte-americanos ou do Alasca a prevalência de SMSL é duas a três vezes maior que na população de raça branca. Já crianças asiáticas ou do Pacífico Sul e hispânicas têm risco menor. Populações indígenas de diversos países possuem taxas de SMSL de cinco a sete vezes maiores do que outros grupos étnicos. As diferenças entre os grupos raciais podem ser em parte explicadas pelas diferenças socioeconômicas ou condições ambientais adversas (HUNT; HAUCK, 2006).

Em relação à gestação, muitas condições predisõem a um risco aumentado de SMSL, sugerindo sua associação a fatores existentes no ambiente intra-uterino e a situações do período pré-natal: cuidados pré-natais menos adequados, maior paridade (HAUCK *et al.*, 2002), prematuridade (HALLORAN; ALEXANDER, 2006), restrição ao crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer e menor intervalo entre as gestações (HOFFMAN; HILLMAN, 1992). Um estudo mostrou que níveis elevados de alfa-fetoproteína durante o segundo semestre de gestação aumentaram o risco de SMSL, mesmo controlando para outros fatores, como idade gestacional e peso de nascimento (SMITH *et al.*, 2004).

Após as campanhas de promoção da posição supina para dormir, a exposição da criança ao tabagismo da mãe, especialmente durante a gestação, tornou-se o fator de risco modificável mais importante para SMSL (MITCHELL, 1995; CHONG *et al.*, 2004). Os achados são consistentes tanto para diferentes grupos étnicos como para diversas regiões do mundo (MITCHELL, 2009). Aproximadamente um terço das mortes por SMSL poderia ser prevenido caso os fetos não fossem expostos durante sua vida uterina ao tabagismo da mãe (MITCHELL; MILERAD, 2006). Filhos de mães fumantes têm o dobro de chance de morrer por SMSL, sendo esta relação dose-dependente (SCHOENDORF; KIELY, 1992; SCHLAUD *et al.*, 1996; GOLDING, 1997; HOFHUIS *et al.*, 2003). Os possíveis mecanismos da associação entre tabagismo passivo e SMSL são anormalidades no desenvolvimento cerebral, com tendência a apneia central e distúrbio nos mecanismos de controle respiratório, desenvolvimento pulmonar anormal, prematuridade e infecções respiratórias. A exposição ao tabagismo passivo após o nascimento também está associada a um risco maior de SMSL (SCHOENDORF; KIELY, 1992; ANDERSON *et al.*, 1997; GOLDING, 1997; HOFHUIS *et al.*, 2003).

A recomendação do uso de chupeta como uma medida preventiva da SMSL se baseia em estudos de metanálise que mostraram uma redução do risco de óbito com o uso de chupeta

no último período do sono (HAUCK *et al.*, 2005; MITCHEL *et al.*, 2006). Crianças que usavam chupeta apresentaram um limiar mais baixo para despertar quando comparadas com crianças que não usavam, sendo esse um dos mecanismos propostos para explicar a relação do uso da chupeta com um menor risco para SMSL (FRANCO *et al.*, 2000). Outros possíveis mecanismos seriam inibição da posição prona para dormir, proteção da via aérea e redução do refluxo gastresofágico pela sucção não nutritiva (MITCHEL *et al.*, 2006). Por outro lado, o uso da chupeta poderia ser confundido com outros fatores do comportamento dos pais e não ser, necessariamente, “fator de proteção” para a SMSL (FLEMING *et al.*, 1999; BLAIR; FLEMING, 2006).

Mesmo que alguns estudos mostrem associação entre uso de chupeta e desmame precoce (VICTORA *et al.*, 1997; KRAMER *et al.*, 2001; SOARES *et al.*, 2003), alguns autores sugerem seu uso, em algumas circunstâncias, como medida preventiva da SMSL (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; MITCHELL *et al.*, 2006).

O efeito protetor do aleitamento materno para a SMSL é tema controverso.

Uma metanálise com informações de 23 estudos mostrou que a prática do aleitamento materno estava associada a uma redução de 50% do risco para a SMSL, mesmo que fatores de confusão, como nível socioeconômico, escolaridade materna e exposição ao fumo, limitassem a interpretação dos resultados (McVEA *et al.*, 2000).

Outro estudo, no qual variáveis demográficas, maternas e infantis foram controladas, mostrou resultados semelhantes, mesmo que uma relação causal não pudesse ser determinada (FORD *et al.*, 1993).

Outros estudos, no entanto, não mostraram esse efeito protetor, mesmo após análises multivariadas que controlaram para fatores de confusão já mencionados (GILBERT *et al.*, 1995; FLEMING *et al.*, 1996). Mesmo assim, esses autores recomendam a promoção do

aleitamento materno, tanto para crianças a termo como prematuras, devido a outras tantas vantagens.

Algumas possíveis explicações fisiológicas para que as crianças amamentadas apresentem menor risco para SMSL incluem despertar do sono mais frequente (HORNE *et al.*, 2004b), menor risco para infecções (HOWIE, 2002) e maior concentração de ácidos graxos de cadeia longa na substância cinzenta cerebral (TINOCO *et al.*, 2007), o que é essencial para o desenvolvimento de funções neurológicas, comportamentais e de aprendizagem da criança. Crianças cujas mães apresentavam altas concentrações plasmáticas de ácido docosaenoico (DHA) apresentavam maior maturidade cerebral, demonstrada a partir do padrão de sono (CHERUKU *et al.*, 2002).

2.6.1 Posição de dormir

Uma revisão histórica da orientação sobre o posicionamento para dormir de crianças na Suécia mostrou que no século XVIII havia uma punição para as amas de leite que fossem responsáveis pelo óbito de uma criança sob seus cuidados (HÖGBERG; BERGSTRÖM, 2000). Se a mãe fosse suspeita de sufocação acidental da criança, ela era apresentada para um clérigo e uma pessoa mais velha de sua paróquia. Caso houvesse comprovação de morte acidental, a mãe era apenas advertida. Do contrário, era levada a julgamento. Se o fato ocorresse com uma ama de leite, ela deveria pagar uma penalidade. Em caso de morte da criança, a ama de leite poderia ser presa, ficando “a pão e água” (HÖGBERG; BERGSTRÖM, 2000).

No século XIX, a maioria das crianças da Suécia que viviam no campo dormia de costas. As crianças às vezes eram colocadas de lado, mas isso era menos comum, pois havia o

temor de que as crianças nessa posição poderiam rolar para a posição prona e assim sofrerem sufocação. Pessoas entrevistadas no início do século XX diziam que dormir em posição prona aumentava o risco de sufocação.

Nos anos 50 do século XX, as parteiras suecas eram orientadas a colocar os bebês para dormir em posição prona, devido ao medo de aspiração.

Em 1944, Harold Abramson realizou um estudo descritivo sobre os óbitos por “sufocação mecânica acidental” na cidade de Nova Iorque (ABRAMSON, 1944). Revisando os certificados de óbito atribuídos a sufocação mecânica acidental na cidade no período de janeiro de 1939 a dezembro de 1943, o autor encontrou uma prevalência da posição prona em 68% dos óbitos de crianças. Este estudo sugeria, pela primeira vez, que a posição prona de dormir poderia ser um fator de risco para a SMSL. O estudo de Abramson, realizado há mais de 60 anos, hoje seria considerado singelo, pelo seu delineamento e significância estatística dos resultados. Mesmo assim, o autor, já naquela época, identificou alguns fatores de risco atualmente aceitos a partir de estudos com delineamentos adequados e estatisticamente robustos: pico de incidência entre dois e três meses, relação de 70:30 de meninos/meninas e maior prevalência entre famílias de nível socioeconômico baixo. No final, Abramson recomendava que os bebês não fossem colocados em posição prona; tal arranjo para dormir era aceitável quando os bebês estivessem sob supervisão, mas nunca durante a noite. Recomendava também que medidas educativas fossem tomadas para prevenção do óbito por sufocação de bebês.

Algumas hipóteses sugeridas por Abramson (1944) foram testadas em um estudo caso-controle inglês. Carpenter e Shaddick (1965) observaram associação entre maior prevalência de “morte no berço” (*cot death*) e as seguintes variáveis: história de sintomas respiratórios prévios, utilização de travesseiro e colchão macios, face e nariz encobertos pelas cobertas e

introdução precoce de mamadeira. Os autores concluíram que “a morte no berço poderia originar-se de diversas causas e resultava de uma longa cadeia de eventos” (p. 7).

A partir de então, aumentou o interesse pelo tema, com a publicação de estudos de casos e controles (STEELE; LANGWORTH, 1966) e de séries de casos (STRIMER *et al.*, 1969) em busca de fatores de risco associados à SMSL.

Mesmo que estudos das décadas de 40 a 60 do século XX já sugerissem que a posição prona poderia estar associada à morte de uma criança ao dormir, poucas publicações no período de 1970 a 1986 abordaram esta associação (GILBERT *et al.*, 2005). É notável que, nesse período, tanto a prevalência de crianças que dormiam em posição prona nos países industrializados como a mortalidade por SMSL tenham aumentado de forma equivalente (GILBERT, 1994; MITCHEL, 1990; HÖGBERG; BERGSTRÖM, 2000).

Paradoxalmente, cerca de 20 anos antes das campanhas nacionais de promoção da posição supina para dormir, a mortalidade por SMSL na Alemanha Oriental era extremamente baixa (0,02/1.000 NV) quando comparada com a da vizinha Alemanha Ocidental (1,6/1.000 NV) (VENNEMANN, 2006). A partir da ativa monitorização de todos os óbitos em crianças menores de 16 anos na Alemanha Oriental, com a obrigatoriedade de realização de necropsia, identificaram-se, no ano de 1971, sete óbitos em creches de crianças que dormiam na posição prona. A pronta investigação pelo Ministério da Saúde daquele país resultou na proibição das crianças dormirem em posição prona sem supervisão permanente. Esse fato poderia explicar a baixa mortalidade por SMSL naquele país antes da queda do muro de Berlim e da reunificação da Alemanha, em 1989.

O início da década de 90 do século XX foi um período muito significativo para o estudo da epidemiologia da SMSL.

Várias publicações confirmaram as evidências epidemiológicas da associação entre posição de dormir prona e risco aumentado para SMSL (FLEMING *et al.*, 1990; DWYER *et*

al., 1991a; DWYER *et al.*, 1991b; WIGFIELD *et al.*, 1992; MITCHEL *et al.*, 1992). A partir dessa “história de sucesso da epidemiologia”, segundo Högberg e Bergström (2000), diversos países promoveram programas nacionais, com participação de órgãos governamentais, profissionais de saúde e meios de comunicação, com o objetivo de recomendar a posição supina para dormir como medida eficaz na prevenção da SMSL (McKEE *et al.*, 1996; WILLINGER *et al.*, 1994). O resultado desses programas foi imediato, observando-se diminuição da prevalência da posição prona para dormir, aumento da posição supina e concomitante diminuição da mortalidade por SMSL (HILEY; MORLEY, 1994; NATIONAL HEALTH SERVICE, 2003).

A partir de então, estudos realizados em diferentes locais mostraram que ao aumento da prevalência da posição supina seguiu-se uma queda da mortalidade por SMSL na ordem de 50% a 70% em países como Austrália (DWYER *et al.*, 1995), Estados Unidos (CHANG *et al.*, 2008), Inglaterra (BLAIR *et al.*, 2006), Noruega (ARNESTAD *et al.*, 2001), Nova Zelândia (MITCHELL *et al.*, 1994) e Suécia (ALM *et al.*, 2001). Ao mesmo tempo, não se observou aumento da incidência de mortes por aspiração, um temor constante tanto das famílias como de profissionais de saúde (HUNT *et al.*, 1997; KROUS *et al.*, 2007; TABLIZO *et al.*, 2007).

Esses resultados de sucesso, baseados numa intervenção simples, de baixo custo de implantação e grande impacto na redução da mortalidade infantil por SMSL, reforçaram a recomendação, até a presente data, para que as crianças fossem colocadas para dormir na posição supina (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; MITCHELL, 2007).

2.6.2 Coleito

Se um terço da vida é passado na cama, com quem esse tempo é desfrutado não é um assunto tão trivial (CAUDILL; PLATH, 1966, p. 344).

Em primeiro lugar, é preciso definir alguns termos.

Os artigos escritos em inglês apresentam dois termos semelhantes, *bedsharing* e *cosleeping*, que podem soar como sinônimos ao ser traduzidos para o português, mas que apresentam características e definição distintas. Um estudo de revisão sugere a substituição do termo *bedsharing* pelo termo *cosleeping*, porque “parece mais específico para mães que compartilham seu espaço de dormir com suas crianças” (THOMAN, 2006, p. 408). Outros autores, porém, procuraram estabelecer diferença entre os dois termos e também uma hierarquia entre eles: *cosleeping* é usado para referir-se a mães e bebês dormindo lado a lado, em superfícies diferentes, mas próximos o suficiente (de maneira ideal, ao alcance de um braço) para permitir mútuos cuidados e troca de sinais sensoriais entre o cuidador e a criança (McKENNA; McDADE, 2005). Segundo esses autores, *bedsharing* (compartilhamento do mesmo leito pela criança e outra pessoa) seria uma das formas de *cosleeping* e que, devido a sua complexidade e diversidade de expressão, *bedsharing*, ao contrário de *cosleeping*, não deveria ser recomendado indiscriminadamente.

Um artigo publicado em português definiu coleito como “o compartilhamento habitual da cama com outra pessoa (adulto ou criança), em parte ou durante toda a noite” (SANTOS *et al.*, 2008, p. 115). Nesta tese, essa será a definição utilizada.

Os arranjos para dormir das famílias ao redor do mundo são influenciados por diversos fatores, como o local de dormir na casa, o número de pessoas por cômodo e os vínculos familiares, bem como diferenças culturais, entre outros (CAUDILL; PLATH, 1966; LATZ *et al.*, 1999).

Estudo realizado em 21 centros de 17 países das Américas, Europa, Ásia e Oceania encontrou prevalência de coleito que variou de 2% a 88% (NELSON; TAYLOR, 2001). No Japão, onde é comum as famílias compartilharem a mesma superfície para dormir, aos 15 anos de idade o indivíduo tem cerca de 50% de chance de dormir junto com um ou ambos os pais (CAUDILL; PLATH, 1966). Nos Estados Unidos, a prevalência de crianças que costumam compartilhar a cama de um adulto à noite aumentou de 5,5% para 12,8% entre os anos de 1993 e 2000 (WILLINGER *et al.*, 2003).

No Brasil, onde são escassas as publicações sobre coleito, um estudo realizado em Passo Fundo, RS, encontrou, ao final do primeiro ano de vida, 45,8% das crianças dormindo com os pais na mesma cama (GEIB; NUNES, 2006). Dois outros estudos brasileiros, ambos realizados na cidade de Pelotas, RS, mostraram uma prevalência de coleito de 44% aos três meses (SANTOS *et al.*, 2008) e de 46,4% e 43,7%, respectivamente, aos três e doze meses (SANTOS *et al.*, 2009).

A prática do coleito como fator de risco para a SMSL é controversa. Há autores que se posicionam favoráveis e outros contrários à prática.

Um estudo experimental com registro poligráfico simultâneo de mães e crianças mostrou que o coleito promovia um despertar mais frequente das crianças, com diminuição do limiar de despertar nos estágios 3 e 4 do sono, sendo essa situação considerada um fator de proteção para SMSL (MOSKO *et al.*, 1997).

Outro estudo experimental com observação e filmagem de famílias dormindo juntas em sua própria casa mostrou que o compartilhamento da cama pela mãe e a criança (e muitas vezes pelo pai ou outro irmão) facilitaria o aleitamento materno e o contato frequente entre a dupla mãe-criança, fazendo com que a mãe despertasse e observasse a criança mais seguidamente (BADDOCK *et al.*, 2007).

A associação entre coleito e maior prevalência de aleitamento materno foi demonstrada por diversos estudos (MCKENNA *et al.*, 1997; BALL, 2003; MCCOY *et al.*, 2004; BLAIR; BALL, 2004). O fato de o coleito favorecer o aleitamento materno pode ser considerado um fator de proteção para a SMSL (FORD *et al.*, 1993; McVEA *et al.*, 2000).

Por outro lado, alguns estudos associaram a prática do coleito com um risco aumentado para SMSL (PARIS *et al.*, 2001), especialmente em crianças menores de três meses (TAPPIN *et al.*, 2005; CARPENTER, 2006a). O risco é maior quando o coleito é praticado num sofá (BLAIR *et al.*, 1999; TAPPIN *et al.*, 2005), se a mãe é fumante (SCRAGG *et al.*, 1993; FLEMING *et al.*, 1996; CARPENTER *et al.*, 2004) ou consumiu bebida alcoólica (FLEMING *et al.*, 1996; CARPENTER *et al.*, 2004).

Dormir no quarto dos pais, em um berço separado, especialmente nos primeiros seis meses de vida, foi considerado um fator de proteção para a SMSL (SCRAGG *et al.*, 1996; CARPENTER *et al.*, 2004), sendo que esta é a recomendação atual (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; CARPENTER, 2006b). Os pais, ao dormirem próximos de seus filhos em um mesmo quarto, mas em leitos separados, teriam um sono mais leve e estariam mais preocupados em atender prontamente seus filhos a qualquer som ou movimento observado (SCRAGG *et al.*, 1996). Esse achado, segundo os autores, seria consistente com as conclusões de estudo realizado em Hong Kong, onde as crianças frequentemente dividem o mesmo quarto com seus pais e outros membros da família, e onde a taxa de mortalidade infantil por SMSL é baixa (DAVIES, 1985). Outras influências ambientais e sociais, porém, podem explicar a baixa prevalência de SMSL em Hong Kong: menor número de casamentos entre jovens, baixa prevalência de tabagismo das mães, cuidados pré-natais e de puericultura adequados, alta densidade populacional, com famílias extensas dividindo o mesmo espaço físico e com fortes vínculos de apoio, e uma maior prevalência da posição supina para dormir (DAVIES, 1985; LEE *et al.*, 1989).

Se por um lado existe a recomendação de evitar o coleito em qualquer idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2005; CARPENTER, 2006b; MITCHELL, 2006), outros autores sugerem que não seria o coleito *per se*, mas, sim, outras situações ambientais onde ocorre o coleito que causariam um risco maior para a SMSL (BLAIR, 2006; FLEMING *et al.*, 2006; McKENNA *et al.*, 2006).

Pelo exposto, não se trata de simplesmente orientar os pais que evitem o coleito, independentemente de seus costumes, de seu desejo e das condições ambientais e familiares. Também não se trata de advogar em favor do coleito, indiscriminadamente. Com base nos conhecimentos disponíveis até o momento, cada caso deve ser visto individualmente para que a decisão de dormir ou não junto com a criança na mesma cama, e por quanto tempo, seja tomada com segurança e tranquilidade, garantindo, acima de tudo, o bem-estar e a integridade física da criança.

3 JUSTIFICATIVA

O sono é um estado imprescindível para a sobrevivência da espécie humana. Passamos uma terça parte de nossa existência dormindo. Diversas funções vitais se renovam durante esse período, preparando nosso organismo para um renovado período de vigília, todos os dias, desde que nascemos até o final da nossa vida.

Para a criança pequena, dormir próximo a sua mãe proporciona proteção, conforto, nutrição e estímulos constantes. Assim, é de grande importância onde e com quem a criança dorme.

Os relatos históricos referidos anteriormente mostram o grande impacto na comunidade da morte de uma criança durante o sono. O interesse por esses assuntos tornou-se mais intenso no século XX, com a publicação de diversos artigos sobre os hábitos do sono de crianças e de eventos associados a esse período.

Tanto publicações científicas quanto textos dirigidos à população em geral fizeram e fazem recomendações sobre a posição e o local onde a criança deve dormir. As orientações sobre a posição de dormir das crianças no primeiro ano de vida tiveram efeitos tanto benéficos quanto perniciosos para as crianças, apresentando modificações com o passar dos anos.

Estudos realizados em diversos países mostraram que a posição supina para dormir diminui o risco de SMSL. Alguns países já recomendam, desde o início da década de 90 do século passado, a posição supina para dormir, uma medida simples, de baixo custo, sem comorbidade associada que causou impacto positivo na diminuição da mortalidade infantil por SMSL em diversos países, onde essa síndrome é a principal causa de óbito infantil pós-neonatal. No Brasil, porém, isso não acontece, e o mais comum é que os pais recebam a orientação para colocar suas crianças para dormir de lado.

Em relação ao coleito, mesmo que alguns autores o considerem um fator de risco para a SMSL e recomendem que os pais sejam orientados a evitar este arranjo para dormir, outros autores consideram um excesso a intromissão dos profissionais de saúde na opção dos pais de dormir junto com os filhos, questionando se possuímos conhecimento suficiente para afirmar que o coleito, *per se*, seja um fator de risco significativo para a SMSL.

A principal justificativa para o presente estudo é a carência de publicações, em nosso meio, sobre intervenções educativas que promovam a posição supina para dormir entre mães de crianças menores de um ano.

Secundariamente, estudou-se também o coleito e fatores associados a essa prática, já que se trata de um tema controverso, pouco estudado na literatura nacional e descrito como um fator de risco para SMSL.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

4.1.1 Geral

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa durante a permanência da mãe na maternidade sobre o posicionamento para dormir de crianças, aos três e seis meses de vida.

4.1.2 Específicos

- Verificar a prevalência da oferta de informações às mães sobre a posição de dormir da criança antes e durante sua permanência no hospital.
- Verificar a adequação das recomendações dadas às mães pela equipe de saúde sobre a posição de dormir no hospital e após a alta.
- Comparar a prevalência da posição supina aos três e seis meses nos grupos intervenção e controle.
- Verificar a associação de variáveis de interesse com a posição para dormir.

4.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

Verificar a prevalência de coleito aos três e seis meses de vida da criança e os fatores associados a esse arranjo para dormir.

5 HIPÓTESE

Em relação ao objetivo principal, a hipótese é que uma intervenção educativa com as mães na maternidade aumenta a prevalência da posição supina para dormir em crianças aos três e seis meses de vida.

6 POPULAÇÃO E MÉTODOS

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo principal caracteriza-se como um ensaio clínico randomizado, cuja intervenção, na maternidade, consistia de orientação às mães sobre a posição de dormir da criança.

6.2 POPULAÇÃO-ALVO

Duplas de mães e crianças usuárias do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

6.3 AMOSTRA

6.3.1 Seleção

De segunda a sexta-feira, entre setembro de 2005 e setembro de 2006, todas as duplas da população-alvo elegíveis foram alocadas para o estudo.

6.3.2 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes:

- mães residentes em uma área previamente delimitada do município de Porto Alegre (Anexo A);
- recém-nascidos normais, em alojamento conjunto;
- alta hospitalar conjunta da mãe e de seu recém-nascido.

6.3.3 Critérios de exclusão

As seguintes situações constituíam critérios de exclusão do estudo:

- mães com problemas graves de saúde física ou mental (por exemplo, deficiência física, esquizofrenia ou depressão) que comprometessem os cuidados de rotina de seus filhos;
- mães que fossem afastadas de seus filhos, por qualquer motivo, ao longo do estudo.

6.3.4 Cálculo do tamanho da amostra

Para estimar o tamanho da amostra, levou-se em consideração estudo anterior realizado em Passo Fundo, RS, que mostrava prevalência de posição supina para dormir em torno de 5% (GEIB; NUNES, 2006). Projetando um aumento de 20 pontos percentuais na prevalência de dormir em posição supina (de 5% para 25%) após a intervenção e assumindo-se um poder de 90% e um erro tipo α de 5%, estimou-se um tamanho de amostra de 100 duplas mãe-criança em cada grupo. Prevendo possíveis perdas durante o seguimento e a realização de análise multivariada, a esse número acrescentou-se um percentual aproximado de 15%, resultando numa amostra estimada final de 230 duplas.

6.3.5 Alocação para os grupos intervenção e controle

A randomização para o grupo intervenção ou para o grupo controle foi feita em blocos, randomizados em grupos de quatro semanas consecutivas, com a condição de que fossem destinadas duas semanas para cada grupo. A seleção era feita mediante lançamento de uma moeda.

A Figura 5 sintetiza a metodologia do estudo.

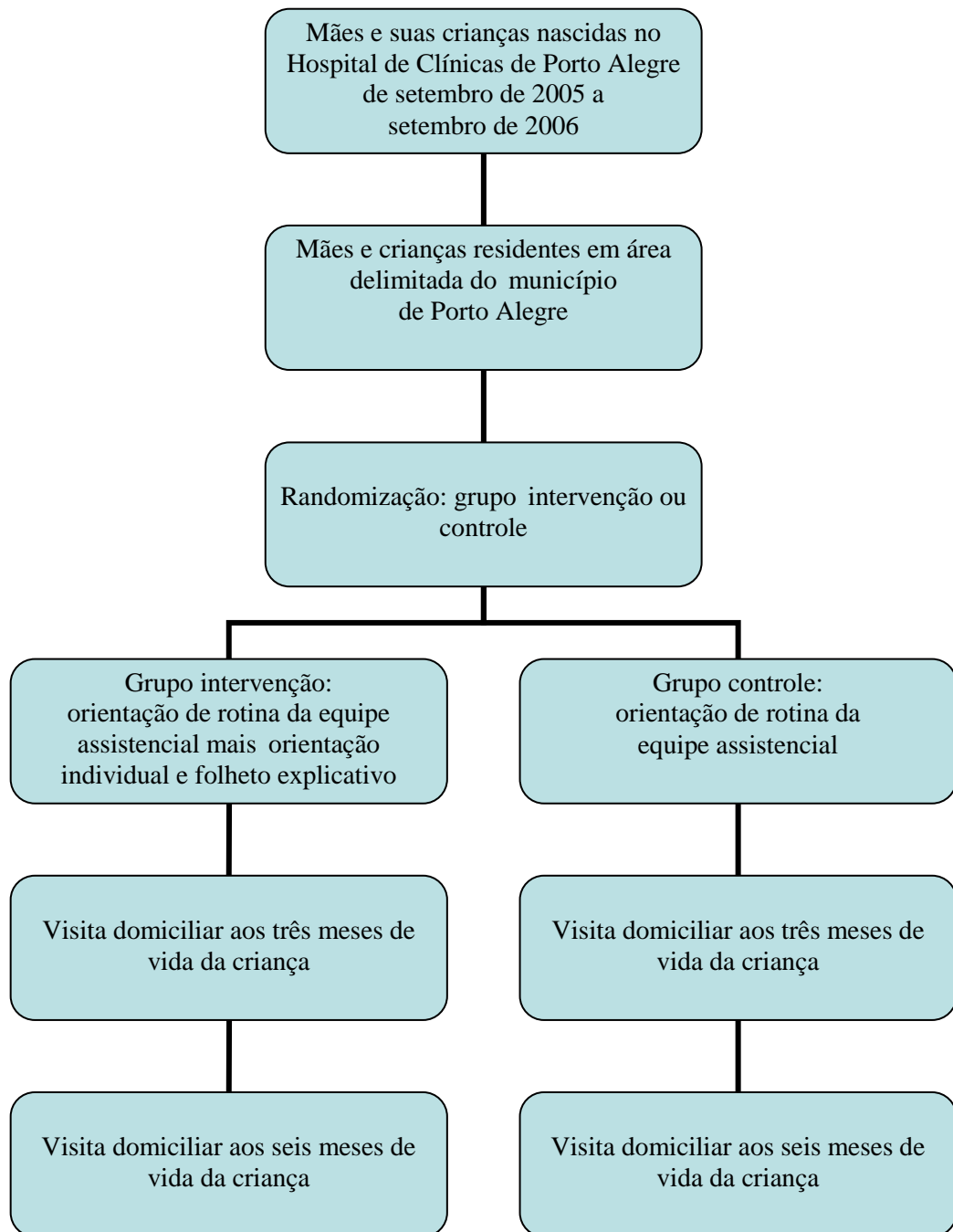


Figura 5: Metodologia do estudo

6.4 ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto com 20 duplas de mãe-criança (8,7% da amostra estimada) foi realizado para testar o instrumento de coleta de dados, a metodologia da seleção das mães na maternidade e a intervenção educativa para o grupo experimental, bem como o uso e a aceitação do boneco-modelo como ferramenta na intervenção, conforme se explicará posteriormente. Também foi possível avaliar a identificação e o acesso aos domicílios pela equipe de entrevistadores. Os resultados do estudo piloto não foram incluídos na análise final.

6.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se estendeu de setembro de 2005 a março de 2007 e foi realizada em três etapas: uma na maternidade e duas no domicílio, quando a criança completava três e seis meses de vida.

Todas as mães receberam as orientações de rotina da equipe assistencial da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O HCPA não possui nenhuma norma escrita ou padronização das orientações da equipe assistencial sobre a posição da criança dormir.

As etapas da coleta de dados estão descritas a seguir.

6.5.1 No hospital

Diariamente, de segunda a sexta-feira, um membro do grupo de pesquisa verificava os nascimentos do dia anterior e selecionava para entrevista as mães que preenchiam os critérios de inclusão. A coleta de dados foi planejada apenas para os dias úteis considerando-se que a grande maioria das crianças tem alta hospitalar em até 48 h após o nascimento. Assim, evitava-se o possível contato entre as mães do grupo intervenção e do grupo controle, minimizando a possibilidade de troca de informações.

Na maternidade, na manhã da alta hospitalar (dois ou três dias após o parto normal ou por cesariana, respectivamente), as mães eram entrevistadas visando à obtenção de informações relativas a aspectos socioeconômicos e demográficos, a cuidados pré-natais e a práticas quanto ao posicionamento da criança para dormir (Anexo B). Utilizando bonecos-modelo, especialmente confeccionados para este estudo (Figura 6), as mães dos dois grupos demonstravam a posição em que colocavam a criança para dormir na maioria das vezes. Caso a mãe fizesse parte do grupo intervenção, só após a sua demonstração e o preenchimento do questionário inicial o entrevistador realizava a intervenção educativa. As mães do grupo controle recebiam apenas as orientações da equipe assistencial do hospital.



Figura 6: Dupla mãe-criança incluída no estudo com um dos membros do grupo de pesquisa segurando boneco-modelo

6.5.2 No domicílio na visita aos três e aos seis meses

Tanto as duplas mãe-criança do grupo intervenção quanto as do grupo controle foram visitadas em casa quando a criança completava três e seis meses de vida, com o objetivo de verificar as práticas associadas ao sono da criança. Os entrevistadores desconheciam o grupo no qual a dupla mãe-criança fora alocada.

Os questionários utilizados nas duas visitas eram praticamente iguais, diferindo em poucas questões referentes a cada período (Anexos C e D).

Ao final do estudo, quando a criança completava seis meses, todas as mães, independentemente do grupo ao qual pertenciam, recebiam um folheto explicativo (ver 6.6), em linguagem simples e direta, contendo cinco recomendações: 1) posicionar a criança para

dormir em posição supina; 2) estimular o aleitamento materno; 3) evitar o excesso de roupas para a criança dormir; 4) evitar colocar a criança para dormir em superfícies macias; 5) evitar o fumo durante a gestação e após o nascimento da criança (Anexo E). Os entrevistadores também faziam um esclarecimento verbal sobre a posição recomendada para dormir e se colocavam à disposição para outros esclarecimentos a respeito do assunto.

6.6 INTERVENÇÃO EDUCATIVA

As mães de ambos os grupos recebiam as orientações de rotina, fornecidas pela equipe assistencial durante sua permanência no hospital, sobre amamentação e cuidados gerais com o recém-nascido.

No dia da alta hospitalar, as mães alocadas para o grupo intervenção também recebiam um folheto explicativo (Anexo E) especialmente confeccionado para este estudo. Além disso, as recomendações do folheto eram reforçadas verbalmente pelos entrevistadores, que forneciam informações sobre a SMSL e os efeitos de medidas preventivas, especialmente a posição recomendada para dormir.

Não foi realizada nenhuma recomendação, escrita ou verbal, quanto ao compartilhamento do leito entre os pais e a criança.

6.7 VARIÁVEIS INCLUÍDAS NO ESTUDO

6.7.1 Estudo 1

6.7.1.1 Variável dependente

– Posição habitual de dormir da criança aos 3 e 6 meses (informação obtida por observação da demonstração feita pela mãe com o boneco-modelo). Alternativas possíveis: lado direito; lado esquerdo; barriga para cima; barriga para baixo; de lado (sem especificar o lado); não mostrou nenhuma posição preferencial. Para o estudo, considerou-se como adequada a posição supina, e somente essa.

6.7.1.2 Variáveis independentes

6.7.1.2.1 Em relação à criança

- **Data de nascimento** (dia/mês/ano) – informação do prontuário
- **Sexo do recém-nascido** (masculino; feminino) – informação do prontuário
- **Peso de nascimento** (em gramas) – informação do prontuário
- **Aleitamento materno**: aleitamento materno exclusivo (situação na qual a criança recebe somente leite materno, sem nenhuma suplementação sólida ou líquida, exceto gotas de xarope, de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos); **aleitamento materno** (situação na qual a criança recebe leite materno diariamente, independentemente de receber

ou não outros alimentos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) – informação verbal fornecida pela mãe

6.7.1.2.2 *Em relação à mãe*

– **Idade materna** (≤ 19 anos; >19 anos, em anos completos no dia da entrevista) – informação verbal fornecida pela mãe e conferida com a informação do prontuário

– **Raça da mãe** (branca; não-branca) – característica fenotípica materna observada pelo entrevistador

– **Situação matrimonial** (casada / com companheiro; sem companheiro) - informação verbal fornecida pela mãe

– **Escolaridade materna** (até 8ª série, inclusive; acima da 8ª série, em anos de estudo completos, com aprovação) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Presença da avó materna**: sim (avó materna residindo no mesmo domicílio da criança ou em outro domicílio, mas no mesmo terreno da mãe ou dos pais da criança); **não** (avó materna residindo em local diferente que o domicílio da criança ou em outra unidade habitacional, em terreno não contíguo ao da família da criança) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Paridade** (primípara; múltípara) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Número de consultas pré-natais** (menos de 6 consultas; 6 ou mais consultas) – informação verbal fornecida pela mãe e conferida com as informações do prontuário

– **Tabagismo durante a gestação** (nenhum cigarro / não fumou; qualquer número de cigarros maior ou igual a um) – informação verbal fornecida pela mãe

6.7.1.2.3 Em relação ao local e ao posicionamento para dormir da criança

– **Intervenção** (sim; não) – informação registrada no questionário do hospital, revelada apenas no final do estudo

– **Orientação sobre a posição de dormir antes do nascimento da criança** (sim; não) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Orientação sobre a posição de dormir dada pela equipe de saúde da maternidade** (sim; não) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Orientação sobre a posição de dormir após a alta hospitalar** (sim; não) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Peça da casa onde a criança dorme à noite** (descrição do cômodo da casa onde a criança dorme a maior parte das noites). Alternativas: **no quarto dos pais; em seu próprio quarto, sozinha; em outro quarto, com outras pessoas; em outra peça da casa (especificar)** – informação verbal fornecida pela mãe

– **Local onde a criança dorme à noite** (descrição do local onde a criança dormia a maior parte das noites). Alternativas: **em um carrinho para bebê; no bebê-conforto; em seu próprio berço; no chão, em moisés ou bebê-conforto; no chão, sobre colchão e outros; na cama dos pais, no meio dos pais; na cama dos pais, do lado da mãe; na cama dos pais, do lado do pai; em outro local (especificar)** – informação verbal fornecida pela mãe

6.7.2 Estudo 2

6.7.2.1 Variável dependente

– **Local onde a criança dorme à noite aos 3 e 6 meses** (descrição do local e onde a criança dormia a maior parte das noites). Para efeitos de análise estatística, o desfecho foi: **sim** (dorme na cama dos pais, independentemente da situação no local de dormir); **não** (não dorme na cama dos pais, podendo dormir no mesmo quarto ou em outro local). Alternativas: **em um carrinho para bebê; no bebê-conforto; em seu próprio berço; no chão, em moisés ou bebê-conforto; no chão, sobre colchão e outros; na cama dos pais, no meio dos pais; na cama dos pais, do lado da mãe; na cama dos pais, do lado do pai; em outro local (especificar)** – informação verbal fornecida pela mãe.

6.7.2.2 Variáveis independentes

6.7.2.2.1 Em relação à criança

– **Data de nascimento** (dia/mês/ano) – informação do prontuário

– **Sexo do recém-nascido** (masculino; feminino) – informação do prontuário.

– **Aleitamento materno**: aleitamento materno exclusivo (situação na qual a criança recebe somente leite materno, sem nenhuma suplementação sólida ou líquida, exceto gotas de xarope, de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos); **aleitamento materno** (situação na qual a criança recebe leite materno diariamente, independentemente de receber

ou não outros alimentos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) – informação verbal fornecida pela mãe.

6.7.2.2.2 *Em relação à mãe*

– **Idade materna** (≤ 19 anos; >19 anos, em anos completos no dia da entrevista) – informação verbal fornecida pela mãe e conferida com a informação do prontuário

– **Situação matrimonial** (casada / com companheiro; sem companheiro) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Escolaridade materna** (até 8ª série, inclusive; acima da 8ª série, em anos de estudos completos, com aprovação) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Presença da avó materna: sim** (avó materna residindo no mesmo domicílio da criança ou em outro domicílio, mas no mesmo terreno da mãe ou dos pais da criança); **não** (avó materna residindo em local diferente que o domicílio da criança ou outra unidade habitacional, em terreno não contíguo ao da família da criança) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Paridade** (primípara; múltípara) – informação verbal fornecida pela mãe

– **Tabagismo durante a gestação** (nenhum cigarro / não fumou; qualquer número de cigarros maior ou igual a um) – informação verbal fornecida pela mãe

6.8 CONTROLE DE QUALIDADE

O pesquisador principal do estudo também realizou entrevistas no hospital e nos domicílios. Sua participação foi de, respectivamente, 20%, 10% e 13% das entrevistas. O objetivo foi compartilhar a coleta de dados, verificar as dificuldades do trabalho de campo e aferir a exatidão dos registros das informações fornecidas pelas mães tanto na entrevista na maternidade como nas duas visitas domiciliares.

Imediatamente após a coleta dos dados, os questionários eram lacrados com uma etiqueta rubricada pelo entrevistador, sendo abertos somente ao final do período de seguimento.

A impressão dos questionários foi realizada em papel de cores diferentes, dependendo da etapa do estudo (entrevista no hospital, aos três e seis meses). Todos os questionários foram numerados em ordem crescente a partir do início do estudo, sendo acondicionados em embalagens plásticas individuais etiquetadas para cada dupla mãe-criança e arquivados em pastas identificadas para cada bloco de quatro semanas.

Uma planilha foi especialmente confeccionada para acompanhar o andamento do estudo e conferir a data prevista para as visitas domiciliares (Anexo F).

Os dados foram codificados e tabulados pelo pesquisador principal e digitados em duplicata em planilha do programa Excel (Microsoft Office Excel 2003).

6.9 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho foi composta pela orientadora, o co-orientador, o autor deste estudo e 12 acadêmicos (voluntários ou bolsistas de iniciação científica) do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Antes de ir a campo, a equipe participou ativamente de discussões teóricas e práticas, incluindo simulação de entrevistas, sobre a execução do trabalho, com comentários e sugestões para diminuir as margens de erro e aperfeiçoar o registro dos dados. Cada entrevistador recebeu um manual de orientação para sua tarefa, com descrição detalhada de todos os procedimentos para a realização da entrevista na maternidade, bem como das entrevistas domiciliares (Anexos G, H, I).

Os acadêmicos foram divididos em dois grupos para a realização das entrevistas de coleta de dados, tanto no hospital quanto nas visitas domiciliares. Cada grupo era coordenado por uma acadêmica do sexto ano do curso. As coordenadoras de grupo eram responsáveis pela identificação e pré-seleção na maternidade das duplas mãe-criança elegíveis para o estudo, e também supervisionavam as visitas domiciliares e controlavam a qualidade da coleta dos dados. As coordenadoras também participaram da coleta de dados, tanto no hospital quanto nas visitas domiciliares.

Os grupos de acadêmicos eram divididos de tal forma que o encarregado da entrevista hospitalar em determinado mês não seria o mesmo que faria as entrevistas domiciliares correspondentes, garantindo o cegamento dos entrevistadores nas avaliações do desfecho.

6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As mães selecionadas foram informadas de que se tratava de um estudo sobre os hábitos de sono da criança. Somente participaram aquelas que deram seu consentimento por escrito, em duas vias, assinadas e datadas, sendo uma delas arquivada com os questionários de coleta de dados e a outra, entregue à mãe (Anexo J).

Foi informado que a participação era voluntária e não remunerada e que os participantes poderiam declinar de responder qualquer pergunta, bem como interromper sua participação no estudo, sem qualquer ônus ou penalidade.

Se nas visitas de seguimento as mães perguntassem sobre a posição recomendada para dormir, após a demonstração com o boneco-modelo da posição praticada pela mãe, os entrevistadores informavam que a posição supina é a atualmente recomendada.

Ao final da visita domiciliar aos seis meses de vida da criança, quando se encerrou o seguimento, todas as mães receberam o folheto explicativo e foram orientadas verbalmente sobre a recomendação da posição supina para dormir.

Nessa última visita, as famílias também recebiam, em nome da criança, um certificado de participação da criança no estudo, uma forma de agradecer e valorizar a participação da família no estudo (Anexo K).

O projeto de pesquisa, registrado sob o número 04-427 no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), com parecer emitido em 22 de dezembro de 2004 (Anexo L).

6.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

6.11.1 Estudo 1

Para comparação entre os grupos, foram aplicados os testes de *t* de Student e qui-quadrado, respectivamente, para variáveis contínuas ou categóricas, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com $p < 0,05$. A partir daí calculou-se a razão de chance do desfecho principal em relação à intervenção.

6.11.2 Estudo 2

Para testar associações entre as variáveis de interesse e o desfecho principal, foi aplicado o teste de qui-quadrado para variáveis categóricas, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com $p < 0,05$. As variáveis com $p < 0,2$ na análise bivariada foram incluídas em modelo de regressão logística múltipla, aplicando-se a regressão de Poisson. Esse modelo foi utilizado por se tratar de estudo transversal com desfecho de elevada frequência.

7 REFERÊNCIAS

1. Abramson H. Accidental mechanical suffocation in infants. *J Pediatr* 1944;25:404-13.
2. Alm B, Norvenius SG, Wennergren G, Skjærven R, Øyen N, Milerad J, *et al.* Changes in the epidemiology of sudden infant death syndrome in Sweden 1973-1996. *Arch Dis Child* 2001;84:24-30.
3. American Academy of Pediatrics. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleep environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
4. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003-9.
5. Arnestad M, Andersen M, Vege Å, Rognum TO. Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and research. *Arch Dis Child* 2001; 85:108-15.
6. Baddock SA, Galland BC, Taylor BJ, Bolton DPG. Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics* 2007;119:e200-7
7. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30:181-8.
8. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Teixeira AMB, Ashworth A. Infant mortality in Southern Brazil: a population based study of causes of death. *Arch Dis Child* 1987; 62:487-90.
9. Bebê morre asfixado pela mãe. *Zero Hora*, Porto Alegre. Geral, p. 50, 11 dez. 2007.
10. Bebê morre em creche de Embu-Guaçu. *O Estado de S. Paulo*. São Paulo. 3 mar. 2009. Disponível em: http://www.estadao.com.br/cidades/not_cid332306,0.htm. Acesso em: 3 mar. 2009.

11. Beckwith JB. Defining the sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:286-90.
12. Berg FT. Årsberättelse öfver späda bernens hälso-och sjukvård vid Stockholms Allmänna Barnhus 1842, 1843. Stockolm: BM Bredberg, 1843, 1844. In: Rognum TO, editor. *Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press; 1995.
13. Bíblia Sagrada. Velho Testamento. I Reis 1; sentença de Salomão. 21. ed. (Edição Claretiana). São Paulo: Editora Ave Maria Ltda; 1975, p 370.
14. Blair PS. Sudden infant death syndrome epidemiology and bed sharing. *Paediatr Child Health* 2006 (Suppl A):29A-31A.
15. Blair PS, Ball H. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106-10.
16. Blair PS, Fleming PJ. Dummies and SIDS: causality has not been established. *BMJ* 2006; 332:178.
17. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, *et al*. CESDI SUDI Research Group. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999;319:1457-62.
18. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Fleming PJ. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314-9.
19. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Revenis M, Das A, Clemens JD. Infant-parent bedsharing in an inner-city population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:33-9.
20. Carpenter RG. The hazards of bed sharing. *Paediatr Child Health* 2006a;11 (Suppl A): 24A-28A.

21. Carpenter RG. Overview of epidemiological studies on the risks of sudden infant death syndrome associated with bed sharing: summary and conclusions. *Paediatr Child Health* 2006b;11 (Suppl A):32A-33A.
22. Carpenter RG, Shaddick CW. Role of infection, suffocation, and bottle-feeding in cot death: an analysis of some factors in the histories of 110 cases and their controls. *Brit J Prev Soc Med* 1965;19:1-7.
23. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, *et al.* Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91.
24. Caudill W, Plath DW. Who sleeps with whom? Parent-child involvement in urban Japanese families. *Psychiatry* 1966:344-66.
25. Chang RK, Keens TG, Rodriguez S, Chen AY. Sudden infant death syndrome: changing epidemiologic patterns in California 1989-2004. *J Pediatr* 2008;153:498-502.
26. Cheruku SR, Montgomery-Downs HE, Farkas LS, Thoman EB, Lammi-Keef CJ. Higher maternal plasma docosahexaenoic acid during pregnancy is associated with more mature neonatal sleep-state patterning. *Am J Clin Nutr* 2002;76:608-13.
27. Chong DSY, Yip PSF, Karlberg J. Maternal smoking: an increasing unique risk factor for sudden infant death syndrome in Sweden. *Acta Paediat* 2004;93:471-8.
28. Coimbra D. Vida perigosa. *Zero Hora*, 26 nov. 2007. Seção Meu filho: 4.
29. Daltveit AK, Irgens LM, Øyen N, Skjærven R, Markestad, Alm B, *et al.* Sociodemographic risk factors for sudden infant death syndrome: associations with other risk factors. *Acta Pædiatr* 1998;87:284-90.
30. Davies DP. Cot death in Hong-Kong: a rare problem? *Lancet* 1985;8468:1346-9.

31. Dwyer T, Ponsonby ALB, Newman NM, Gibbons LE. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet* 1991a;337:1244-7.
32. Dwyer T, Ponsonby ALB, Gibbons LE, Newman NM. Prone sleeping position and SIDS: evidence from recent case-control and cohort studies in Tasmania. *J Paediatr Child Health* 1991b;27:340-3.
33. Dwyer T, Ponsonby AL, Blizzard L, Newman NM, Cochrane JA. The contribution of changes in the prevalence of prone sleep position to the decline in sudden infant death syndrome in Tasmania. *JAMA* 1995;273:783-9.
34. Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. *Biol Neonate* 1994;65:194-7.
35. Fleming PJ, Blair PS, McKenna J. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child* 2006;91:799-801.
36. Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, Berry PJ, Rudd PT, Stewart A, Hall E. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population-based case-control study. *BMJ* 1990;301:85-9.
37. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Bensley D, Smith I, Taylor E, *et al.* CESDI coordinators and researchers. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *BMJ* 1996;313:191-5.
38. Fleming PJ, Blair PS, Pollard K, Platt MW, Leach C, Smith I, *et al.* Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Arch Dis Child* 1999;81:112-6.
39. Ford RPK, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DMO, *et al.* Breastfeeding and the risk for sudden infant death syndrome. *Intern J Epidemiol* 1993;22:885-90.

40. Franco P, Groswasser J, Hassid S, Lanquart JP, Scaillet S, Kahn A. Prenatal exposure to cigarette smoking is associated with a decrease in arousal in infants. *J Pediatr* 1999;135:34-8.
41. Franco P, Scaillet S, Wermenbol V, Valente F, Grosswater J, Kahn A. The influence of a pacifier on infants' arousals from sleep. *J Pediatr* 2000;136:775-9.
42. Geib LTC, Nunes ML. Hábitos do sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional. *Cad Saude Publica* 2006a;22:415-23.
43. Geib LTC, Nunes ML. The incidence of sudden infant death syndrome in a cohort of infants. *J Pediatr (Rio J)* 2006b;82:21-6.
44. Gilbert R. The changing epidemiology of SIDS. *Arch Dis Child* 1994;70:445-9.
45. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol* 2005;34:874-87.
46. Gilbert RE, Wigfield RE, Fleming PJ, Berry PJ, Rudd PT. Bottle feeding and the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1995;310:88-90.
47. Golding J. Sudden infant death syndrome and parental smoking: a literature review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1997;11:67-77.
48. Goldwater PN. Sudden infant death syndrome: a critical review of approaches to research. *Arch Dis Child* 2003;88:1095-1100.
49. Goldwater PN. SIDS pathogenesis: pathological findings indicate infection and inflammatory responses are involved. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2004;42:11-20.
50. Goldwater PN. Intrathoracic petechial hemorrhages in sudden infant death syndrome and other infants: time for re-examination? *Pediatr Dev Pathol* 2008; Apr 16:1. [Epub ahead of print].

51. Halloran DR, Alexander GR. Preterm delivery and age of SIDS death. *Ann Epidemiol* 2006;16:600-8.
52. Hauck FR, Moore CM, Herman SM, Donovan M, Kalelkar M, Christoffel KK, *et al.* The contribution of prone sleeping position to the racial disparity in sudden infant death syndrome: the Chicago infant mortality study. *Pediatrics* 2002; 110:772-80.
53. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116:e716-e723. Disponível em: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2631. Acesso em: 3 fevereiro 2009.
54. Hiley CMH, Morley CJ. Evaluation of government's campaign to reduce the risk of cot death. *BMJ* 1994;309:703-4.
55. Hoffman HJ, Hillman LS. Epidemiology of the sudden infant death syndrome: maternal, neonatal and postneonatal risk factors. *Clin Perinatol* 1992;19:717-37.
56. Hofhuis W, Jongste JC, Merkus PJFM. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003;88:1086-90.
57. Högberg U, Bergström E. Suffocated prone: the iatrogenic tragedy of SIDS. *Am J Publ Health* 2000;90:527-31.
58. Horne RSC, Blitt DF, Watts AM, Vitkovic J, Lacey B, Andrew S, *et al.* The prone sleeping position impairs arousability in term infants. *J Pediatr* 2001;138:811-6.
59. Horne RSC, Parslow PM, Ferens D, Watts AM, Adamson TM. Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child* 2004;89:22-5.
60. Horne RSC, Parslow PM, Harding R. Respiratory control and arousal in sleeping infants. *Paed Resp Rev* 2004;5:190-8.
61. Howie PW. Protective effect of breastfeeding against infection in the first and second six months of life. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:141-7.

62. Hunt CE. Sudden infant death syndrome and other causes of infant mortality: diagnosis, mechanisms, and risk for recurrence in siblings. *Am J Crit Care Med* 2001;164:346-57.
63. Hunt CE. Gene-environment interactions: implications for sudden unexpected deaths in infancy. *Arch Dis Child* 2005;90:48-53.
64. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *CMAJ* 2006;174:1861-9.
65. Hunt L, Fleming P, Golding J; ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? I. Health in the first six months. *Pediatrics* 1997;100(1):e11. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/1/e11>. Acesso em: 3 fevereiro 2009.
66. Jenni OG, O'Connor BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics* 2005;115:204-16.
67. Jeffery HE, Megevand A, Page M. Why the prone position is a risk factor for sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1999;104:263-9.
68. Kahn A, Groswasser J, Rebuffat E, Sottiaux M, Blum D, Foerster M, *et al.* Sleep and cardiorespiratory characteristics of infant victims of sudden infant death: prospective case-control study. *Sleep* 1992;15:287-92.
69. Kahn A, Groswasser J, Sottiaux M, Kelmanson I, Rebuffat E, Franco P, *et al.* Prenatal exposure to cigarettes in infants with obstructive sleep apneas. *Pediatrics* 1994;93:778-83.
70. Kahn A, Groswasser J, Franco P, Scaillet S, Sawaguchi T, Kelmanson I, *et al.* Sudden infant deaths: stress, arousal and SIDS. *Early Hum Dev* 2003;75 (Suppl):S147-66.
71. Kato I, Franco P, Groswasser J, Scaillet S, Kelmanson I, Togari H, *et al.* Incomplete arousal processes in infants who were victims of sudden death. *Am J Respirat Crit Care Med.* 2003;168:1298-1303.

72. Kemp JS, Thach BT. Sudden death in infants sleeping on polystyrene-filled cushions. *N Engl J Med* 1991;324:1858-64.
73. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, *et al.* Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized control trial. *JAMA* 2001;286:322-6.
74. Krous HF. The international standardized autopsy protocol for sudden unexpected infant death. In: Rognum TO, editor. *Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press; 1995a.
75. Krous HF. The differential diagnosis of sudden, unexpected infant death. Rognum TO, editor. In: *Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press; 1995b.
76. Krous HF, Beckwith B, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, *et al.* Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004;114:234-8.
77. Krous HF, Masoumi H, Haas EA, *et al.* Aspiration of gastric contents in sudden infant death syndrome without cardiopulmonary resuscitation. *J Pediatr* 2007;150:241–246.
78. Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:339-46.
79. Laudo apontará causa da morte de bebê de 3 meses. *A Razão*, Santa Maria, 28 out. 2008. Polícia, p. 14.
80. Lavezzi AM, Ottaviani G, Mauri M, Matturi L. Hypoplasia of the arcuate nucleus and maternal smoking during pregnancy in sudden unexplained perinatal and infant death. *Neuropathology* 2004;24:284-9.
81. Lee NNY, Chan YF, Davies DP, Lau E, Yip DCP. Sudden infant death syndrome in Hong-Kong: confirmation of low incidence. *BMJ* 1989;298:271.

82. Malloy MH. SIDS: a syndrome in search of a cause. *NEJM* 2004;35:957-9.
83. Matturi L, Ottaviani G, Lavezzi AM. Maternal smoking and sudden infant death syndrome: epidemiological study related to pathology. *Virchows Arch* 2006;449:697-706
Epub 2006 Nov 8.
84. McCoy RS, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, *et al.* Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141-9.
85. McKee M, Fulop N, Bouvier P, Hort A, Brand H, Rasmussen F, *et al.* Preventing sudden infant deaths: the slow diffusion of an idea. *Health Policy* 1996;37:117-35.
86. McKenna JJ, Mosko S, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214-9.
87. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breastfeeding. *Paediatr Respir Rev* 2005;6:134-52.
88. McKenna JJ, Volpe LE, Wetherall WA. Sleeping arrangements and feeding practices of high- and low-risk mothers: preliminary observations and implications for sudden infant death syndrome prevention. *Paediatr Child Health* 2006;11(Suppl A):39A-41A.
89. McVea KLSP, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000;16:13-20.
90. Mitchell EA. International trends in postneonatal mortality. *Arch Dis Child* 1990;65:607-9.
91. Mitchell EA. Smoking: the next major and modifiable factor. In: Rognum TO, editor. *Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press; 1995.
92. Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. *Arch Dis Child* 2007;92:155-159.

93. Mitchell EA. What is the mechanism of SIDS? Clues for epidemiology. *Dev Psychobiol* 2009;51:215-22.
94. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health* 2006;21:81-103.
95. Mitchell EA, Brunt JM, Everard C. Reduction in the mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand:1986-92. *Arch Dis Child* 1994;70:291-4.
96. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006;117:1755-8.
97. Mitchell EA, Ford RP, Taylor BJ, Stewart AW, Becroft DM, Scragg R, *et al.* Further evidence supporting a causal relationship between prone sleeping position and SIDS. *J Paediatr Child Health* 1992; 28 (Suppl):S9-12.
98. Moon R, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007; 370: 1578-87.
99. Mosko S, Richard C, McKenna JJ. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997;100:841-9.
100. National Health Service. SIDS Rate and Sleep Position, 1988-2003 (Deaths per 1,000 Live Births) [cited 2007 Oct 21]. Disponível em: http://www.nichd.nih.gov/sids/upload/SIDS_rate_backsleep_03.pdf. Acesso em: 3 fevereiro 2009.
101. Nelson EAS, Taylor BJ. International child practices study: infant sleeping environment. *Early Hum Develop* 2001;62:43-55.
102. Norvenius G. Is SIDS a new phenomenon? In: Rognum TO, editor. Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties. Oslo: Scandinavian University Press; 1995.

103. Nunes ML, Martins MP, Nelson EAS, Cowan S, Cafferata ML, Costa JC. Orientações adotadas nas maternidades dos hospitais-escola do Brasil, sobre posição de dormir. *Cad Saude Publ* 2002;18:883-6.
104. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, Costa JC. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. *J Pediatr (Rio J)* 2001;77:29-34.
105. Opdal SH, Rognum TO. The sudden infant death syndrome gene: does it exist? *Pediatrics* 2004;114:e506–e512. Disponível em: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0683. Acesso em: 3 fevereiro de 2009.
106. Paris CA, Remler R, Daling JR. Risk factors for sudden infant death syndrome: changes associated with sleep position recommendations. *J Pediatr* 2001;139:771-7.
107. Patel AL, Harris K, Thach BT. Inspired CO₂ and O₂ in sleeping infants rebreathing from bedding: relevance for sudden infant death syndrome. *J Appl Physiol* 2001;91:2537-45.
108. Paterson DS, Trachtenberg FL, Thompson EG, Belliveau RA, Beggs AH, Darnall R, *et al*. Multiple serotogenic brainstem abnormalities in sudden infant death syndrome. *JAMA* 2006;296:2124-32.
109. Pinho APS. Características clínicas da morte súbita e inesperada do lactente [tese de doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2004.
110. Rognum TO, Willinger M. The story of the “Stavanger definition”. In: Rognum TO, editor. *Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press; 1995.
111. Royal Society of London. An extract of a letter from Oliver St. John, Esq; F. R. S. Dated from Florence, November the 30th, 1731, N. S. Communicated by R. Graham, F. R. S. Author(s): Oliver St. John and R. Graham Source: *Philosophical Transactions* (1683-

1775), v. 37, (1731 - 1732), p. 256-256 Published by: The Royal Society Stable.

Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/104096>. Acesso: 3 fevereiro de 2009.

112. Russel-Jones DL. Sudden infant death in history and literature. *Arch Dis Child* 1985;60:278-81.
113. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A. Epidemiology of co-sleeping and nighttime waking at 12 months in a birth cohort. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:114-22.
114. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FCF. Bedsharing at three months and breastfeeding at one year in Southern Brazil: data from the 2004 Pelotas birth cohort. *J Pediatr* 2009;155:505-9.
115. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, Stewart AW, Ford RPK, Thompson JMD, *et al.* New Zealand Cot Death Study Group. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1993;307:1312-8.
116. Scragg R, Mitchell EA, Stewart AW, Ford RPK, Taylor BJ, Hassal IB, *et al.* New Zealand Cot Death Study Group. Infant room-sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. *Lancet* 1996;347:7-12.
117. Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF, Sens B. Smoking during pregnancy and poor antenatal care: two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome. *Internat J Epidemiol* 1996;25:959-65.
118. Schoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics* 1992;90:905-8.
119. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado CAN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79:309-16.

120. Smith GCS, Wood AM, Pell JP, White IR, Crossley JA, Dobbie R. Second trimester maternal serum levels of alpha-fetoprotein and the subsequent risk of sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2004;351:978-86.
121. Steele R, Lngworth JT. The relationship of antenatal and postnatal factors to sudden unexpected death in infancy. *Canad Med Ass J* 1966;94:1165-71.
122. Strimer R, Adelson L, Oseasohn R. Epidemiologic features of 1134 sudden, unexpected infant deaths. *JAMA* 1969;209:1493-7.
123. Tablizo MA, Jacinto P, Parsley D, et al. Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:507–510.
124. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32-7.
125. The arcuccio. *BMJ* 1895;2:380.
126. Thoman EB. Co-sleeping, an ancient practice: issues of the past and present, and possibilities for the future. *Sleep Med Rev* 2006; 10:407-17.
127. Tuhoy PG, Counsell AM, Geddis DC. Sociodemographic factors associated with sleeping position and location. *Arch Dis Child* 1993;69:664-6.
128. Tinoco SMB, Sichieri R, Moura AS, Santos FS, Carmo MGT. Importância dos ácidos graxos essenciais e os efeitos dos ácidos graxos *trans* do leite materno para o desenvolvimento fetal e neonatal. *Cad Saúde Publica* 2007;23:525-34.
129. Vennemann M, Fischer D, Jorch G, Bajanowski T. Prevention of sudden infant death syndrome (SIDS) due to an active health monitoring system 20 years prior to the public “Back to Sleep” campaigns. *Arch Dis Child* 2006;91:324-6.
130. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-53.

131. Wigfield RE, Fleming P, Berry PJ, Rudd PT, Gloding J. Can the fall in Avon's sudden infant death rate be explained by changes in sleeping position? *BMJ* 1992;304:282-3.
132. Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda, MD. *Pediatrics* 1994;93:814-9.
133. Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991;11:677-84.
134. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: The National Infant Sleep Position Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:43-9.
135. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. consensus meeting. Washington, DC, USA, 2007.
136. Zagdanski D. The pain of losing a child: a personal account. In: Rognum TO, editor. *Sudden infant death syndrome: new trends in the nineties*. Oslo: Scandinavian University Press, 1995.

ARTIGO 1: versão em Português**POSIÇÃO DE DORMIR DA CRIANÇA: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL EM UMA
MATERNIDADE EM PORTO ALEGRE, BRASIL**

Roberto Mário Silveira Issler, Paulo José Cauduro Marostica e Elsa Regina Justo Giugliani
Professores do Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Parcialmente financiado pelo FIPE/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

O resumo foi apresentado na “*SIDS Xth International Conference*”, Portsmouth, Inglaterra, 23
a 26 de junho de 2008 e publicado em: *Foresinc Sci Med Pathol* 2008;5(2):6-7. DOI
10.1007/s12024-008-9058-4.

Endereço para correspondência:

Roberto Mário Silveira Issler, Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de
Medicina, UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2400 – Bairro Santa Cecília, 90035-003 – Porto
Alegre, RS, Brasil.

Publicado na revista *Birth*, 2009;36:115-21.

Fone/fax: 55+51+33438286 (pessoal)

E-mail: robertoissler@terra.com.br

RESUMO

Poucos estudos no Brasil foram publicados sobre a síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) e nenhum abordou a orientação da mãe sobre o posicionamento para dormir na posição supina. **Objetivo:** avaliar o impacto de uma intervenção educativa direcionada à mãe, na maternidade, sobre a posição de dormir da criança. **Métodos:** Um ensaio clínico randomizado foi realizado com uma amostra de 228 pares de mães e crianças alocadas para um grupo intervenção ou controle. A intervenção consistiu de uma sessão de orientação individual na maternidade, na qual as mães recebiam na alta hospitalar um folheto e uma explicação oral sobre a importância da posição supina para dormir como uma medida preventiva para a SMSL. O desfecho foi a posição de dormir da criança aos três meses de vida, verificada durante uma visita domiciliar. As variáveis com $p < 0,2$ numa análise bivariada foram incluídas em um modelo de regressão logística múltiplo. **Resultados:** Aos três meses, 42,9% das mães do grupo intervenção e 24% das do grupo controle colocavam seus filhos para dormir na posição supina ($p = 0,009$). A intervenção no hospital foi a única variável que influenciou a prática materna em relação à posição de dormir da criança (RC= 1,33; IC 95% = 1,08–1,64). **Conclusões:** Uma sessão educativa individual na maternidade aumentou significativamente a prevalência da posição supina para dormir em crianças com três meses. Entretanto, a intervenção não foi suficiente para garantir que a maioria das mães colocasse suas crianças para dormir na posição recomendada.

Palavras chave: Síndrome da morte súbita do lactente. Posição de dormir. Saúde da criança.

A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) é definida como “a morte inesperada de uma criança menor de um ano, que permanece inexplicada após extensa investigação, que inclui história clínica, necropsia completa e revisão do local do óbito” (1).

Poucos estudos no Brasil foram publicados sobre a SMSL. Um deles, realizado em Pelotas, uma cidade do Rio Grande do Sul onde a taxa de mortalidade infantil era de 38,8 por 1.000 nascidos vivos (NV) nos anos de 1982-1983, referiu que a taxa de mortalidade infantil atribuída a SMSL foi de aproximadamente 1,6 / 1.000 NV (4% do total) (2). Outros estudos, em Porto Alegre e Passo Fundo, cidades do mesmo estado, estimaram a mortalidade infantil por SMSL em 0,4 / 1.000 NV e 1,7 / 1.000 NV, respectivamente (3, 4).

Os fatores de risco que se mostraram associados à SMSL incluem mãe mais jovem, baixa escolaridade materna, tabagismo materno durante a gestação, criança entre dois e quatro meses de idade, criança do sexo masculino, prematuridade, baixo peso ao nascer e posição de dormir prona (5-8). Considerando que a posição de dormir da criança é um fator de risco facilmente modificável comparativamente aos demais fatores, intervenções com o objetivo de motivar as mães a colocar suas crianças para dormir na posição supina tiveram um efeito significativo na diminuição nas taxas de mortalidade infantil por SMSL em países como Nova Zelândia, Austrália, Estados Unidos, Noruega, Suécia e Reino Unido (9-14). Desde 1992, a Academia Americana de Pediatria recomenda que as crianças sejam colocadas para dormir em posição supina (15), sendo essa a única posição recomendada atualmente (16).

No Brasil, entretanto, mesmo em hospitais-escola com programas de residência em Pediatria, a posição supina para a criança dormir não é recomendada de rotina, tanto durante a permanência no hospital como na alta (17). Infelizmente, faltam políticas governamentais e campanhas públicas para a população em geral sobre a SMSL. Além disso, os profissionais de saúde têm pouco conhecimento e prática quanto à prevenção da SMSL. O objetivo deste

estudo foi verificar o efeito de uma intervenção educativa individual sobre a posição de dormir da criança oferecida às mães após o parto e durante sua permanência no hospital.

Métodos

Um ensaio clínico randomizado foi realizado para determinar se uma intervenção individual sobre a posição de dormir da criança oferecida para as puérperas na maternidade poderia mudar sua prática em casa. As participantes do estudo eram mães que moravam em uma área previamente delimitada de Porto Alegre e suas crianças nascidas entre setembro de 2005 e setembro de 2006. As duplas de mães e crianças foram selecionadas na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um grande hospital-escola localizado na capital do Rio Grande do Sul, uma cidade com aproximadamente 1,4 milhão de habitantes. Em torno de 90% de todo o atendimento do hospital é realizado pelo Sistema Único de Saúde.

A área de onde as mães foram selecionadas foi limitada por conveniência. É uma região mais central da cidade, de mais fácil acesso e com menores índices de violência urbana, onde vive aproximadamente 40% da população e que inclui bairros de diferentes níveis socioeconômicos (18). As mães com graves deficiências físicas ou de saúde mental (por exemplo, depressão profunda ou esquizofrenia de difícil tratamento) foram excluídas da amostra do estudo. Após assinar um termo de consentimento informado, as mães eram alocadas para o grupo intervenção ou controle.

A randomização foi feita em blocos de uma semana, randomizados em grupos de quatro semanas consecutivas de cada vez (blocos mensais), lançando-se uma moeda para cada semana, determinando os grupos do estudo (intervenção ou controle). Os participantes do estudo foram incluídos na amostra somente de segunda a sexta-feira (excluindo-se fins de semana), para evitar contato entre os grupos e minimizar possíveis efeitos de contaminação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Na maternidade, na manhã da alta hospitalar, as mães respondiam um questionário que incluía dados socioeconômicos e demográficos, informações sobre os cuidados pré-natais e seus conhecimentos e práticas sobre a posição de dormir da criança. Utilizando um boneco-modelo, as mães de ambos os grupos demonstravam qual a posição preferencial para colocar a criança para dormir. As mães do grupo intervenção recebiam então uma sessão educativa individual à beira do leito e um folheto com informações sobre a posição de dormir da criança. As mães de ambos os grupos recebiam a orientação de rotina da equipe assistencial durante sua permanência no hospital. Imediatamente após a coleta de dados, os questionários eram selados com uma etiqueta e assinados pelo entrevistador. Essa etiqueta era aberta pelo coordenador do estudo no final do período de seguimento.

Quando a criança completava três e seis meses de idade, visitas domiciliares eram realizadas por estudantes de medicina previamente capacitados. Os entrevistadores eram cegos quanto aos grupos para os quais as mães eram alocadas. Durante a visita, as mães respondiam um questionário sobre os hábitos de rotina relacionados ao sono do filho (local e posição de dormir) e outros aspectos dos cuidados da criança (aleitamento materno, introdução de alimentos complementares e outras práticas de saúde). Ao chegar ao domicílio, o entrevistador observava a posição da criança caso ela estivesse dormindo. Usando novamente o boneco-modelo, as mães demonstravam qual a posição em que usualmente colocavam a criança para dormir, o que foi considerado o principal desfecho do estudo. Era assinalado “posição recomendada” quando a mãe colocava a criança para dormir apenas na posição supina.

Análise dos dados

Para estimar o tamanho da amostra, considerou-se um estudo anterior realizado em Passo Fundo, o qual mostrou uma prevalência da posição supina para dormir de aproximadamente 5% (4). Projetando um aumento de 20 pontos percentuais (de 5% para

25%) na prevalência dessa prática após a intervenção, com um poder estatístico de 90% e um erro alfa (α) de 5%, estimou-se uma amostra de 100 mães para cada grupo. Considerando a possibilidade de 15% de perdas durante o seguimento, a amostra total necessária foi calculada em 230 mães.

Para comparação entre os grupos, o teste *t* de Student ou qui-quadrado foi utilizado para variáveis contínuas ou categóricas. Os resultados com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Das 233 duplas de mães e crianças selecionadas para o estudo, 5 mães se recusaram a participar, resultando em 228 duplas. Destas, 112 foram alocadas aleatoriamente para o grupo intervenção e 116 para o grupo controle. A Figura 1 mostra o fluxograma com a amostra de mães e crianças de cada grupo em três diferentes períodos do estudo. A Tabela 1 mostra a comparação entre os grupos com relação às variáveis analisadas no início do estudo. Os grupos eram semelhantes, com exceção da situação conjugal da mãe. No grupo intervenção, a proporção de mães casadas ou morando com companheiro era maior, mas essa variável não se mostrou associada com a posição supina para dormir da criança.

Aproximadamente 51% das mães (116/228) receberam alguma informação antes do parto sobre a posição de dormir da criança. A posição de lado foi mencionada em 88% dos casos (102/116). A principal fonte de informação foi um membro da família ou amigos (82%). Somente 20% das mães (45/228) do grupo intervenção ou do grupo controle disseram que haviam recebido informação da equipe assistencial na maternidade sobre a posição de dormir da criança. Dessas, 91% (41/45) haviam sido orientadas a colocar a criança de lado e 6,7% (3/45) na posição supina. Do total da amostra, somente 1,3% das mães foi orientada sobre a posição de dormir correta.

Durante a visita do terceiro mês, somente 26% das mães (50/191) disseram ter recebido alguma informação sobre como posicionar a criança para dormir, embora a maioria (80% - 152/191) tenha tido pelo menos uma consulta com um médico durante esse período. Membros da família e amigos foram novamente a principal fonte de informação. Das que receberam alguma informação de seus médicos (15/191), quase a metade (7/15) foi orientada a colocar a criança para dormir de lado.

Nessa mesma visita, do terceiro mês após o nascimento, 42,9% das mães do grupo intervenção e 24% das mães do grupo controle colocavam suas crianças para dormir na posição recomendada (supina) ($p=0,009$). Em 45,5% de todas as visitas (87/191), as crianças foram observadas enquanto dormiam. Nessas visitas, 33 mães informaram que colocavam suas crianças para dormir na posição supina, sendo que 31 (93,9%) delas (19 do grupo intervenção [GI] e 12 do grupo controle [GC]) estavam realmente dormindo nessa posição. Aos 6 meses, as frequências de crianças dormindo na posição supina foram de 41,8% e 19,1%, no grupo intervenção e controle, respectivamente ($p = 0,001$).

No total, 178 duplas de mães e crianças foram visitadas tanto aos três como aos seis meses. Dessas, 152 (85,4%) mães mencionaram a mesma posição em ambas as visitas. Entre os três e seis meses, 16 mães (7 do GI e 9 do GC) referiram mudança da posição recomendada para uma posição inadequada (ou seja, qualquer posição diferente de supina). Por outro lado, 10 mães que não referiram a posição recomendada aos três meses (3 do GI e 7 do GC), referiram essa posição aos seis meses.

As mães que receberam a intervenção no hospital apresentaram uma chance maior de colocar a criança para dormir na posição supina aos três meses (RC= 1,33; IC 95% 1,08-1,64), quando comparadas com as mães que receberam apenas a intervenção de rotina da equipe assistencial da maternidade.

Discussão

Este é o primeiro estudo no Brasil em que foi avaliada uma intervenção educativa direcionada às mães visando à adoção da posição supina para dormir em suas crianças. Observou-se que 42% das mães que receberam a intervenção e 24% das mães do grupo controle colocavam seus filhos para dormir na posição supina aos três meses. As mães do grupo intervenção tiveram uma chance um terço maior de colocar a criança para dormir na posição supina aos três meses quando comparadas com aquelas do grupo controle.

Neste estudo, uma estratégia simples e de baixo custo foi utilizada, com base na educação individual das mães na maternidade um pouco antes da alta hospitalar. Outros estudos com o mesmo objetivo mostraram resultados semelhantes. Na América do Norte, a informação recebida de um médico aumentou significativamente a prevalência da posição supina e diminuiu a prevalência da posição prona (19). Quando os autores analisaram o efeito combinado da orientação de profissionais de saúde, material escrito e campanhas publicitárias, o impacto foi ainda maior (19). Em outro estudo, com primíparas em Wyoming, Estados Unidos, as mães observavam na maternidade uma demonstração sobre a posição recomendada para dormir (supina) realizada por uma enfermeira com a própria criança (20). Na primeira semana após a alta, as mães que observaram a demonstração colocaram suas crianças para dormir na posição supina numa proporção significativamente maior do que aquelas que não observaram.

Neste estudo, observou-se que a intervenção causou um aumento significativo da prevalência da posição supina na visita aos três meses, e que essa condição ainda persistia na visita aos seis meses. Achados similares foram descritos em outros trabalhos (19, 21). Alguns mostraram que o fato de colocar a criança para dormir em posição supina durante os cuidados hospitalares de rotina, juntamente com a orientação recebida de enfermeiras e médicos, foi o

principal fator associado à escolha dos pais dessa posição para seus filhos em casa (22-24). É possível que os mesmos fatores tenham atuado aqui.

O presente trabalho revelou, também, que a maioria dos profissionais de saúde sugere a posição de lado para dormir. Estudos realizados em outros países e em outros locais do Brasil também mostraram discrepâncias entre as orientações dos profissionais de saúde e a recomendação com relação à posição de dormir da criança (25-27). Isto se deve, provavelmente, ao medo de uma possível aspiração pela criança que dorme na posição supina, muito embora os estudos mostrem que não houve aumento da frequência de aspiração após a recomendação de colocar as crianças para dormir em posição supina (28-30). Outro fator que pode estar interferindo na não indicação da posição correta é a recomendação de 1992 da Academia Americana de Pediatria, de que as crianças deveriam ser “colocadas para dormir tanto de lado como de costas” (15). Essa recomendação não está mais em vigor desde que foi observado que crianças colocadas para dormir de lado tinham maior chance de virar-se espontaneamente para a posição prona e, assim, apresentar um risco maior de morrer por SMSL (31, 32). É possível que as informações conflitantes com as oferecidas pela intervenção, fornecidas às mães pelos profissionais de saúde em consultas ambulatoriais após a alta, tenham diminuído o impacto da intervenção.

Um aspecto original deste estudo foi o uso de bonecos-modelo na maternidade e nas visitas domiciliares. O uso de manequins como recurso de ensino é comum em muitas áreas da medicina (33, 34) e em estudos relacionados à SMSL (35, 36). Os bonecos-modelo foram confeccionados especialmente para este estudo e tinham “sexos” e “cores” diferentes, proporcionando um elemento interessante e divertido ao estudo. É possível, também, que as mães, ao colocar o boneco-modelo na posição em que a criança dormia, reproduzam com mais fidedignidade a sua prática em relação à posição de dormir da criança.

Implicações para os hospitais do Brasil e da América Latina

Alguns países promoveram campanhas nacionais para aumentar a prevalência da posição supina para dormir em crianças pequenas (13, 21), o que resultou numa queda das taxas de mortalidade infantil por SMSL (19, 31, 37).

Desde 2006, os pais de todos os recém-nascidos no Brasil recebem a Caderneta de Saúde da Criança, publicada e distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Esse documento recomenda que a criança seja colocada para dormir “de costas” (38). Esta, possivelmente, é a única estratégia nacional para prevenir a SMSL.

O Brasil e a América Latina mostram pouca preocupação em relação aos fatores de risco para a SMSL. A falta de capacitação adequada das equipes de cuidados em saúde que atendem as mães pode explicar, pelo menos em parte, a baixa prevalência da posição supina para dormir em diferentes países, incluindo o Brasil, e no presente estudo.

Embora este estudo tenha sido realizado na maternidade de um importante hospital-escola do sul do Brasil, as recomendações sobre a posição de dormir da criança não são enfatizadas pela equipe assistencial durante a permanência da mãe no hospital. Achados similares foram observados em outros 55 hospitais-escola no Brasil (17) e em 213 hospitais de 16 países da América Latina e Caribe (39), nos quais a posição de dormir mais recomendada era a de lado.

Com base em resultados deste estudo, sugere-se que a implementação de ações conjuntas envolvendo profissionais de saúde, agências governamentais e não governamentais e meios de comunicação no Brasil e outros países latino-americanos poderia resultar em um aumento da posição supina e, conseqüentemente, em diminuição das taxas de mortalidade infantil.

Conclusões

Este estudo mostrou que as orientações de rotina sobre a posição de dormir da criança na maternidade de um hospital de ensino de Porto Alegre, Brasil, não são adequadas ou são inexistentes. Uma intervenção educacional simples e de baixo custo pode promover mudanças nas práticas das mães quanto à posição para dormir de suas crianças. Intervenções adicionais, tais como educação em larga escala dos profissionais de saúde sobre a posição recomendada para dormir, além de envolvimento da mídia e de gestores da área de saúde, poderiam também aumentar o número de crianças que dormem na posição supina.

Agradecimentos

Agradecemos à equipe de estudantes de medicina que coletou os dados na maternidade e nas visitas domiciliares: Adriana Rosa Milani, Fabiane Nieto, Márcia Nunes Oliveira, Danusa Graeff Chagas Pinto, Daniela Oliveira Pires, Bianca Fernandes Sarturi, Mateus Breitenbach Scherer, Luis Felipe Silva Smidt, Manoela Chitolina Villetti e Anelise Schifino Wolmeister.

Referências

1. Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991;11:677-84.
2. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Teixeira AMB, Ashworth A. Infant mortality in Southern Brazil: a population based study of causes of death. *Arch Dis Child* 1987;62:487-90.
3. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, Costa JC. Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *J Pediatr (Rio J)* 2001;77:29-34.
4. Geib LTC, Nunes ML. The incidence of sudden infant death syndrome in a cohort of infants. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:21-6.
5. Daltveit AK, Irgens LM, Øyen N, Skjærven R, Markestad T, Alm B, *et al.* Sociodemographic risk factors for sudden infant death syndrome: associations with other risk factors. *Acta Pædiatr* 1998;87:284-90.
6. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *CMAJ* 2006;174:1861-9.
7. Sahni R, Fifer WP, Myers MM. Identifying infants at risk for sudden infant death syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2007;19:145-9.
8. Moon RY, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007; 370: 1578-87.
9. Mitchell EA, Brunt JM, Everard C. Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand: 1986-92. *Arch Dis Child* 1994;70:291-4.
10. Dwyer T, Ponsonby AL, Blizzard L, Newman NM, Cochrane JA. The contribution of changes in the prevalence of prone sleeping position to the decline in sudden infant death syndrome in Tasmania. *JAMA* 1995;273:783-9.

11. Paris CA, Remler R, Daling JR. Risk factors for sudden infant death syndrome: changes associated with sleep position recommendations. *J Pediatr* 2001;139:771-7.
12. Arnestad M, Andersen M, Vege Á, Rognum TO. Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and research. *Arch Dis Child* 2001;85:108-15.
13. Alm B, Norvenius SG, Wennergren G, Skjærven R, Øyen N, Milerad J, et al. Changes in the epidemiology of sudden infant death syndrome in Sweden 1973-1996. *Arch Dis Child* 2001;84:24-30.
14. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314-9.
15. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992;89:1120-6.
16. AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of Sudden Infant Death Syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleep environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
17. Nunes ML, Martins MP, Nelson EAS, Cowan S, Cafferata ML, Costa JC. Instructions from teaching hospital maternity wards to parents concerning the sleeping position of newborns. *Cad Saude Publica* 2002;18:883-6.
18. Anuário estatístico – PMPA – 2006. Situação demográfica de Porto Alegre. Disponível: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuarioa/usudoc/situacaodemografica.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2009.
19. Willinger M, Chia-Wen K, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998. *JAMA* 2000; 283:2135-42.

20. Goetter MC, Stepan MBF. First-time mothers' selection of infant supine sleep position. *J Perinat Educ* 2005;14:16-23.
21. Lesko SM, Corwin MJ, Vezina RM, Hunt CE, Mandell F, McClain M, et al. Changes in sleep position in infancy: a prospective longitudinal assessment. *JAMA* 1998;280: 336-40.
22. Moon RY, Oden RP, Grady KC. Back to sleep: an educational intervention with women, infants and children program clients. *Pediatrics* 2004; 113: 542-7.
23. Colson ER, Bergman DM, Shapiro E, Leventhal JH. Position for newborn sleep: associations with parents' perception on their nursery experience. *Birth* 2001;28:249-53.
24. Rasinski KA, Kuby A, Bzdusek BA, Silvestri J, Weese-Mayer DE. Effect of a sudden infant death syndrome risk reduction education program on risk factor compliance and information sources in primarily black urban communities. *Pediatrics* [serial online] 2003 [cited 2007 Aug 4]; Apr;111(4 Pt 1):e347-54. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/4/e347>. Acesso em: 3 fev. 2009.
25. Hein HA, Pettit SF. Back to sleep: good advice for parents but not for hospitals? *Pediatrics* 2001;107:537-9.
26. Delzell Jr JE, Phillips RL, Schnitzer PG, Ewigman B. Sleeping position: change in practice, advice, and opinion in the newborn nursery. *J Fam Pract* 2001;50:448.
27. Geib LTC, Nunes ML. Sleeping habits related to sudden infant death syndrome: a population-based study. *Cad Saude Publica* 2006;22:415-23.
28. Hunt L, Fleming P, Golding J, ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? : I. Health in the first six months. *Pediatrics* [serial online]; 1997 [cited 2007 Nov 4]; 100(1). Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/1/e11>. Acesso em: 3 fev. 2009.

29. Krous HF, Masoumi H, Haas EA, Chadwick AE, Stanley C, Thach BT. Aspiration of gastric contents in sudden infant death syndrome without cardiopulmonary resuscitation. *J Pediatr* 2007;150:241-6.
30. Tablizo MA, Jacinto P, Parsley D, Chen ML, Ramanathan R, Keens TG. Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:507-10.
31. Willinger M, Hoffman HJ, Wu KT, Hou JR, Kessler RC, Ward SL, et al. Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 1998;280:329-35.
32. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Taylor E, Berry J, Golding J. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *BMJ* 1996;313:191-5.
33. Hussey SG, Ryan CA, Murphy BP. Comparison of three manual ventilation devices using an intubated mannequin. *Arch Dis Child* 2004;89:F490-F493.
34. Bergus G, Kreiter C, Woodhead J, Lawrence J, Franklin E. Using infant mannequins in objective standardized clinical examinations: are there unintended consequences? *Amb Pediatrics* 2006;6:235-8.
35. Elabbassi EB, Chardon K, Telliez F, Bach V, Libert JP. Influence of head position on thermal stress in newborns: simulation using a thermal mannequin. *J Appl Physiol* 2002;93:1275-9.
36. Elabbassi EB, Bach V, Makki M, Delanaud S, Telliez F, Leke A, Libert JP. Assessment of dry heat exchanges in newborns: influence of body position in SIDS. *J Appl Physiol* 2001;91:51-6.

37. SIDS Rate and Sleep Position, 1988-2003 (Deaths per 1,000 Live Births) [cited 2007 Oct 21]. Disponível em: <http://www.nichd.nih.gov/sids/upload/SIDSratebacksleep03.pdf>.
Acesso em: 3 fev. 2009.
38. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília; 2006.
39. Cafferata ML, Alhabe F, Belizán JM, Cowan S, Nelson EAS, MAS Study Group para América Latina y el Caribe. Sleeping position to prevent sudden infant death syndrome in Latin-American and Caribbean hospitals. *An Esp Pediatr* 2002;57: 558-64.

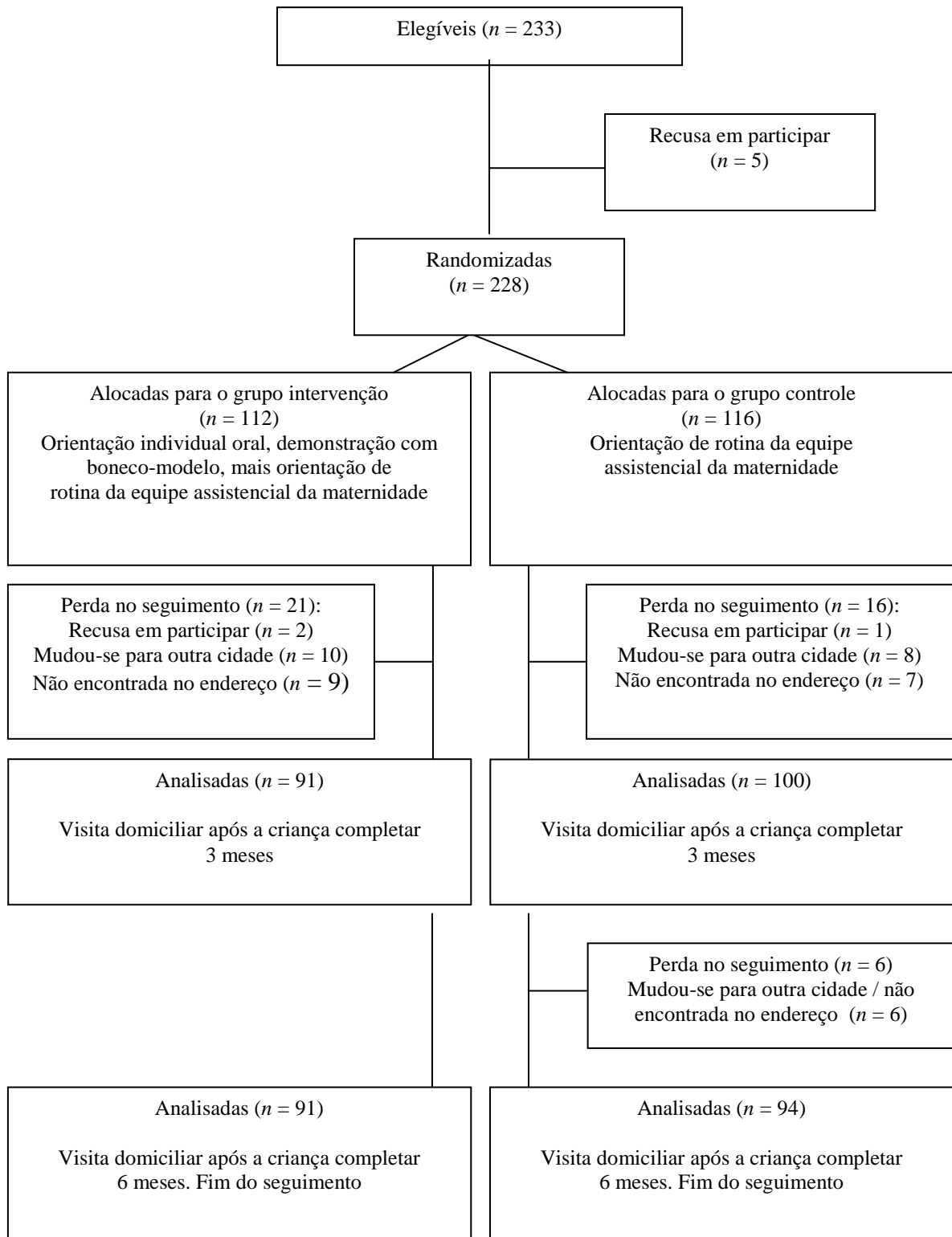


Figura 1: Fluxo das duplas mãe-criança ao longo do estudo

Tabela 1 – Comparação entre os grupos intervenção e controle: características dos participantes

Variável	Grupo Intervenção n (%)	Grupo Controle n (%)
Mãe		
Idade (anos)		
≤ 19	19 (47,5)	21 (52,5)
> 19	93 (49,5)	95 (50,5)
Raça		
Branca	74 (49,3)	76 (50,7)
Não Branca	38 (48,7)	40 (51,3)
Situação conjugal		
Casada c/ companheiro	92 (53,5)	80 (46,5)
Sem companheiro	20 (35,7)	36 (64,3)
Escolaridade		
≤ 8ª série	35 (45,5)	42 (54,5)
> 8ª série	77 (68,8)	74 (63,8)
Paridade		
Primípara	67 (48,9)	70 (51,1)
Multípara	45 (49,5)	46 (50,5)
Consultas pré-natais		
< 6	17 (50,0)	17 (50,0)
≥ 6	95 (48,9)	99 (51,1)
Tabagismo durante a gestação		
Sim	26 (48,1)	28 (51,9)
Não	86 (49,4)	88 (50,6)
Orientação sobre posição da criança dormir antes do nascimento		
Sim	61 (52,6)	55 (47,4)
Não	51 (45,5)	61 (54,5)
Orientação sobre posição da criança dormir pela equipe assistencial na maternidade		
Sim	22 (49,9)	23 (50,1)
Não	90 (49,1)	93 (50,9)
Criança		
Sexo		
Masculino	63 (48,8)	66 (51,2)
Feminino	49 (49,5)	50 (50,1)
Peso de nascimento (g)	3277,72 (424,28)*	3289,14 (472,97)*

* Valores expressos como média (desvio padrão)

ARTIGO 1: versão em Inglês**INFANT SLEEP POSITION: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF AN
EDUCATIONAL INTERVENTION IN THE MATERNITY WARD IN PORTO
ALEGRE, BRAZIL**

Roberto Mário Silveira Issler, MD, MSc, Paulo José Cauduro Marostica, MD, PhD, and
Elsa Regina Justo Giugliani, MD, PhD.

Roberto Mário Silveira Issler, Paulo José Cauduro Marostica, and Elsa Regina Justo Giugliani
are Professors in the Department of Pediatrics, School of Medicine, Federal University of Rio
Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

Partial financial support was provided by FIPE/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil.

The abstract was presented in the SIDS Xth International Conference, Portsmouth, England,
June 23-26, 2008 and published in: *Foresinc Sci Med Pathol* 2008;5(2):6-7. DOI
10.1007/s12024-008-9058-4.

Address correspondence to Roberto Mário Silveira Issler, Departamento de Pediatria e
Puericultura, Faculdade de Medicina, UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2400 – Bairro Santa
Cecília, 90035-003 – Porto Alegre, RS, Brazil.

Published in *Birth*, 2009;36:115-21.

Phone/fax: 55+51+33438286 (personal)

E-mail: robertoissler@terra.com.br

ABSTRACT

Background: Few studies in Brazil have been published about sudden infant death syndrome (SIDS), and none has addressed the mother's orientation about placing the infant to sleep in the supine position. The aim of this study was to evaluate the effect on mothers of an individual educational intervention in the maternity ward about infant sleep position. **Methods:** A randomized clinical trial was conducted with a study sample of 228 mother-infant pairs assigned to an intervention or a control group. The intervention consisted of an individual orientation session at the maternity ward, at which folders and an oral explanation were given to mothers at discharge about the importance of the supine position as a preventive measure for SIDS. The outcome was the sleeping position at 3 months of age assessed during a home visit. The variables with $p < 0.2$ at a bivariate analysis were included in a logistic regression model. **Results:** Among mothers in the intervention group, 42.9 percent put their infants to sleep in a supine position at the 3-month visit, compared with 24 percent of mothers in the control group ($p=0.009$). The intervention at the hospital was the only variable that influenced maternal practices with respect to infant sleep positioning (OR 1.33; 95% CI 1.08-1.64). **Conclusions:** An individual educational session in the maternity ward about infant sleep position significantly increased the prevalence of supine position for sleeping in the infant's third month. Nevertheless, the intervention was not sufficient to guarantee that most mothers would put their infants to sleep in the recommended position.

Key words: Sudden infant death syndrome; sleep position; child health

Sudden infant death syndrome (SIDS) is defined as “the sudden death of an infant under one year of age, which remains unexplained after a thorough case investigation, including performance of a complete autopsy, examination of the death scene, and review of the clinical history” (1).

Few studies in Brazil have been published that related to SIDS. A study in Pelotas, a town in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, where the infant mortality rate was 38.8 per 1,000 live births in the years 1982-1983, reported that the infant mortality rate attributed to SIDS was approximately 1.6 per 1,000 live births (4% of the total) (2). Other studies in Porto Alegre and Passo Fundo, cities in the same state, estimated that the infant mortality rates from SIDS were 0.45 per 1,000 and 1.75 per 1,000 live births, respectively (3, 4).

The risk factors shown to be related to SIDS (5-8) include young maternal age, low maternal education, maternal smoking during pregnancy, infant age 2 to 4 months, male infants, prematurity, low birth weight, and prone sleeping position. Since infant sleep position is a risk factor that is easily modifiable in comparison with other factors, interventions aimed at motivating mothers to put their infants to sleep in a supine position have had a significant impact on decreasing infant mortality rates from SIDS in New Zealand, Australia, United States, Norway, Sweden, and Great Britain (9-14). Since 1992, the American Academy of Pediatrics has recommended that infants should be placed to sleep in the supine position (15), which is the only position currently recommended (16).

In Brazil, however, even in teaching hospitals, which offer pediatric residency programs, the supine position for infant sleep is not routinely recommended, either during the hospital stay or at discharge (17). Unfortunately, government policies and public campaigns for the population in general about SIDS are lacking. In addition, health professionals have little knowledge and practice concerning SIDS prevention. The aim of this study was to verify

the impact of an individual educational intervention about infant sleeping position that was given to mothers after delivery and during their hospital stay.

Methods

A randomized clinical trial was conducted to determine whether individual education about infant sleep position given to postpartum women in the maternity ward would change their practice at home. The study participants were mothers and their infants living in a previously selected area of Porto Alegre who were born from September 2005 to September 2006. The mother-infant pairs were selected at the maternity ward of the Hospital de Clínicas in Porto Alegre, a large teaching hospital located in the capital of Rio Grande do Sul, a city with approximately 1.4 million inhabitants. Approximately 90 percent of the hospital admissions is covered by the Government Health Care and Insurance Program.

The area from which the mothers were selected was limited by convenience. It is a more central region of the town, easily accessible and with lower urban violence rates, which is home to approximately 40 percent of the population, including districts with diverse socioeconomic status (18). Mothers with severe physical handicaps or mental health problems (e.g., profound depression or overt schizophrenia) were excluded from the study sample. After signing a consent form, the mothers were assigned to the intervention or control group.

The randomization was performed in blocks of one week, randomized in groups of four consecutive weeks (monthly blocks) by tossing a coin for each week, establishing the study groups (intervention or control). The study participants were included in the sample only from Mondays to Fridays (excluding weekends) to avoid contact between the two groups and minimize the possible effect of contamination. The study was approved by the Ethics Review Board of Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

In the maternity ward on the morning of hospital discharge, the mothers answered a questionnaire about socioeconomic and demographic data, prenatal care information, and

their knowledge and attitudes about the infant's sleeping position. Using a baby doll model, the mothers of both groups showed their favorite position to put the infant to sleep. Mothers of the intervention group were then given a one-on-one education session by the maternity bed and a folder with information about infant sleep positioning. Mothers of both groups received routine orientation from the health care team during their hospital stay. Immediately after collecting the information, the questionnaires were sealed with a tag and signed by the interviewer. This tag was opened by the coordinator of the study at the end of the follow-up period.

When infants were 3 and 6 months of age, home visits were conducted by previously trained medical students. The interviewers were blind with respect to the groups to which mothers were assigned. During this visit, the mothers answered another questionnaire about routine habits related to their infant's sleep (place and position to sleep) and other issues about the care of the infant (breastfeeding, weaning, food introduction schedule, and other health care practices). On arrival at the home, the interviewer observed the position of the infant if he or she was sleeping. Again using the baby doll model, the mothers showed which position they usually put their infants to sleep, which was considered to be the main outcome of the study. We indicated "recommended position" when the mothers put their infants to sleep just in the supine position.

Data Analysis

To estimate the sample size, a previous study performed in Passo Fundo was considered, which showed a prevalence of supine position to sleep of approximately 5 percent (4). Projecting an increase of 20 percent points (from 5% to 25%) in the prevalence of this practice after the intervention, with a 90 percent power and an alpha error (α) of 0.05, a sample of 100 mothers for each group was estimated. Considering the probability of 15

percent of loss in the study follow-up, the total sample needed was calculated to be 230 mothers.

To test the association among the study variables and the main outcome, the Student *t* or chi-square test was used for continuous or categorical variables, respectively. Results with a $p < 0.05$ were considered to be statistically significant.

Results

Of 233 mother-newborn pairs selected for the study, 5 mothers refused to take part, leaving 228 mothers. From these mothers, 112 were allocated randomly to the intervention group and 116 to the control group. Figure 1 shows the flow diagram with the sample of mothers of each group at three different periods of the study. Table 1 shows the comparison of both groups in relation to the variables analyzed at the beginning of the study. The groups were similar, except for the marital status of the mothers. In the intervention group the proportion of women who were married or living with a partner was greater, but this variable was not associated with supine sleep position of the infant.

Approximately 51 percent of the mothers (116/228) received some education about infant sleep position before delivery. The side-lying position was mentioned in 88 percent of the cases (102/116). The main sources of information were family members or friends (82%). Only 20 percent of the mothers (45/228) in both intervention and control groups indicated that they had received education previously from the maternity ward health team about the baby's sleep position. From those, 91 percent (41/45) were advised to put their baby in a side-lying position and 6.7 percent (3/45) in a supine position. Of the whole sample, just 1.3 percent of the mothers were informed about the correct sleeping position recommended for the infant.

During the 3-month visit, only 26 percent of the mothers (50/191) said they had received some information about how to position the infant to sleep, although most (80%, 152/191) had received an appointment with a physician during this period. Family members

and friends were again the main source of information. From those who received information from their physicians (15/191), almost one-half (7/15) were told to put their infants to sleep in a side-lying position.

In the third postpartum month, 42.9 percent of the mothers of the intervention group put their infants to sleep in the recommended position (supine), compared with 24 percent of the control group ($p = 0.009$). In 45.5 percent of all visits (87/191) the infants were observed while sleeping. At those visits, 33 mothers reported that they put their infants in the supine position and among these infants 31 (93.9%) (19 in the intervention group [IG] and 12 in the control group [CG]) were actually sleeping in that position. In the sixth postpartum month, these values were 41.8 and 19.1, respectively ($p = 0.001$).

A hundred and seventy eight of the mother-infant pairs were visited at both 3 and 6 months. Of those, 152 (85.4%) of the pairs mentioned the same position at both visits. Sixteen mothers (7 in the IG and 9 in the CG) reported changing from the recommended position at 3 months to a inadequate position (i.e., any position other than supine) at 6 months. On the other hand, 10 mothers (3 in the IG and 7 in the CG) adopted the recommended position only at the 6-month visit.

The mothers who received the intervention at the hospital had a higher likelihood of putting the infant to sleep in the supine position at the third month visit (OR 1.33; CI 95% 1.08 – 1.64) when compared with the mothers who received just the routine orientation of the health care team of the maternity.

Discussion

This study was the first in Brazil in which an educational intervention was evaluated for the purpose of recommending that mothers should adopt the supine sleep position for their infants. We observed that 42 percent of the mothers who received the intervention put their infants to sleep in the supine position in the third month, compared with 24 percent of the

control group. The mothers of the intervention group had a one third greater chance of putting the infant in the supine position at the third month compared with those of the control group.

In our study, a simple and low-cost strategy was used, with an emphasis on individual education for the mothers in the maternity ward just before their hospital discharge. Other studies with the same purpose showed similar results. In North America, the information received from a physician significantly increased the prevalence of the supine position and decreased prevalence of the prone positioning (19). When the authors analyzed the combined effects of health professionals' orientation, written material, and media campaigns, the impact was even greater (19). In a study with primiparous women in Wyoming, USA, mothers in the maternity ward observed a demonstration of the recommended sleeping position (supine) performed by a nurse with their own infants (20). After the first week following discharge, mothers who observed the intervention put their infants to sleep in the supine position in a significantly higher proportion than those who did not.

In our study, we observed that the intervention caused a significant increase in the prevalence of the supine position at the 3-month visit, and this condition still existed at the 6-month visit. Similar findings have been described in other studies (19, 21). Some research has shown that positioning the infant to sleep in the supine position during routine care at the hospital, together with orientation received from nurses and physicians, were the main factors that made parents choose this position for their infants at home (22-24). It is possible that the same factors may have been operating in our study.

On the other hand, in our study, most health practitioners suggested the side-lying position to sleep. This situation also occurred in studies in other countries and also in Brazil, where the orientation of parents was different from that recommended (25-27). During the home visit, we also observed that health practitioners provided conflicting information to the community. Among parents and health practitioners, fear of possible aspiration by infants

sleeping in the supine position seemed to be great. Some studies have shown that aspiration did not occur after the recommendation to put the infants to sleep in supine position (28-30). On the other hand, the 1992 recommendation from the American Academy of Pediatrics mentioned that infants should be “placed down for sleep on either their side or back” (15), which may be ambiguous. This recommendation is no longer current, since it was observed that infants who were put to sleep on their sides had a higher likelihood of spontaneously turning to prone and presented a higher risk of dying from SIDS (31, 32). It is possible that conflicting information that was different from the intervention offered to the mothers by health practitioners at ambulatory appointments after discharge may have resulted in a less significant effect than expected.

An original aspect of our study was the use of the baby doll model in the maternity ward and in home visits. The use of mannequins as a teaching resource is common in many areas of medicine (33, 34), and in experimental studies related to SIDS (35, 36). The doll models were specially manufactured for this study and had different “gender” and “race” features, providing an interesting and amusing element in the study. It is possible that mothers, by using the doll model to position the infant to sleep, used the same practice in their daily lives, suggesting that our findings are reliable.

Implications for Hospitals in Brazil and Latin America

Some countries have promoted nationwide campaigns to increase the prevalence of the supine position to sleep (13, 21), resulting in a drop in the infant mortality rate from SIDS (19, 31, 37).

Since 2006, parents of all newborn infants in Brazil receive the *Infant Health Booklet*, published and freely distributed by the Ministry of Health. This booklet recommends putting the baby to sleep “on his back” (38). This educational item is possibly the only national

preventive practice policy to prevent SIDS and strictly directed toward the lay public in Brazil.

Brazil and Latin America, indicate little awareness about the risk factors for SIDS. The lack of adequate training of the health care teams who attend mothers may explain the low prevalence of use of the supine position for infant sleep in different countries, including Brazil, and in our study.

Although our study was conducted in the maternity ward of a large teaching hospital in southern Brazil, recommendations about the baby's sleep position, both in the maternity ward and at hospital discharge, are not emphasized among health practitioners. Similar findings were observed in another study of 55 teaching hospitals in Brazil (17), and in a multicenter study in 213 hospitals in 16 countries in Latin America and the Caribbean (39), in which the most recommended sleep position was the side-lying position.

Based on our results, we suggest that the implementation of joint action involving health professionals, government agencies, and communications media in Brazil and other Latin America countries might produce a twofold beneficial result: first, a decrease in the prevalence of the prone position for infant sleep and an increase in the supine position, and second, a decrease in the infant mortality rate from SIDS.

Conclusions

This study demonstrated that routine education about infant sleep position is not adequate in the maternity ward of a teaching hospital in Porto Alegre, Brazil. A simple and low-cost educational intervention can promote changes in the mothers' practices about the sleep position they choose for their infants. Further interventions, such as the education of pediatricians and nurses about the recommended sleep position for infants, in addition to enrollment by media and health agencies in actions related to SIDS prevention, might also increase the number of infants who sleep in the supine position.

Acknowledgments

We thank the team of medical students who collected the data in the maternity ward and home visits: Adriana Rosa Milani, Fabiane Nieto, Márcia Nunes Oliveira, Danusa Graeff Chagas Pinto, Daniela Oliveira Pires, Bianca Fernandes Sarturi, Mateus Breitenbach Scherer, Luis Felipe Silva Smidt, Manoela Chitolina Villetti, and Anelise Schifino Wolmeister.

References

1. Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991;11:677-84.
2. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Teixeira AMB, Ashworth A. Infant mortality in Southern Brazil: a population based study of causes of death. *Arch Dis Child* 1987;62:487-90.
3. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, Costa JC. Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *J Pediatr (Rio J)* 2001;77:29-34.
4. Geib LTC, Nunes ML. The incidence of sudden infant death syndrome in a cohort of infants. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:21-6.
5. Daltveit AK, Irgens LM, Øyen N, Skjærven R, Markestad T, Alm B, et al. Sociodemographic risk factors for sudden infant death syndrome: associations with other risk factors. *Acta Pædiatr* 1998;87:284-90.
6. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *CMAJ* 2006;174:1861-9.
7. Sahni R, Fifer WP, Myers MM. Identifying infants at risk for sudden infant death syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2007;19:145-9.

8. Moon RY, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007; 370: 1578-87.
9. Mitchell EA, Brunt JM, Everard C. Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand: 1986-92. *Arch Dis Child* 1994;70:291-4.
10. Dwyer T, Ponsonby AL, Blizzard L, Newman NM, Cochrane JA. The contribution of changes in the prevalence of prone sleeping position to the decline in sudden infant death syndrome in Tasmania. *JAMA* 1995;273:783-9.
11. Paris CA, Remler R, Daling JR. Risk factors for sudden infant death syndrome: changes associated with sleep position recommendations. *J Pediatr* 2001;139:771-7.
12. Arnestad M, Andersen M, Vege Å, Rognum TO. Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and research. *Arch Dis Child* 2001;85:108-15.
13. Alm B, Norvenius SG, Wennergren G, Skjærven R, Øyen N, Milerad J, et al. Changes in the epidemiology of sudden infant death syndrome in Sweden 1973-1996. *Arch Dis Child* 2001;84:24-30.
14. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314-9.
15. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992;89:1120-6.
16. AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of Sudden Infant Death Syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleep environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.

17. Nunes ML, Martins MP, Nelson EAS, Cowan S, Cafferata ML, Costa JC. Instructions from teaching hospital maternity wards to parents concerning the sleeping position of newborns. *Cad Saude Publica* 2002;18:883-6.
18. Anuário estatístico – PMPA – 2006. Situação demográfica de Porto Alegre (Annual Statistics; Porto Alegre City Administration 2006: Demographic situation of Porto Alegre). [cited 2009 Feb 3]. Accessed Feb 3, 2009. Available at: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuario/usu_doc/situacao_demografica.pdf
19. Willinger M, Chia-Wen K, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998. *JAMA* 2000; 283:2135-42.
20. Goetter MC, Stepan MBF. First-time mothers' selection of infant supine sleep position. *J Perinat Educ* 2005;14:16-23.
21. Lesko SM, Corwin MJ, Vezina RM, Hunt CE, Mandell F, McClain M, et al. Changes in sleep position in infancy – a prospective longitudinal assessment. *JAMA*. 1998; 280: 336-40.
22. Moon RY, Oden RP, Grady KC. Back to Sleep: an educational intervention with Women, Infants and Children Program clients. *Pediatrics*. 2004; 113: 542-7.
23. Colson ER, Bergman DM, Shapiro E, Leventhal JH. Position for newborn sleep: associations with parents' perception on their nursery experience. *Birth* 2001;28:249-53.
24. Rasinski KA, Kuby A, Bzdusek BA, Silvestri J, Weese-Mayer DE. Effect of a sudden infant death syndrome risk reduction education program on risk factor compliance and information sources in primarily black urban communities. *Pediatrics* [serial online] 2003 [cited 2007 Aug 4]; Apr;111(4 Pt 1):e347-54. Accessed Feb 3, 2009. Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/4/e347>
25. Hein HA, Pettit SF. Back to sleep: good advice for parents but not for hospitals? *Pediatrics* 2001;107:537-9.

26. Delzell Jr JE, Phillips RL, Schnitzer PG, Ewigman B. Sleeping position: change in practice, advice, and opinion in the newborn nursery. *J Fam Pract* 2001;50:448.
27. Geib LTC, Nunes ML. Sleeping habits related to sudden infant death syndrome: a population-based study. *Cad Saude Publica* 2006;22:415-23.
28. Hunt L, Fleming P, Golding J, ALSPAC Study Team. Does the supine sleeping position have any adverse effects on the child? : I. Health in the first six months. *Pediatrics* [serial online]; 1997 [cited 2007 Nov 4]; 100(1). Accessed Feb 3, 2009. Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/1/e11>.
29. Krous HF, Masoumi H, Haas EA, Chadwick AE, Stanley C, Thach BT. Aspiration of gastric contents in sudden infant death syndrome without cardiopulmonary resuscitation. *J Pediatr* 2007;150:241-6.
30. Tablizo MA, Jacinto P, Parsley D, Chen ML, Ramanathan R, Keens TG. Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:507-10.
31. Willinger M, Hoffman HJ, Wu KT, Hou JR, Kessler RC, Ward SL, et al. Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States. The National Infant Sleep Position Study. *JAMA* 1998;280:329-35.
32. Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Taylor E, Berry J, Golding J. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *BMJ* 1996;313:191-5.
33. Hussey SG, Ryan CA, Murphy BP. Comparison of three manual ventilation devices using an intubated mannequin. *Arch Dis Child* 2004;89:F490-F493.
34. Bergus G, Kreiter C, Woodhead J, Lawrence J, Franklin E. Using infant mannequins in objective standardized clinical examinations: are there unintended consequences? *Amb Pediatrics* 2006;6:235-8.

35. Elabbassi EB, Chardon K, Telliez F, Bach V, Libert JP. Influence of head position on thermal stress in newborns: simulation using a thermal mannequin. *J Appl Physiol* 2002;93:1275-9.
36. Elabbassi EB, Bach V, Makki M, Delanaud S, Telliez F, Leke A, Libert JP. Assessment of dry heat exchanges in newborns: influence of body position in SIDS. *J Appl Physiol* 2001;91:51-6.
37. SIDS Rate and Sleep Position, 1988-2003 (Deaths per 1,000 Live Births) [cited 2007 Oct 21]. Accessed Feb 3, 2009. Available at: <http://www.nichd.nih.gov/sids/upload/SIDSratebacksleep03.pdf>.
38. Ministério da Saúde. Carteira de Saúde da Criança (Ministry of Health. Infant Health Booklet). Brasília; 2006.
39. Cafferata ML, Althabe F, Belizán JM, Cowan S, Nelson EAS y MAS Study Group para América Latina y el Caribe. (Sleeping position to prevent sudden infant death syndrome in Latin-American and Caribbean hospitals). *An Esp Pediatr* 2002;57: 558-64.

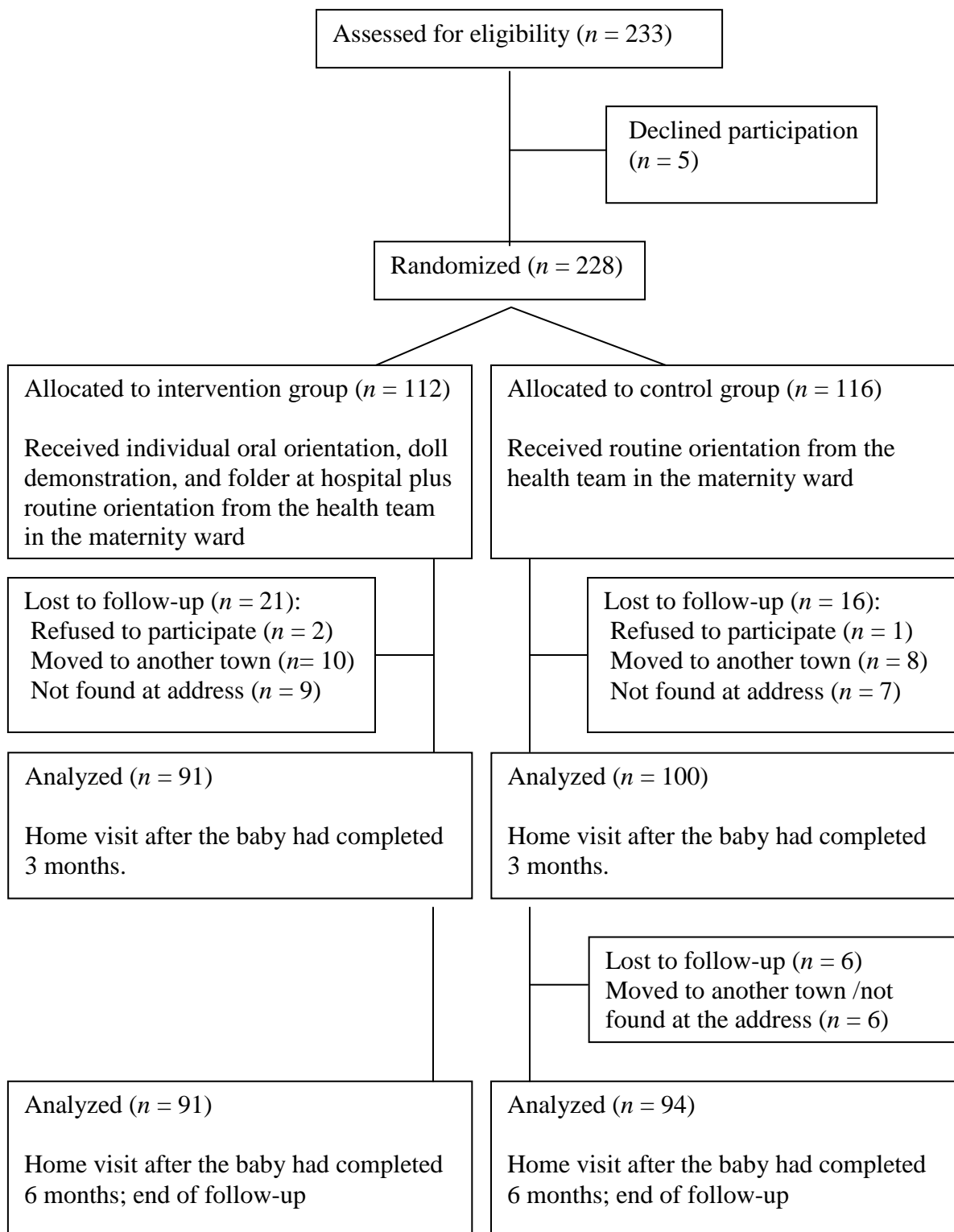


Figure 1: Flow diagram of mother-infant progress to the trial.

Table 1 – Comparison of intervention and control groups: characteristics of participants.

Variable	Intervention Group n (%)	Control Group n (%)
Mother		
Age (years)		
≤ 19	19 (47.5)	21 (52.5)
> 19	93 (49.5)	95 (50.5)
Race		
White Branca	74 (49.3)	76 (50.7)
Nonwhite	38 (48.7)	40 (51.3)
Marital status		
Married / with partner	92 (53.5)	80 (46.5)
Without partner	20 (35.7)	36 (64.3)
Educational level		
≤ 8th grade	35 (45.5)	42 (54.5)
> 8th grade	77 (68.8)	74 (63.8)
Parity		
Primíparous	67 (48.9)	70 (51.1)
Multíparous	45 (49.5)	46 (50.5)
Prenatal appointments		
< 6	17 (50.0)	17 (50.0)
≥ 6	95 (48.9)	99 (51.1)
Smoking during gestation		
Yes	26 (48.1)	28 (51.9)
No	86 (49.4)	88 (50.6)
Orientation about baby sleeping position before birth		
Yes	61 (52.6)	55 (47.4)
No	51 (45.5)	61 (54.5)
Orientation about baby sleeping position by the maternity health care team		
Yes	22 (49.9)	23 (50.1)
No	90 (49.1)	93 (50.9)
Child		
Sex		
Male	63 (48.8)	66 (51.2)
Female	49 (49.5)	50 (50.1)
Birth weight (g)	3277.72 (424.28)*	3289.14 (472.97)*

* Values are expressed as median (standard deviation) or “n (%)”.

ARTIGO 2

COLEITO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM UMA POPULAÇÃO URBANA NO SUL DO BRASIL

Autores: Roberto M S Issler¹, Elsa R J Giugliani¹, Paulo J C Marostica¹, Fabiane Nieto², Adriana R Milani², Anelise S Wolmeister², Daniela O Pires², Mateus B Scherer³, Márcia N Oliveira⁴, Danusa G C Pinto⁵, Bianca F Sarturi⁶, Luis F S Smidt⁶, Manoela C Villetti⁶

¹Professores do Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina, UFRGS

²Médicos residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³Médico residente do Hospital São Vicente de Paula, Passo Fundo, RS

⁴Médica, Prefeitura Municipal de Cachoeirinha, RS; Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵Médica residente, Universidade Federal de Santa Catarina

⁶Acadêmicos de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nenhum dos autores possui qualquer conflito de interesse.

Vínculo institucional do estudo:

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, UFRGS; Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Autor responsável pela correspondência e contatos pré-publicação:

Roberto Mário Silveira Issler

Endereço eletrônico: robertoissler@terra.com.br

Fontes financiadoras: CNPq (concessão de bolsas); FIPE/Hospital de Clínicas (apresentação de resumo em evento internacional).

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência de coleito de mães e lactentes e fatores associados em uma população urbana no sul do Brasil. **Métodos:** estudo transversal aninhado em uma coorte de 233 duplas de mãe-filho selecionadas e identificadas na maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Quando a criança completava três e seis meses de vida, coletavam-se, em visitas domiciliares, dados sobre a prática do coleito e variáveis associadas. O desfecho foi o local onde a criança dormia na maioria das noites. As variáveis com $p < 0,2$ na análise bivariada entraram em um modelo de regressão logística (Poisson). **Resultados:** aos três e seis meses, 31,2% e 28,5% das crianças dormiam junto com suas mães durante a noite. Aos três meses, a prevalência foi maior quando a mãe não tinha companheiro (razão de prevalência (RP): 1,56; intervalo de confiança (IC): 1,01–2,39) e quando coabitava com a avó materna da criança (RP=1,70; IC=1,09–2,65). **Conclusão:** a prevalência de coleito na população estudada é alta, associando-se principalmente a fatores relativos à estrutura familiar (mãe sem companheiro e coabitação com a avó materna).

Palavras-chave: Coleito. Criança. Cuidado do lactente.

ABSTRACT

Objective: To verify the prevalence of bedsharing and the factors associated with this sleeping environment in a Southern Brazil urban population. **Methods:** cross-sectional nested cohort study with 233 pairs of mothers and infants selected and identified in the maternity of “Hospital de Clínicas de Porto Alegre”. When the infant was three and six months old, home visits were performed to collect data about bedsharing and associated variables. The main outcome was the place where the child slept at the majority of nights. The variables with $p < 0.2$ were included in a logistic regression model (Poisson). **Results:** at three and six months, 31.2% and 28.5% of the infants slept with their mothers during the night. At three months the prevalence was greater when the mother was single (prevalence ratio (PR) =1.56; confidence interval (CI) =1.01–2.39) and when the mother shared the home with infant’s maternal grandmother (PR 1.70; CI 1.09–2.65). **Conclusion:** the prevalence of bedsharing in the study population is high and is mainly associated with factors related to family structure (single mother and sharing the home with infant’s maternal grandmother).

Keywords: Bedsharing. Infant. Infant care.

INTRODUÇÃO

Uma variedade de arranjos em relação ao ambiente de dormir das crianças é observada no mundo (1, 2). Diversos fatores, como ambiente físico, tamanho da família, nível socioeconômico, aspectos culturais, hábitos alimentares do bebê e comportamentos quanto aos cuidados com as crianças pequenas, entre outros, determinam onde os pais irão colocar seus filhos para dormir nos primeiros anos de vida (3-7).

A prática de coleito entre pais e seus filhos é controversa. Entre os aspectos favoráveis dessa prática constatados, incluem-se frequência maior de amamentação (8); maior interação física entre mãe e filho, fortalecendo o vínculo entre eles (9); e despertar mais frequente de mães e crianças, com possível proteção de lactentes em risco de morte súbita (10). Por outro lado, há relatos de que dividir a cama com os pais aumenta o risco de morte súbita do lactente (11), especialmente se for em um sofá (12).

A prevalência de coleito de mães e crianças varia consideravelmente, de 2% a 88%, segundo estudo realizado em países das Américas, Europa, Ásia e Oceania (3). Nos Estados Unidos, observou-se um aumento de 5,5% para 12,8% na prevalência desse arranjo para dormir entre os anos de 1993 e 2000 (13). No Brasil, onde estudos nessa área são escassos, observou-se prevalência de 46% no final do primeiro ano em Passo Fundo (14) e de 44% nos primeiros três meses de vida em Pelotas (15), ambas cidades do Rio Grande do Sul.

Tem sido descrita maior prevalência de coleito em mães de renda mais baixa (13-15), negras (15), mais jovens (3, 13, 14), com menor escolaridade (13, 14), solteiras (3, 16), com maior paridade (3, 14) e que amamentam o filho (17, 18), entre outras. Nesses estudos, variáveis como coabitação com a avó materna da criança e hábito de fumar não foram avaliadas.

Uma vez que a orientação sobre o coleito tem gerado controvérsias na literatura, é importante conhecer sua prevalência em nosso meio e os fatores a ele associados, objetivos deste estudo.

Métodos

Trata-se de estudo transversal aninhado em uma coorte.

A amostra consistiu das mães residentes em uma área previamente delimitada do município de Porto Alegre e seus recém-nascidos, selecionados no alojamento conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de setembro de 2005 a setembro de 2006. A cidade, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), possui cerca de 1,4 milhão de habitantes. O HCPA é um hospital-escola de grande porte, com aproximadamente 90% dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A área delimitada, onde reside cerca de 40% da população do município, compreende bairros mais centrais, de fácil acesso, com baixos índices de violência urbana e de diferentes estratos sociais (20). Não foram incluídas na amostra as mães com problemas de saúde física ou mental (deficiência física, depressão ou esquizofrenia de difícil tratamento, por exemplo) que comprometessem os cuidados de rotina de seus filhos ou que, por algum outro motivo, tivessem que ser afastadas deles. Na manhã da alta da maternidade, após assinar termo de consentimento informado, as mães respondiam questões sobre variáveis socioeconômicas e demográficas, história gestacional e sono da criança. Quando a criança completava três e seis meses de vida, acadêmicos de medicina previamente capacitados realizavam visitas domiciliares em que as mães respondiam um questionário sobre rotinas associadas ao sono do filho e questões relativas aos cuidados da criança.

O desfecho principal do estudo foi o local onde a criança costumava dormir à noite, por ocasião da visita aos três e seis meses de idade, por ser este o período de maior prevalência da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) (21-23). As variáveis de

exposição foram: em relação à criança: sexo; em relação à mãe: idade, situação conjugal, escolaridade, paridade, fumo na gestação, coabitação com a avó materna e aleitamento materno (exclusivo ou não, aos três meses). Aleitamento materno, por sua vez, é a situação na qual a criança recebe leite materno diariamente, independentemente de receber ou não outros alimentos. (24).

Neste estudo, coleito foi definido como o compartilhamento do espaço de dormir da mãe com seu filho (6).

Para estimar o tamanho da amostra, os seguintes parâmetros foram considerados: poder de 80%, intervalo de confiança de 95%, razão de chance de 2,7 e prevalência de coleito nos primeiros três meses de vida de 44% (14). O número mínimo de sujeitos variou de 135 a 188, dependendo da prevalência da exposição aos diferentes fatores de risco que foram estudados (15% a 61%).

Para testar associações entre algumas variáveis materno-infantis com o desfecho, foi aplicado o teste de qui-quadrado, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com $p < 0,05$. As variáveis com um $p < 0,2$ na análise bivariada foram incluídas em um modelo de análise multivariada (regressão de Poisson).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados

A amostra constituiu-se de 233 mães e seus recém-nascidos. Cinco delas se recusaram a participar, restando 228 mães. Destas, 43 (18,4%) foram perdidas no seguimento (recusa em participar: 3; mudança para outra cidade: 24; não residentes no endereço: 16), o que resultou em 192 duplas visitadas aos três meses e 186 aos seis meses.

Em relação ao local de dormir na visita aos três meses, 60 crianças (31,2%; IC 24,64 – 37,75) dormiam na cama com os pais, ou somente com a mãe, durante a noite. Destas, 50 (83%) dormiam do lado da mãe. Aos seis meses, a prevalência de coleito foi de 28,5%

(53/186). A proporção de crianças que dormiam ao lado da mãe foi semelhante à dos três meses (43/53 – 81%).

A Tabela 1 mostra que, na análise bivariada, aos três meses houve associação estatisticamente significativa entre o desfecho e ausência de companheiro e coabitação com a avó materna. Aos seis meses a situação conjugal da mãe manteve significância estatística com o desfecho.

Outras duas variáveis com $p < 0,2$ (idade e escolaridade da mãe) foram incluídas no modelo de regressão múltipla, mediante cálculo de razão de prevalências, cujos resultados são mostrados na Tabela 2. Quando analisadas por esse modelo, a falta de companheiro da mãe e a coabitação com a avó materna da criança mantiveram-se associadas significativamente com a prática do coleito. Nesses casos, observou-se probabilidade 1,6 e 1,7 vezes maior, respectivamente, de a mãe dormir com seu filho à noite na mesma cama. Utilizando o mesmo modelo, aos seis meses apenas a idade da mãe manteve associação significativa com o desfecho (dados não apresentados).

Discussão

Este estudo mostrou uma prevalência de coleito de 31,2% aos três meses de vida da criança. No estudo de Passo Fundo (14), ela foi de 44% aos três meses e, no de Pelotas (15), de 45% aos 12 meses. É possível que a maior prevalência de coleito nessas cidades se deva ao fato de estarem localizadas no interior do estado, onde o hábito de dormir junto com os pais talvez seja mais frequente do que em um centro urbano maior, como Porto Alegre. Além disso, aqueles estudos foram realizados com coortes de crianças nascidas naqueles municípios no período de um ano, enquanto que o presente estudo investigou um grupo de mães que viviam em uma região delimitada do município de Porto Alegre e que tiveram seus filhos em um único hospital da cidade. É possível que a inclusão de uma amostra da população de mães provenientes de outros hospitais de Porto Alegre pudesse originar resultados diferentes.

Entre os fatores estudados, as variáveis de interesse que mantiveram associação com o coleito na análise multivariada foram a situação conjugal da mãe – sem companheiro – e o fato de coabitar com a avó materna da criança. Outros estudos também mostraram associação entre mãe sem companheiro e coleito (3, 18, 25), achado, no entanto, não observado por outros autores (17). Na população aqui estudada, a falta de um companheiro com quem compartilhar o local de dormir e a responsabilidade de cuidar da criança parecem favorecer o arranjo da mãe e seu filho dormirem na mesma cama.

Há relatos de que a avó materna pode influenciar na posição de dormir da criança (26), mas desconhecem-se referências sobre a associação entre coabitar com a avó materna e coleito da mãe e sua criança. Possivelmente, a relação entre coabitação da mãe com a avó materna e coleito esteja associada à limitação de espaço físico (superfícies ou cômodos separados na casa) para mãe e filho dormirem separados. A influência da avó materna na decisão da mãe quanto ao local da criança dormir não foi investigada neste estudo.

Estudos na Inglaterra e nos Estados Unidos mostraram uma forte associação do coleito com maior prevalência do aleitamento materno (8, 17, 27), sendo, sob essa análise, o coleito considerado uma prática recomendável. A associação causal entre aleitamento materno e coleito é questionada por alguns autores, já que mães que desejam amamentar possivelmente também preferiram praticar o coleito (27). O delineamento dos estudos não permite esclarecer se o coleito promove o aleitamento materno ou vice-versa (6, 27). Na população estudada, não se observou associação entre a adoção do coleito e a prevalência de aleitamento. As altas taxas de aleitamento materno aos três meses (86%) e aos seis meses (74%) aqui observadas, diferentemente do que ocorre na Inglaterra e nos Estados Unidos, pode ter concorrido para estes achados discordantes. As mães referem que escolhem esse arranjo para dormir porque é mais natural, facilita o aleitamento e estimula o vínculo com o filho (9). Um estudo recente com uma coorte de crianças de Pelotas, RS, mostrou que a prática do coleito aos três meses

era um fator de proteção contra o desmame aos 12 meses de vida da criança (19). Esse achado ocorria de maneira independente do tipo de aleitamento aos três meses de vida e o efeito protetor era maior para aquelas crianças em amamentação exclusiva.

Certamente outros fatores sociais e culturais não avaliados neste estudo influenciam e determinam a prática do coleito. Um estudo realizado no Japão mostrou que aos 15 anos de idade uma criança daquele país tem 50% de possibilidade de dormir com um ou ambos os pais (28).

Existem divergências quanto aos benefícios e riscos do coleito. Tem sido descrita associação entre SMSL e coleito, especialmente entre crianças que dormem com seus pais em um sofá (12), filhos de mães mais jovens (16) ou filhos de mães fumantes ou que ingeriram bebida alcoólica (29). Se tal associação existe, fica difícil explicar por que em locais onde a prevalência do coleito é elevada, como em Hong Kong, por exemplo, a taxa de mortalidade por morte súbita é baixa (0,3/1.000) (30). Além do hábito de colocar a criança para dormir em posição supina, é possível que outros fatores, como baixa prevalência de tabagismo entre as mães, maior estabilidade social, apoio familiar e reduzido número de casamentos de mulheres jovens expliquem esse achado. Sendo assim, outros fatores associados ao coleito podem interferir, positiva ou negativamente, na exposição ao risco para SMSL.

Para os que defendem o coleito, a prática é fundamental para o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (2), promove o despertar mais frequente da criança (o que seria um fator de proteção para a SMSL) (10) e tem efeitos positivos duradouros até a adolescência e idade adulta (2). Segundo McKenna e colaboradores (32), “nenhum arranjo para dormir está associado com um resultado único para todos os bebês em todas as circunstâncias, o que aponta para a necessidade de os médicos fazerem recomendações abrangentes que contemplem a diversidade de interações e condições a que as crianças possam estar expostas durante a noite” (p. 40A). Afinado com essa linha de pensamento, Blair

(33) afirma que “seria impreciso e muito simplista apresentar uma afirmação em preto ou branco em relação ao coleito” (p. 31A).

Antes de contra-indicar formalmente o coleito e “demonizar a cama dos pais” (34), é recomendável orientar os pais sobre situações que, associadas ao coleito, colocam a criança em maior risco para morte súbita, como adormecer junto com a criança em um sofá ou consumir álcool ou drogas antes de deitar (34).

Os profissionais de saúde devem ser cautelosos quanto a promover ou desaconselhar o coleito, considerando também a preferência dos pais, o contexto cultural e ambiental e a estrutura familiar, já que essa prática pode trazer tanto benefícios como riscos, de acordo com certas particularidades desse arranjo para dormir.

Referências

1. Nelson EAS, Taylor BJ. International child care practices study: infant sleeping environment. *Early Human Develop* 2001;62:43-55.
2. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breastfeeding. *Paed Respirat Review* 2005;6:134-52.
3. Tuhoj PG, Counsell AM, Geddis DC. Sociodemographic factors associated with sleeping position and location. *Arch Dis Child* 1993;69:664-6.
4. McKenna JJ. Sudden infant death syndrome in cross-cultural perspective: is infant-parent co-sleeping protective? *Ann Rev Anthropol* 1996;25:201-16.
5. Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 339-46.
6. Thoman EV. Co-sleeping, an ancient practice: issues of the past and present, and possibilities for the future. *Sleep Med Review* 2006;10:407-17.

7. Jenni OG, O'Connor BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics* 2005;115:204-16.
8. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214-9.
9. Baddock SA, Galland BC, Taylor BJ, Bolton DPG. Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics* 2007;119:e200-7.
10. Mosko S, Richard C, McKenna JJ. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1997;100:841-9.
11. Mitchell EA, Scragg R. Are infants sharing a bed with another person at increased risk of sudden infant death syndrome? *Sleep* 1993; 16:387-9.
12. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nardin P, *et al.* CESDI SUDI research group. Babies sleeping with parents: case-control study of the factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999;319:1457-62.
13. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:43-9.
14. Geib LTC, Nunes ML. Hábitos de sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional. *Cad Saude Publica* 2006;22:415-23.
15. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A. Epidemiology of co-sleeping and nighttime waking at 12 months in a birth cohort. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:114-22.
16. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Revenis M, Das A, Clemens JD. Infant-parent bedsharing in an inner-city population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:33-9.
17. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106-10.

18. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, *et al.* Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141-9.
19. Santos IS, Mota DM, Matijaqsevich A, Barros AJD, Barros FCF. Bedsharing at three months and breastfeeding at one year in Southern Brazil: data from the 2004 Pelotas birth cohort. *J Pediatr* 2009;155:505-9.
20. Anuário estatístico – PMPA – 2007. Situação demográfica de Porto Alegre. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuario/usudoc/situacaodemografica.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2009.
21. AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleep environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
22. Hunt C; Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *CMAJ* 2006; 174:1861-9.
23. Moon RY, Horne RSC, Hauck F. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007; 370:1578-87.
24. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. consensus meeting. Washington, DC, USA, 2007.
25. Lahr MB, Rosenberg KD, Lapidus JA. Maternal-infant bedsharing: risk factors for bedsharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. *Matern Child Health J* 2007;11:277-86.
26. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Mehta N, Melnick VL, Revenis M, *et al.* Prevalence and predictors of the prone sleep position among inner-city infants. *JAMA* 1998;280:341-6.
27. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;3:181-8.

28. Caudill W, Plath DW. Who sleeps by whom? Parent-child involvement in urban Japanese families. *Psychiatry* 1966;29:344-66.
29. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, Stewart AW, Ford RPK, Thompson JMD, *et al.* Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1993;307:1312-8.
30. Davies DP. Cot death in Hong Kong: a rare problem? *Lancet* 1985;2:1346-9.
31. McKenna JJ, Mosko S, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214-9.
32. McKenna JJ, Volpe LE, Wetherall MA. Sleeping arrangements and feeding practices of high- and low-risk mothers: preliminary observations and implications for sudden infant death syndrome prevention. *Paediatr Child Health* 2006;11 (Suppl A):39A-41A.
33. Blair PS. Sudden infant death syndrome epidemiology and bed sharing. *Paediatr Child Health* 2006;11 (Suppl A):29A-31A.
34. Blair PS, Sidebotham P, Evanson-Coombe C, Edmonds M, Smith EMAH, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009;339:b3666.

Tabela 1 – Distribuição da amostra em relação ao coleito aos 3 meses e aos 6 meses

Variável	3 meses			6 meses		
	Dorme na cama dos pais n (%)	Não dorme na cama dos pais n (%)	<i>P</i>	Dorme na cama dos pais n (%)	Não dorme na cama dos pais n (%)	<i>P</i>
Sexo do bebê						
Masculino	36 (32,7)	74 (67,3)	0,723	32 (30,2)	74 (69,8)	0,671
Feminino	24 (29,3)	58 (70,7)		21 (26,3)	59 (73,8)	
Idade da mãe						
Até 19 anos	14 (49,3)	15 (50,7)	0,054	15 (51,7)	14 (48,3)	0,050
Mais de 19 anos	46(28,2)	117 (71,8)		38 (24,2)	119 (75,8)	
Situação conjugal da mãe						
Com companheiro	38 (25,8)	109 (74,2)	0,006	35 (24,5)	108 (75,5)	0,043
Sem companheiro	22 (48,9)	23 (51,1)		18 (41,9)	25 (58,1)	
Escolaridade da mãe						
≤ 8 anos	23 (38,9)	36 (61,1)	0,170	24 (42,1)	33 (57,9)	0,110
> 8 anos	37 (27,8)	96 (72,1)		29 (22,5)	100 (77,5)	
Coabitação com avó materna da criança						
Sim	33 (44,6)	41 (55,4)	0,003	27 (35,5)	49 (64,5)	0,109
Não	27 (22,9)	91 (77,1)		26 (23,6)	84 (76,4)	
Paridade da mãe						
Primípara	40 (34,1)	77 (65,9)	0,349	34 (29,6)	81 (70,4)	0,807
Múltipara	20 (26,6)	55 (73,4)		19 (26,8)	52 (73,2)	
Fumo na gestação						
Sim	15 (33,3)	30 (67,7)	0,872	14 (34,1)	27 (65,9)	0,476
Não	45 (30,6)	102(69,4)		39 (26,9)	106 (73,1)	
Aleitamento materno aos 3 meses						
Sim	52 (31,3)	114 (68,7)	>0,999	-	-	-
Não	8 (30,8)	18 (69,2)				
Aleitamento materno aos 6 meses						
Sim	-	-	-	39 (28,3)	99 (71,7)	0,905
Não	-	-		14 (29,2)	34 (70,8)	

Tabela 2 – Fatores associados com coleito da mãe e da criança aos três meses de idade.
Modelo de análise multivariada (Poisson)

Variável	Razão de prevalência	Intervalo de confiança	P
Mãe sem companheiro	1,56	1,01 – 2,39	0,049
Mãe coabitando com a avó materna da criança	1,70	1,09 – 2,65	0,019
Escolaridade da mãe < 8 anos	1,37	0,88 – 2,13	0,158
Idade da mãe < 19 anos	1,14	0,69 – 1,90	0,602

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como consumimos cerca de um terço de nossas vidas dormindo, é muito importante com quem, onde e em que posição se passa essa significativa porção de nosso tempo.

O local e a posição em que as crianças dormem, temas principais deste estudo, são objetos de interesse e preocupação desde os primeiros agrupamentos do *Homo sapiens*. Na condição de nômades e vivendo em precárias condições de abrigo, dormir próximo de seus genitores era imprescindível para as crianças obterem alimento e proteção física, garantindo assim sua sobrevivência.

A morte de uma criança em tenra idade foi e continuará sendo um evento de grande sofrimento para os pais e de intensa repercussão em outras pessoas do círculo familiar. O relato bíblico do julgamento do Rei Salomão, possivelmente o primeiro registro conhecido da morte de uma criança durante o sono e as notícias publicadas em jornais ao longo da realização deste estudo mostram o quanto esse tema é atual e quão tristemente a sociedade reage a esse momento de dor.

A busca incessante por uma ou mais causas que expliquem a síndrome da morte súbita do lactente é tema apaixonante entre os pesquisadores ao redor do mundo. Diversas teorias foram aventadas e depois desconsideradas.

Somente estudos recentes, publicados nas décadas de 80 e 90 do século XX, mostraram que a posição para dormir associou-se significativamente com o risco de uma criança morrer durante o sono. Outros fatores tornaram-se objetos de pesquisa, mas o cuidado de colocar a criança para dormir em posição supina teve grande impacto na redução da mortalidade infantil por essa causa em muitos países.

No Brasil, poucos são os estudos que tratam da SMSL. As publicações são escassas e em sua maioria oriundas de pesquisas realizadas no estado do Rio Grande do Sul. O interesse

sobre o assunto tem aumentado, já que a redução da mortalidade infantil por outras causas evitáveis torna crescente a proporção de óbitos pela SMSL. Além disso, uma medida simples, de baixo custo e eficaz, como a recomendação de colocar a criança para dormir em posição supina, já mostrou ser efetiva na redução da mortalidade por essa causa em outros países, sem riscos de outras complicações para a criança.

Mesmo em hospitais com programas de residência médica em Pediatria, não existem programas de capacitação das equipes assistenciais quanto à recomendação para a criança dormir de costas. Na maioria das vezes, recomenda-se que a criança durma de lado, o que também foi constatado neste estudo. Essa prática já foi abolida em muitos países pela maior probabilidade de a criança virar para a posição prona durante o sono e, assim, estar exposta a um risco maior de morrer por SMSL.

Neste estudo, uma estratégia simples e de baixo custo mostrou-se eficaz na mudança de conhecimentos e atitudes das mães sobre a posição de dormir da criança. As mães que receberam a intervenção educativa colocavam suas crianças para dormir de costas numa proporção significativamente maior do que as mães do grupo controle, sendo essa a única variável associada a esse resultado. Constatou-se que o efeito da intervenção se manteve durante as duas visitas domiciliares, aos três e seis meses de vida das crianças. Essas mães seguiram o exemplo demonstrado na maternidade, mesmo com as informações insuficientes e contraditórias que receberam durante o acompanhamento de puericultura nos primeiros seis meses de vida.

Outra questão não menos provocante é o compartilhamento do local de dormir dos pais e seus filhos. Vários são os arranjos para dormir ao redor do mundo, sob a influência de variados fatores sociais, tais como tamanho das famílias, vínculos entre os membros familiares, renda, posição social e disponibilidade de local para a criança dormir separada de seus pais.

Enquanto alguns estudos mostraram benefícios do compartilhamento do leito pela mãe e sua criança, tais como maior ligação afetiva entre elas, maior duração do aleitamento materno e melhores cuidados dispensados à criança, principalmente nos primeiros meses de vida, outros mostraram que a prática do coleito aumenta o risco para SMSL, especialmente se associada ao tabagismo ou à ingestão de bebida alcoólica pela mãe.

Este estudo mostrou que o coleito é bastante comum na população estudada e está associado à mãe sem companheiro e coabitação com a avó materna da criança.

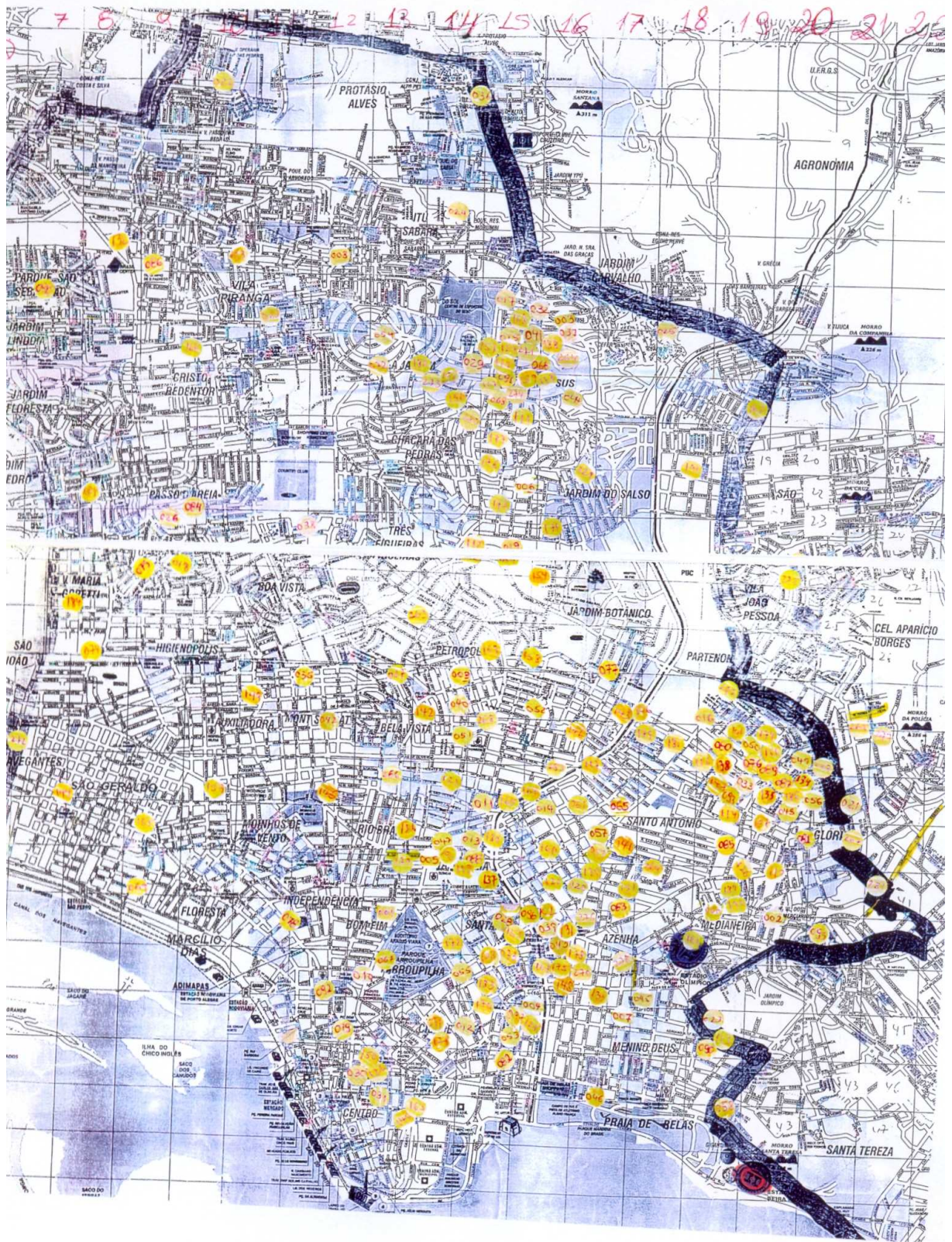
Apesar de alguns organismos internacionais recomendarem a separação do espaço de dormir entre pais e filhos desde os primeiros meses de vida, a controvérsia sobre essa recomendação ainda não está definitivamente resolvida.

Para concluir, comprovou-se a hipótese principal do estudo, já que a intervenção promoveu um aumento significativo da prevalência da posição supina para dormir de crianças nos primeiros seis meses de vida. Mesmo assim, a intervenção educativa não foi suficiente para garantir que a maioria das mães colocasse suas crianças para dormir na posição recomendada.

Abre-se a oportunidade para ampliar e aperfeiçoar estratégias educativas semelhantes e para promover ações voltadas tanto para o público leigo quanto para os profissionais de saúde. O esforço se justifica, pois visa ao bem-estar das crianças e suas famílias, por ajudar a prevenir um evento triste como é a morte de uma criança, no berço, durante o sono.

ANEXO A – Mapa de Porto Alegre com a área delimitada para o estudo e a localização dos domicílios das mães e das crianças

ANEXO B – Questionário aplicado na maternidade do hospital



**ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE O POSICIONAMENTO
DO BEBÊ NO BERÇO**

QUESTIONÁRIO INICIAL

NÚMERO _____

() CONTATO PARA VISITA OK

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____

Registro HCPA: _____ / _____ Leito: _____

Nome do bebê: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento _____ Bairro _____ CEP: _____ - _____

Ponto de referência: _____

Ônibus: _____ Descer em qual parada? _____

Telefone para contato (residencial/celular): _____

Telefone recados: _____ Nome/relação: _____

Há quanto tempo mora nesse endereço: _____

 Pretende mudar-se nos próximos seis meses? () SIM → Para onde? _____
 () NÃO

Melhor horário para visita domiciliar:

() qualquer dia e horário Dia da semana: _____ Horário: _____

NÃO ASSINALE NADA ABAIXO:**CONTATO 1 MÊS PESQUISADOR:**

() Realizado, visita 3º mês confirmada

() Realizado, porém com restrições à visita: _____

Novo contato: __/__/__: _____

() Visita e continuidade do trabalho recusada:

Motivo: _____

1. Data de nascimento do bebê: ____/____/____ DNBEBE
2. Tipo de parto: (1) Parto vaginal (2) Cesariana TIPARTO
3. Se gemelar, assinalar: (1) Sim (2) Não GEMEO
4. Sexo do bebê: (1) masculino (2) feminino SEXOB
5. Peso de nascimento do bebê: _____g PNB
6. Cor da mãe: (1) branca (2)mista (3)negra (4)outra CORM
7. Idade da mãe: ____ anos completos IDMAE
8. Quantos anos de estudo (completos) você tem? _____ ESTMAE
9. Situação marital: CIVMAE
 (1) Casada/mora com companheiro
 (2) Não mora com companheiro
 (3) Sem companheiro
 (4) Outra: _____
10. Alguma avó mora na mesma casa, no mesmo prédio ou no mesmo terreno? MORA
 (1) Sim, avó materna. (2) Sim, avó paterna. (3) Sim, ambas avós. (4) Nenhuma
11. Número de filhos nascidos vivos (incluindo o atual): _____ FILHOS
12. Fez pré-natal nesta gestação? () Sim → número consultas: _____
 () Não (00) PRENAT
13. Fumou durante a gravidez? () Sim → No. Cig/dia: _____
 () Não (00) FUMOGES
14. Alguém fuma em casa?
- Marido/companheiro (1)Sim (2)Não (8)NSA MFUMA
- Avô/avó (1)Sim (2)Não (8)NSA AFUMA
- Outro (tios, irmãos) (1)Sim (2)Não (8)NSA OFUMA

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE POSICIONAMENTO DO BEBÊ NO LEITO

15. Qual a posição em que você acha que o bebê deve ser colocado para dormir? (observe a demonstração e assinale – mais de uma opção é possível):

Lado direito (1) Sim (2) Não	MLADOD
Lado esquerdo (1) Sim (2) Não	MLADOE
De lado (sem especificar lado) (1) Sim (2) Não	MLADOS
Barriga para cima (1) Sim (2) Não	MBARCIM
Barriga para baixo (1) Sim (2) Não	MBARBAI
Qualquer posição (1) Sim (2) Não	MQUALQ
Não sei (3)	MNSEI

16. Alguém da equipe do hospital lhe orientou sobre a posição em que o bebê deve ser colocado para dormir? (Observe a demonstração e assinale – mais de uma opção é possível):

Sim (1) Não (2)	EQUI
Lado direito (1) Sim (2) Não NSA (8)	HLADOD
Lado esquerdo (1) Sim (2) Não NSA(8)	HLADOE
De lado (sem especificar lado) (1) Sim (2) Não NSA (8)	HLADOS
Barriga para cima (1) Sim (2) Não NSA (8)	HBARCIM
Barriga para baixo (1) Sim (2) Não NSA (8)	HBARBAI
Qualquer posição (1) Sim (2) Não NSA(8)	HQUALQ

17. Alguma vez, não agora no hospital, você recebeu alguma informação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir (mais de uma opção é possível)?

Sim (1)	Não (2)			HOSP
Médico	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	MORI
Enfermeira	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	EORI
Familiar	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	FORI
Amiga/vizinha	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	AORI
Outra (1) Sim (Quem? _____)	(2) Não	NSA (8)		OORI

18. Se recebeu, qual o tipo de orientação?

Lado direito	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	LADOD
Lado esquerdo	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	RLADOE
De lado (sem especificar lado)	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	RLADOS
Barriga para cima	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	RBARCIM
Barriga para baixo	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	RBARBAI
Qualquer posição	(1) Sim	(2) Não	NSA (8)	RQUALQ

Data da entrevista:

Entrevistador: _____

Adriana 01 Ane 02 Daniela 03 Danusa 04 Luciana 05 Mateus 06
 Rebeca 07
 Fabiane 08 Márcia 09 Issler 10 Bianca 11 Luis 12 Manuella 13

N

!←----- COINCIDIR A BORDA DA FOLHA AQUI -----> ! ----- ETIQUETAR E RUBRICAR -----

CASO (1)

CONTROLE (2)

ANEXO C – Questionário aplicado na visita domiciliar aos três meses

**ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE O POSICIONAMENTO
DO BEBÊ NO BERÇO**

QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO 3^o MÊS

NÚMERO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____

Endereço: _____

Telefone para contato (se houve mudança): _____

OBSERVAÇÕES AO CHEGAR PARA A ENTREVISTA DOMICILIAR:

1. Quando chegou na casa, o bebê estava acomodado para dormir? HSLEEP3
 Sim (1) Não (2)

2. Se estava, em que peça da casa estava dormindo? LSLEEP3
 (1) No quarto dos pais
 (2) Em seu quarto
 (3) Em outra peça da casa (especificar): _____
 (8) NSA

3. Onde o bebê estava acomodado? OSLEEP3
 (1) No colo da mãe
 (2) Na cama dos pais
 (3) Em um berço
 (4) Em carrinho/moisés
 (5) No chão (sobre colchão, colchonete, almofadas, etc.).
 (6) Outro (especificar): _____
 (8) NSA

4. Em que posição o bebê estava acomodado? PSLEEP3
 (1) Lado direito
 (2) Lado esquerdo
 (3) Barriga para cima
 (4) Barriga para baixo
 (5) Outra: _____

ACOMPANHAMENTO DE PUERICULTURA

5. Após sair do hospital, você levou FULANINHO/A para consultar em algum serviço de saúde?

(1) Sim (2) Não CONS3

Caso tenha consultado, consultou com:

6. Pediatra (1) Sim (2) Não (8) NSA PCONS3

7. Médico de família (1) Sim (2) Não (8) NSA FCONS3

8. Enfermeira (1) Sim (2) Não (8) NSA ECONS3

9. O seu bebê (FULANINHO/A) está mamando no peito? (1) Sim (2) Não SM3

10. O seu bebê está tomando água? (1) Sim (2) Não AGUA3

11. Se estiver recebendo, com que idade começou? CAGUA3

[__] dias de vida

(888) NSA

12. O seu bebê está tomando chá? (1) Sim (2) Não CHA3

13. Se estiver tomando, com que idade começou? CCHA3

[__] dias de vida

(888) NSA

14. O seu bebê está tomando outro tipo de leite? OUTL3

(1) Sim, leite em pó modificado (fórmula infantil).

(2) Sim, leite em pó integral.

(3) Sim, leite integral de caixinha/saquinho.

(4) Sim, mais de um tipo de leite (leite em pó modificado/integral + leite integral).

(8) Não

15. Se estiver tomando, com que idade começou? COUTL3

[__] dias de vida

(888) NSA

16. O seu bebê está tomando suco de fruta? SUCO3

(1) Sim (2) Não

17. Se estiver tomando, com que idade começou? CSUCO3

[__] dias de vida

(888) NSA

18. O seu bebê está comendo papa de fruta? PAPA3
(1) Sim (2) Não

19. Se estiver comendo, com que idade começou? CPAPA3
[___] dias de vida
(888) NSA

20. O seu bebê está comendo papa de cereal? MING3
(1) Sim (2) Não

21. Se estiver comendo, com que idade começou? CMING3
[___] dias de vida
(888) NSA

22. O seu bebê está comendo papa de legumes/vegetais (sopa)? PLEG3
(1) Sim (2) Não

23. Se estiver comendo, com que idade começou? CPLEG3
[___] dias de vida
(888) NSA

-----NÃO ASSINALE NADA NO ESPAÇO ABAIXO -----

24. Tipo de alimentação TFOOD3
(1) Aleitamento materno exclusivo
(2) Aleitamento materno predominante (água, chá, suco, TRO, vitaminas).
(3) Aleitamento materno parcial (LM + outro leite/cereal)
(4) Alimentação de substituição (outra dieta – fórmula, suco, cereal) SEM LM.

DADOS SOBRE HÁBITOS DE DORMIR

25. Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê dorme **durante o dia** (descanso, sesta, etc.)?

- (1) No quarto dos pais PSEST3
 (2) Em seu próprio quarto, sozinho.
 (3) Em outro quarto, com outras pessoas (irmão(s), avó, tio).
 (4) Em outra peça da casa (especificar: _____)
 (5) Não dorme durante o dia

26. Caso o bebê durma durante o dia, **onde** ele dorme na maioria das vezes? OEST3

- (1) Na cama dos pais
 (2) Em um carrinho para bebês
 (3) No bebê-conforto (assento móvel de transporte de bebês).
 (4) Em seu próprio berço (cama para bebês)
 (5) No chão, dentro de moisés/em bebê conforto.
 (6) No chão, sobre colchão/colchonete/almofadas.
 (7) Em outro local (especificar: _____)
 (8) NSA

27. Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê é colocado para dormir **à noite**?

- (1) No quarto dos pais PNOIT3
 (2) Em seu próprio quarto, sozinho.
 (3) Em outro quarto, com outras pessoas (irmão(s), avó, tio).
 (4) Em outra peça da casa (especificar: _____)

28. Onde o bebê é colocado para dormir à noite? ONBIT3

- (1) Em um carrinho para bebês
 (2) No bebê-conforto (assento móvel de transporte de bebês).
 (3) Em seu próprio berço (cama para bebês)
 (4) No chão, dentro de moisés/em bebê-conforto.
 (5) No chão, sobre colchão/colchonete/almofadas.
 (6) Na cama dos pais, no meio dos pais.
 (7) Na cama dos pais, do lado da mãe.
 (8) Na cama dos pais, do lado do pai.
 (9) Em outro local (especificar: _____)

29. Caso o bebê **NÃO SEJA** colocado NA MAIORIA DAS VEZES para dormir na cama dos pais (alternativas 1, 2, 3, 4, 5 ou 9 da pergunta 28), durante a noite ele é retirado do local onde foi colocado para dormir e é levado para a cama dos pais?

(1) Sim (2) Não (8) NSA RETNOIT3

30. Caso o bebê vá para cama dos pais durante a noite, ele: CAMPAI3

- (1) Só mama e após é colocado de volta no seu local de dormir
 (2) Mama e dorme na cama dos pais o resto da noite
 (3) Apenas é levado para dormir na cama dos pais, sem mamar.
 (8) NSA

31. O seu bebê mama durante a noite após a mãe ir para cama dormir? MAMNOIT3
 (1) Sim, 1 vez
 (2) Sim, 2 vezes
 (3) Sim, 3 vezes
 (4) Sim, 4 vezes
 (5) Sim, mais de 4 vezes
 (6) Não mama durante a noite
32. O que o bebê mama durante a noite? QMANOIT3
 (1) Apenas seio materno.
 (2) Seio materno mais água ou chá
 (3) Seio materno mais mamadeira com outro leite.
 (4) Apenas água ou chá
 (5) Apenas mamadeira com outro tipo de leite (fórmula/integral)
 (8) NSA
33. O bebê chupa bico? (1) Sim (2) Não BICO3
34. Qual a idade em que começou a chupar bico? ____ dias (888) NSA IDBICO3
35. O bebê chupa bico todos os dias? (1) Sim (2) Não (8) NSA DIABICO3
36. O bebê chupa bico à noite? (1) Sim (2) Não (8) NSA NOIBICO3
37. A senhora está fumando atualmente? () Sim → no. Cig/dia: ____ ____ CIG3
 (00) Não
38. Mais alguém que mora na casa fuma? (1) Sim (2) Não ALGCIG3
39. Marido/companheiro (1) Sim (2) Não (8) NSA MARCIG3
40. Avó/avô (1) Sim (2) Não (8) NSA AVOCIG3
41. Tio/tia (1) Sim (2) Não (8) NSA TIOCIG3
42. Outra pessoa: _____ (1) Sim (2) Não (8) NSA OUTCIG3

43. Qual a posição em que você coloca o bebê para dormir (observar a demonstração da mãe e assinalar):

- | | |
|--|---------|
| (1) Lado direito | POSDOR3 |
| (2) Lado esquerdo | |
| (3) Barriga para cima | |
| (4) Barriga para baixo | |
| (5) De lado (sem especificar o lado) | |
| (6) Não mostrou nenhuma posição preferencial | |

44. DEPOIS QUE SAIU DO HOSPITAL, você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir?

- | | |
|--------------------|---------|
| (1) Sim (2) Não | APHOSD3 |
|--------------------|---------|

Caso tenha recebido, quem lhe deu essa informação?

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|---------|
| 45. Médico | (1) Sim (2) Não (8) NSA | MEDINF3 |
| 46. Enfermeira | (1) Sim (2) Não (8) NSA | ENFINF3 |
| 47. Familiar | (1) Sim (2) Não (8) NSA | FAMINF3 |
| 48. Amiga/vizinha | (1) Sim (2) Não (8) NSA | AMGINF3 |
| 49. Outra: _____ | (1) Sim (2) Não (8) NSA | OUTINF3 |

50. Se você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir, qual foi essa orientação?

- | | | |
|---|------------------------|--------|
| (1) Lado direito | (2) Lado esquerdo | ORDOR3 |
| (3) Barriga para cima | (4) Barriga para baixo | |
| (5) De lado (sem especificar o lado) | | |
| (6) Não mostrou nenhuma posição preferencial/não lembra a orientação recebida | | |
| (8) NSA | | |

51. A MÃE PERGUNTOU QUAL A POSIÇÃO RECOMENDADA E HOUVE

NECESSIDADE DE REINTERVENÇÃO: (1) Sim (2) Não REINT3

52. FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR SE SE TRATAVA DE INTERVENÇÃO OU

CONTROLE? (1) Sim (2) Não IDENT3

DATA DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR:

Adriana 01 Ane 02 Daniela 03 Danusa 04 Luciana 05 Mateus 06 Rebeca 07
 Fabiane 08 Márcia 09 Issler 10 Bianca 11 Luis 12 Manoela 13

ANEXO D – Questionário aplicado na visita domiciliar aos seis meses

ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE O POSICIONAMENTO DO BEBÊ NO BERÇO

QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO DO 6º. MÊS

NÚMERO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____

Endereço: _____

Telefone para contato (se houve mudança): _____

OBSERVAÇÕES AO CHEGAR PARA A ENTREVISTA DOMICILIAR:

1. Quando chegou a casa, o bebê estava acomodado para dormir? HSLEEP6
 Sim (1) Não (2)
2. Se estava, em que peça da casa estava dormindo? LSLEEP6
 (1) No quarto dos pais
 (2) Em seu quarto
 (3) Em outra peça da casa (especificar): _____
 (8) NSA
3. Onde o bebê estava acomodado? OSLEEP6
 (1) No colo da mãe
 (2) Na cama dos pais
 (3) Em um berço
 (4) Em carrinho/moisés
 (1) No chão (sobre colchão, colchonete, almofadas, etc.).
 (2) Outro (especificar): _____
 (7) NSA
4. Em que posição o bebê estava acomodado? PSLEEP6
 (1) Lado direito
 (2) Lado esquerdo
 (3) Barriga para cima
 (4) Barriga para baixo
 (5) Outra

ACOMPANHAMENTO DE PUERICULTURA

5. Desde a última vez que eu estive aqui (3º. Mês de vida do bebê) você levou FULANINHO/A para consultar em algum serviço de saúde?

(1) Sim (2) Não CONS6

Caso tenha consultado, consultou com:

6. Pediatra (1) Sim (2) Não (8) NSA PCONS6

7. Médico de família (1) Sim (2) Não (8) NSA FCONS6

8. Enfermeira (1) Sim (2) Não (8) NSA ECONS6

9. O seu bebê (FULANINHO/A) está mamando no peito? (1) Sim (2) Não SM6

10. O seu bebê está tomando água? (1) Sim (2) Não AGUA6

11. Se estiver recebendo, com que idade começou? CAGUA6

[__] dias de vida

(88) NSA

12. O seu bebê está tomando chá? (1) Sim (2) Não CHA6

13. Se estiver tomando, com que idade começou? CCHA6

[__] dias

(88) NSA

14. O seu bebê está tomando outro tipo de leite? OUTL6

(1) Sim, leite em pó modificado (fórmula infantil).

(2) Sim, leite em pó integral.

(3) Sim, leite integral de caixinha/saquinho.

(4) Sim, mais de um tipo de leite (leite em pó modificado/integral + leite integral)

(8) Não

15. Se estiver tomando, com que idade começou? COUTL6

[__] dias de vida

(88) NSA

16. O seu bebê está tomando suco de fruta? SUCO6
(1) Sim (2) Não
17. Se estiver tomando, com que idade começou? CSUCO6
[___] dias de vida
(88) NSA
18. O seu bebê está comendo papa de fruta? PAPA6
(1) Sim (2) Não
19. Se estiver comendo, com que idade começou? CPAPA6
[___] dias de vida
(88) NSA
20. O seu bebê está comendo papa de cereal? MING6
(1) Sim (2) Não
21. Se estiver comendo, com que idade começou? CMING6
[___] dias de vida
(88) NSA
22. O seu bebê está comendo papa de legumes/vegetais (sopa)? PLEG6
(7) Sim (2) Não
23. Se estiver comendo, com que idade começou? CPLEG6
[___] dias de vida
(88) NSA

-----NÃO ASSINALE NADA NO ESPAÇO ABAIXO -----

24. Tipo de alimentação TFOOD6
(1) Aleitamento materno exclusivo
(2) Aleitamento materno predominante (água, chá, suco, TRO, vitaminas).
(3) Aleitamento materno parcial (LM + outro leite/cereal)
(4) Alimentação de substituição (outra dieta – fórmula, suco, cereal) SEM LM.

DADOS SOBRE HÁBITOS DE DORMIR

25. Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê dorme **durante o dia** (descanso, sesta, etc)?

- (1) No quarto dos pais PSEST6
 (2) Em seu próprio quarto, sozinho.
 (3) Em outro quarto, com outras pessoas (irmão(s), avó, tio).
 (4) Em outra peça da casa (especificar: _____)
 (5) Não dorme durante o dia

26. Caso o bebê durma durante o dia, **onde** ele dorme na maioria das vezes? OSEST6

- (1) Na cama dos pais
 (2) Em um carrinho para bebês
 (3) No bebê-conforto (assento móvel de transporte de bebês)
 (4) Em seu próprio berço (cama para bebês)
 (5) No chão, dentro de moisés/em bebê-conforto.
 (6) No chão, sobre colchão/colchonete/almofadas.
 (7) Em outro local (especificar: _____)
 (8) NSA

27. Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê é colocado para dormir **à noite**?

- (1) No quarto dos pais PNOIT6
 (2) Em seu próprio quarto, sozinho.
 (3) Em outro quarto, com outras pessoas (irmão(s), avó, tio).
 (4) Em outra peça da casa (especificar: _____)

28. Onde o bebê é colocado para dormir à noite? ONBIT6

- (1) Em um carrinho para bebês
 (2) No bebê-conforto (assento móvel de transporte de bebês).
 (3) Em seu próprio berço (cama para bebês)
 (4) No chão, dentro de moisés/em bebê-conforto.
 (5) No chão, sobre colchão/colchonete/almofadas.
 (6) Na cama dos pais, no meio dos pais.
 (7) Na cama dos pais, do lado da mãe.
 (8) Na cama dos pais, do lado do pai.
 (9) Em outro local (especificar: _____)

29. Caso o bebê **NÃO SEJA** colocado NA MAIORIA DAS VEZES para dormir na cama dos pais (alternativas 1, 2, 3, 4, 5 ou 9 da pergunta 28), durante a noite ele é retirado do local onde foi colocado para dormir e é levado para a cama dos pais?

(1) Sim (2) Não (8) NSA RETNOIT6

30. Caso o bebê vá para cama dos pais durante a noite, ele: CAMPPI6

- (1) Só mama e após é colocado de volta no seu local de dormir
 (2) Mama e dorme na cama dos pais o resto da noite
 (3) Apenas é levado para dormir na cama dos pais, sem mamar (8) NSA

31. O seu bebê mama durante a noite após a mãe ir para cama dormir? (1) Sim, 1 vez (2) Sim, 2 vezes (3) Sim, 3 vezes (4) Sim, 4 vezes (5) Sim, mais de 4 vezes (6) Não mama durante a noite	MAMNOIT6
32. O que o bebê mama durante a noite? (1) Apenas seio materno (2) Seio materno mais água ou chá (3) Seio materno mais mamadeira com outro leite (4) Apenas água ou chá (5) Apenas mamadeira com outro tipo de leite (fórmula/integral) (8) NSA	QMANOIT6
33. O bebê chupa bico? (1) Sim (2) Não	BICO6
34. Qual a idade em que começou a chupar bico? ____ dias (88) NSA	IDBICO6
35. O bebê chupa bico todos os dias? (1) Sim (2) Não (8) NSA	DIABICO6
36. O bebê chupa bico à noite? (1) Sim (2) Não (8) NSA	NOIBICO6
37. A senhora está fumando atualmente? () Sim → no. Cig/dia: ____ ____ (00) Não	CIG6
38. Mais alguém que mora na casa fuma? (1) Sim (2) Não	ALGCIG6
39. Marido/companheiro (1) Sim (2) Não (8) NSA	MARCIG6
40. Avó/avô (1) Sim (2) Não (8) NSA	AVOCIG6
41. Tio/tia (1) Sim (2) Não (8) NSA	TIOCIG6
42. Outra pessoa: _____ (1) Sim (2) Não (8) NSA	OUTCIG6

43. Qual a posição em que você coloca o bebê para dormir (observar a demonstração da mãe e assinalar):

- | | |
|--|---------|
| (1) Lado direito | POSDOR6 |
| (2) Lado esquerdo | |
| (3) Barriga para cima | |
| (4) Barriga para baixo | |
| (5) De lado (sem especificar o lado) | |
| (6) Não mostrou nenhuma posição preferencial | |

44. Desde a última vez em que eu estive aqui (visita do 3º. mês) você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir?

- | | |
|--------------------|---------|
| (1) Sim (2) Não | APHOSD6 |
|--------------------|---------|

Caso tenha recebido, quem lhe deu essa informação?

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|---------|
| 45. Médico | (1) Sim (2) Não (8) NSA | MEDINF6 |
| 46. Enfermeira | (1) Sim (2) Não (8) NSA | ENFINF6 |
| 47. Familiar | (1) Sim (2) Não (8) NSA | FAMINF6 |
| 48. Amiga/vizinha | (1) Sim (2) Não (8) NSA | AMGINF6 |
| 49. Outra: _____ | (1) Sim (2) Não (8) NSA | OUTINF6 |

50. Se você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir, qual foi essa orientação?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------|
| (1) Lado direito | (2) Lado esquerdo | ORDOR6 |
| (3) Barriga para cima | (4) Barriga para baixo | |
| (5) De lado (sem especificar o lado) | (6) Não mostrou posição preferencial/não lembra | |
| (8) NSA | | |

51. ASSINALE SE A MÃE PERGUNTOU QUAL A POSIÇÃO RECOMENDADA E SE HOUVE NECESSIDADE DE UMA REINTERVENÇÃO: (1) Sim (2) Não REINT6

52. FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR SE SE TRATAVA DE INTERVENÇÃO OU

CONTROLE? (1) Sim (2) Não IDENT 6

DATA DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR:

Adriana 01	Ane 02	Daniela 03	Danusa 04	Luciana 05	Mateus 06
Fabiane 08	Márcia 09	Issler 10	Bianca 11	Luis 12	Manuela 13

ANEXO E – Folheto explicativo oferecido às mães do grupo intervenção

**SÍNDROME DA MORTE
SÚBITA DO LACTENTE**

▶ COMO EVITÁ-LA?

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:

- **COLOCAR O BEBE PARA DORMIR DE BARRIGA PARA CIMA.**

- **AMAMENTE O SEU FILHO. O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA O SEU BEBÊ.**

- **NÃO COLOCAR EXCESSO DE ROUPA PARA O BEBÊ DORMIR.**

- **NÃO COLOCAR O BEBÊ PARA DORMIR EM SUPERFÍCIES MOLES COMO SOFÁS OU COLCHÕES DE ÁGUA.**

- **NÃO FUMAR DURANTE A GRAVIDEZ, OU APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ.**


Responsáveis: Profs Roberto M.S.Issler e Paulo J.C. Marostica
Departamento Pediatria UFRGS



ANEXO G - Manual de orientação para coleta de dados – Questionário do hospital

Esse manual destina-se a orientar a equipe de coleta de dados durante a entrevista com as mães ao longo do estudo.

Antes de se dirigir ao Alojamento Conjunto para entrevistar as mães, verifique se você possui todo o material necessário:

- Lápis/lapiseira, borracha, caneta.
- Questionário de entrevista hospitalar em número adequado
- Termo de consentimento informado (duas vias por paciente)
- Folhas para anotações
- Sacos plásticos para guardar os questionários e termo de consentimento informado
- Crachá de identificação
- Boneco de demonstração

A PARTIR DESSE MOMENTO, VOCÊ MANTERÁ SIGILO, PARA OS ENTREVISTADORES QUE FARÃO AS VISITAS DOMICILIARES, QUANTO AO GRUPO A QUE A DUPLA MÃE/BEBÊ PERTENCE (INTERVENÇÃO OU CONTROLE)

Questionário no Alojamento Conjunto

Dirija-se ao armário de armazenagem do material do estudo, na Sala do Serviço de Neonatologia, e verifique a listagem das mães que terão alta naquele dia e que preenchem os critérios de inclusão. Verificar se as mães elegíveis para o estudo residem na área delimitada. Verifique o endereço e telefone no prontuário e anote, para após conferir com as informações da mãe.

Verifique o número do leito e o nome das pacientes e anote numa folha, para sua orientação.

Caso se trate de parto múltiplo, anote para após realizar um sorteio para alocar apenas um dos bebês no estudo.

Entre no quarto, dirija-se à primeira mãe que será entrevistada e diga:

“Bom dia! Meu nome é Fulano de Tal, sou estudante de Medicina e estamos fazendo um estudo sobre hábitos de dormir dos bebês. A senhora gostaria de participar?”

Se a mãe perguntar sobre o que trata o estudo, explique em poucas palavras que a pesquisa pretende estudar os hábitos de dormir dos bebês, conforme consta nos primeiros parágrafos do Termo de Consentimento Informado (TCI).

Caso a resposta seja positiva, entregue para a mãe o Termo de Consentimento Informado (TCI) e diga:

“Esse é um Termo de Consentimento Informado para assegurar que a senhora foi devidamente informada sobre o assunto do estudo e para garantir sua segurança e tranquilidade. Leia com calma e me pergunte caso tenha alguma dúvida”.

Caso a mãe não queira participar, mesmo após sua explicação e a leitura do TCI, agradeça a gentileza em lhe atender, anote em uma folha à parte o nome da mãe, o sexo do RN, a data da entrevista e o motivo da recusa. Dirija-se então para outra mãe que preencha os critérios de inclusão e repita sua apresentação conforme os parágrafos anteriores, seguindo os mesmos passos.

Caso a mãe queira fazer parte do estudo e tenha alguma dúvida, esclareça APENAS os detalhes pertinentes ao assunto do estudo, atendo-se ao TCI. Após esclarecer as dúvidas ou caso a mãe não tenha qualquer dúvida, coloque a data da entrevista A CANETA no local apropriado, entregue para a mãe assinar AS DUAS VIAS e assine AS DUAS VIAS.

Caso a mãe não saiba ler, você lerá o TCI para a mãe, na presença de uma testemunha (convide a paciente do leito ao lado, uma auxiliar de enfermagem ou outra pessoa da sala). Preencha a data e assine seu nome, solicite NOME COMPLETO E ASSINATURA da pessoa

que testemunhou a leitura do TCI. Solicite emprestada no Posto de Enfermagem a almofada de carimbo e peça licença para a mãe para colocar a marca de seu polegar direito nas duas vias do TCI. Ajude a mãe a limpar o dedo com pedaço de algodão com álcool.

Caso a mãe tenha tido parto múltiplo, explique para ela que APENAS UM dos bebês fará parte do estudo. Faça um sorteio usando pedaços de papel, assinalando “1” para o bebê que nasceu primeiro e assim sucessivamente, segundo a ordem de nascimento. Peça para a mãe retirar um dos papéis e explique para ela que aquele será o bebê identificado para o estudo. Anote ao lado do item “Dados de Gestação” (ver abaixo) que se trata de parto múltiplo, assinalando sua ordem de nascimento.

QUESTIONÁRIO INICIAL – HOSPITAL

Número: não anote nada; o número de ordem de entrada no estudo será determinado pelo pesquisador responsável.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: anote por extenso o nome completo da mãe.

Registro no HCPA: na pasta da paciente obtenha o número de registro no HCPA e anote;

Leito: anote o número do leito da paciente

Nome do bebê: anote o nome próprio que o bebê receberá: caso ainda não tenha nome escolhido, anote NOME NÃO ESCOLHIDO.

Endereço: anote o endereço completo da mãe, com número, complemento e o bairro informado. Se a mãe souber o Código de endereçamento postal (CEP), anotar (XXXXX-XXX). Conferir o CEP após no prontuário ou no Guia de Endereços. Conferir o endereço fornecido pela mãe com o endereço que consta no prontuário, Se houver alguma discrepância, anotar.

Ponto de referência: solicitar para a mãe um ou mais pontos de referência perto de sua casa, para localização quando da visita domiciliar (prédios públicos, estabelecimentos comerciais reconhecidos - supermercado, padaria, loja, etc.). Ônibus/parada: anotar, caso a mãe souber, nome ou número da linha (se for mais de uma, anotar) que passe próximo de sua casa. Anotar o ponto de parada.

Telefone para contato: Anotar o telefone para contato, residencial e/ou celular.

Telefone para recados: se não tiver telefone ou se também puder informar telefone para recados, anotar. Solicitar o nome da pessoa e relação com a mãe (companheiro, mãe, irmã, amiga, vizinha).

Há quanto tempo mora nesse endereço: anotar, em meses ou anos aproximados, o tempo de moradia no endereço da mãe.

Pretende mudar-se nos próximos 6 meses? Perguntar se a família tem planos de mudar de residência no próximo semestre; caso a resposta seja afirmativa, pergunte se a família já sabe o novo endereço e anote, com o máximo de precisão possível.

Melhor horário para visita domiciliar: anotar o dia da semana e o horário mais conveniente para visita domiciliar. Assinale se não houver horário preferencial.

DADOS DA MÃE E DO BEBÊ

Ao lado de cada pergunta, encontra-se o nome que a variável receberá na tabulação dos dados e o respectivo código a ser preenchido. Ao final da entrevista com a mãe, você deverá revisar TODOS os itens e, após, preencher os campos determinados, antes de guardar o questionário no armário. A seguir consta como preencher os dados e interpretar as respostas e os códigos.

1. **Data de nascimento do bebê:** anotar a data de nascimento do bebê, em formato dd/mm/aaaa.

2. **Tipo de parto:** anotar se foi parto vaginal (1) ou cesariano (2).
3. **Gemelar:** se gemelar, assinale (1) sim ou (2) não.
4. **Sexo do bebê:** anotar (1) masculino e (2) feminino
5. **Peso de nascimento do bebê:** anotar, em gramas, com quatro algarismos, o peso de nascimento do bebê.
6. **Cor da mãe:** anotar (1) branca: pele clara, cabelos lisos, traços de raça caucasóide; (2) mista: pele mais escura, cabelos escuros ou ondulados, nariz mais largo; (3) preta: pele escura, cabelo encaracolado, base do nariz larga; (4) outra: indivíduos de raça amarela (orientais) ou parda (origem indígena)
7. **Idade da mãe:** anotar a idade informada pela mãe, em anos completos.
8. **Quantos anos de estudo (completos) você tem?** Anotar os anos de estudo completos até o momento da entrevista. Se a mãe, por exemplo, está estudando (7^a. série do Supletivo 1^o. Grau) anotar 06 anos (até sexta série COMPLETA). Se NUNCA estudou, anotar 00. Na dúvida, anote ao lado a série cursada ou em curso, para posterior esclarecimento.
9. **Situação marital:** (1) casada (união civil oficializada) ou morando com o companheiro/pai do bebê; (2) não mora com o companheiro/pai do bebê; (3) sem companheiro.
10. **Alguma avó mora na mesma casa:** anotar se alguma das avós, ambas ou nenhuma reside no mesmo domicílio da família.
11. **Alguma das avós mora no mesmo terreno?** Anotar se alguma das avós reside em outra casa dentro do mesmo terreno da família do estudo. Considere residir no mesmo terreno como duas residências com comunicação direta (acesso sem restrição física entre as casas – caminho, passagem aberta em portão, etc.). Se houver uma divisão física que impossibilite a passagem entre as duas casas (muro, cerca, etc.), havendo acesso APENAS

pela calçada de uso comum da via pública, **NÃO CONSIDERE COMO MORANDO NO MESMO TERRENO**

12. **Número de filhos nascidos vivos:** anotar o número de filhos nascidos vivos, incluindo a gestação atual. Se esse bebê for o primeiro filho, anotar (01) (dois algarismos nas caselas).
13. **Pré-natal na gestação atual:** caso a mãe tenha feito consultas de pré-natal, anotar o número de consultas, a partir da informação verbal da mãe. Se possível, conferir na carteira de pré-natal, de posse da mãe, ou no prontuário. Se houver discrepância da informação da mãe e dos dados da carteira, prevalece o registro da carteira.
14. **Fumo durante a gestação:** Caso a mãe tenha fumado durante a gestação, assinalar e anotar o número médio de cigarros/dia (dois algarismos – XX) Se a mãe não fumou na gestação, assinalar e codificar (88).
15. **Alguém fuma em casa:** Anotar se mais alguém fuma na casa: marido/companheiro, avô/avó, outros (tios, primos, que residam na mesma casa), independente do número de cigarros/dia. Se alguma das pessoas descritas (marido, avós, outros) não residir na mesma casa, anotar NSA (não se aplica).

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS SOBRE POSICIONAMENTO DO BEBÊ NO LEITO

Explicar para a mãe que você fará algumas perguntas relacionadas aos seus conhecimentos e práticas relacionadas ao modo como o bebê é colocado no berço. Para tanto, você utilizará o boneco-modelo e o berço auxiliar para demonstração. Não coloque o boneco-modelo no berço auxiliar para não influenciar a resposta e a demonstração da mãe.

Diga a ela: “Para responder essas perguntas, vamos utilizar esse boneco. Faz de conta que esse boneco é o/a (Nome do bebê). Eu vou lhe fazer algumas perguntas e vou pedir que você use esse boneco para demonstração”.

16. Qual a posição em que você acha que o bebê deve ser colocado para dormir?

Oferecer o boneco para a mãe e observar em que posição ela coloca o boneco no berço e assinalar.

Se a mãe, ESPONTANEAMENTE, disser que ela coloca em outras posições, pedir que ela demonstre e assinale. Se ela disser que não tem nenhuma posição preferencial, assinalar. Se ela disser que não sabe qual a posição, assinalar.

17. Alguém da equipe do hospital lhe orientou sobre a posição em que o bebê deve ser colocado para dormir (observe a demonstração e assinale).

Se ela disser que não recebeu orientação, assinale NÃO e preencha as outras caselas com NÃO SE APLICA.

Oferecer o boneco para a mãe e observar em que posição ela coloca o boneco no berço e assinalar.

Se ela, ESPONTANEAMENTE, disser que recebeu mais de uma orientação, pedir que ela demonstre e assinale. Se ela disser que recebeu orientação para colocar em QUALQUER POSIÇÃO, assinale.

18. Alguma vez, não agora no hospital, você recebeu alguma informação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir?

Perguntar à mãe se, EXCLUINDO POSSÍVEIS INFORMAÇÕES RECEBIDAS NO HOSPITAL, ela recebeu alguma informação sobre posicionamento do bebê no leito e assinalar. Se não recebeu nenhuma orientação, assinale NÃO e preencha as outras caselas com NÃO SE APLICA.

19. Se recebeu, qual o tipo de orientação? Anotar qual a informação que a mãe diz ter recebido. Se não recebeu nenhuma orientação, assinale NÃO e preencha as outras caselas com NÃO SE APLICA.

SE A MÃE FIZER PARTE DO GRUPO “INTERVENÇÃO”:

Diga: “Gostaríamos agora de lhe orientar sobre qual o posicionamento recomendado para o bebê dormir”.

“A nossa orientação é que o bebê seja colocado para dormir de barriga para cima”

Se a mãe perguntar por que ou disser que recebeu outra orientação no hospital ou em outro local ou que, caso não seja a primeira gestação, costumava colocar o bebê em outra posição, ou mesmo se a mãe não perguntar nada, explique:

“Existe uma doença **rara** chamada Síndrome da Morte Súbita do Lactente. É quando um bebê menor de um ano morre durante o sono em casa SEM NENHUMA CAUSA APARENTE. Observou-se que quando o bebê é colocado para dormir de barriga para cima a chance de isso acontecer é MENOR AINDA. Essa recomendação é feita em diversos países há mais de 10 anos e eles observaram uma diminuição importante das mortes por essa doença. Essas informações estão resumidas nesse folheto que vamos lhe dar (se a mãe não souber ler, leia para ela todo o folheto e explique algum item em que ela tiver dúvida)”.

Reforce, se necessário, os seguintes itens:

- É importante não colocar muita roupa para o bebê dormir; não se deve tapar a cabeça do bebê;
- A amamentação é importante para ajudar o seu bebê a manter-se saudável;
- O tabagismo dos pais é prejudicial para eles, para o bebê e para outros membros da família que convivem na mesma casa.
- Se a mãe perguntar:
 - Meu bebê tem risco de morrer por essa doença?
 - Será que ele não vai se engasgar com leite dormindo de barriga para cima?
 - Outra pergunta ou comentário com esse teor.

Explicar:

“Essa doença é RARA e se a senhora colocar o bebê para dormir de barriga para cima a chance de isso ocorrer É AINDA MENOR! Nesses países onde essa orientação é dada há mais de 10 anos não foi observado que os bebês se engasgavam mais com leite”.

Se a mãe comentar que recebeu outra orientação, durante essa internação ou em outro momento, explique:

“Essa é a orientação que estamos dando para a senhora. O principal objetivo desse estudo é saber como os bebês são colocados para dormir em suas casas. Em caso de dúvidas, a senhora pode entrar em contato com o coordenador do estudo pelo telefone que está na sua cópia do termo de consentimento informado”.

PARA OS GRUPOS “INTERVENÇÃO” E “CONTROLE”:

Após encerrar o questionário, CONFIRA SE TODOS OS ITENS ESTÃO PREENCHIDOS, INCLUSIVE O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.

Agradeça à mãe pela sua colaboração e informe a ela que em dois meses faremos novo contato para agendar uma visita domiciliar para uma nova entrevista.

Dirija-se ao Posto de Enfermagem e confira os dados fornecidos pela mãe com os dados do prontuário: endereço, CEP, telefones; informações sobre as gestações, número de consultas pré-natal, peso do RN e intercorrências durante a internação. Anote em local apropriado, caso haja discrepância nas informações, para posterior conferência.

No final do questionário, anote a data do questionário e seu código de entrevistador.

Assinale no local apropriado se se trata de INTERVENÇÃO (1) ou CONTROLE (2).

Dobre a folha no local indicado, coloque a etiqueta adesiva e aponha sua rubrica.

Coloque as folhas dentro do saco plástico em ordem: questionário e TCI (1 via), bem como suas anotações.

ANEXO H - Manual de orientação para coleta de dados: questionário de seguimento aos três meses

Se for feito contato telefônico para a visita aos três meses, agende sua visita para a data e horário informado pela mãe.

Antes de dirigir-se ao domicílio, verifique mais uma vez seu material para entrevista (lápiz, borracha, caneta, papéis para anotações, crachá de identificação, questionários e boneco-modelo).

Dirija-se ao domicílio e apresente-se. Inicie seu trabalho.

Anote nos dados de identificação o número de ordem do questionário e copie os dados da mãe e da criança, bem como o endereço e telefone para contato.

OBSERVAÇÕES AO CHEGAR PARA A ENTREVISTA DOMICILIAR

Antes de iniciar as perguntas do questionário, observe com discrição e registre:

1. **Quando chegou à casa, o bebê estava acomodado para dormir?** Registre se o bebê estava acomodado para dormir. Se o bebê não estiver acomodado para dormir, registre NÃO. Nesse caso, assinale NSA para as perguntas 2, 3 e 4 a seguir.
2. **Se estiver, em que peça da casa estava dormindo?** Se o bebê não estiver sob sua observação direta, pergunte se o bebê está dormindo e onde e registre conforme as opções.
3. **Onde o bebê estava acomodado?** Registre o local, conforme as opções, onde o bebê estava acomodado para dormir.
4. **Em que posição o bebê estava acomodado?** Observe a posição em que o bebê estava dormindo e registre conforme as opções.

ACOMPANHAMENTO DE PUERICULTURA

5. **Após sair do hospital, você levou (nome do bebê) para consultar em algum serviço de saúde?** Assinale se a mãe levou o bebê para consultar desde a alta hospitalar e a data da visita atual. **Caso tenha consultado, consultou com:** Assinale qual o profissional em que a mãe levou o bebê para consultar (6. Pediatria; 7. Médico de família; 8. Enfermeira).
9. **O seu bebê está mamando no peito?** Assinale se o bebê ainda está sendo amamentando, exclusivamente ou não, independente da frequência.
10. **O seu bebê está tomando água?** Assinale conforme o caso.
11. **Se estiver recebendo, com que idade começou?** Escreva em dias quando a criança começou a tomar água.
12. **O seu bebê está tomando chá?** Assinale conforme o caso.
13. **Se estiver tomando, com que idade começou?** Escreva em dias quando a criança começou a tomar chá.
14. **O seu bebê está tomando outro tipo de leite?** Assinale, conforme o caso, se a criança está tomando outro tipo de leite. Se estiver sendo amamentada exclusivamente, assinale conforme indicado.
15. **Se estiver tomando, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
16. **O seu bebê está tomando suco de fruta?** Assinale conforme o caso.
17. **Se estiver tomando, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
18. **O seu bebê está comendo papa de fruta?** Assinale, conforme o caso.
19. **Se estiver comendo, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
20. **O seu bebê está comendo papa de cereal?** Assinale, conforme o caso.
21. **Se estiver comendo, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
22. **O seu bebê está comendo papa de legumes/vegetais (sopa)?** Assinale, conforme o caso.

23. **Se estiver comendo, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
24. **Tipo de alimentação:** não assinale nada nessa pergunta. O responsável pelo estudo irá verificar as respostas assinaladas e assinalar conforme o caso, para efeito de tabulação.

DADOS SOBRE HÁBITOS DE DORMIR

25. **Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê dorme durante o dia (descanso, sesta, etc.)?** Se o bebê tem o hábito de dormir durante o dia, assinale o local onde ele mais freqüentemente é colocado para dormir. Se o bebê não costuma dormir durante o dia, assinale conforme indicado.
26. **Caso o bebê durma durante o dia, onde ele dorme na maioria das vezes?** Assinale as características do tipo de leito onde o bebê é colocado para dormir durante o dia, conforme o caso. Se o bebê não dormir durante o dia, assinale NSA.
27. **Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê dorme durante a noite?** Assinale o local onde ele mais freqüentemente é colocado para dormir à noite.
28. **Onde o bebê é colocado para dormir à noite?** Assinale as características do tipo de leito onde o bebê é colocado para dormir durante a noite, conforme o caso.
29. **Caso o bebê NÃO SEJA colocado NA MAIORIA DAS VEZES para dormir na cama dos pais (alternativas 1, 2, 3, 4, 5 ou 9 da pergunta 28), durante a noite ele é retirado do local onde foi colocado para dormir e é levado para a cama dos pais?** Assinale, conforme o caso.
30. **Caso o bebê vá para a cama dos pais durante a noite, o que acontece?** Assinale conforme o caso.
31. **O seu bebê mama durante a noite após a mãe ir para a cama dormir?** Assinale se o bebê mama durante a noite após a mãe deitar para dormir.
32. **O que o bebê mama durante a noite?** Assinale conforme o caso.

33. **O bebê chupa bico?** Assinale conforme o caso.
34. **Qual a idade em que começou a chupar bico?** Assinale, em dias, quando a criança começou a chupar bico, conforme o caso.
35. **O bebê chupa bico todos os dias?** Assinale se o bebê chupa bico diariamente.
36. **O bebê chupa bico à noite?** Assinale conforme o caso.
37. **A senhora está fumando atualmente?** Assinale conforme o caso. Se a resposta for “SIM”, anote o número médio de cigarros fumados durante um período de 24h.
38. **Mais alguém que mora na casa fuma?** Assinale conforme o caso (39. Marido/companheiro; 40. Avó/avô; 41. Tio/tia; 42. Outra pessoa; se ninguém fumar na casa, anote “NÃO” na pergunta 38 e “NSA” nas demais).
44. **Qual a posição em que você coloca o bebê para dormir (observar a demonstração da mãe e assinalar).** Utilizando o boneco-modelo, pedir para a mãe demonstrar em que posição ela coloca o bebê para dormir. Assinale conforme o caso.
45. **DEPOIS QUE SAIU DO HOSPITAL, você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir?** Assinale conforme o caso 45. Médico; 46. Enfermeira; 47. Familiar; 48. Amigo-vizinha; 49. Outra (especifique).
50. **Se você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir, qual foi essa orientação?** Assinale, conforme o caso.
51. **A mãe perguntou qual a posição recomendada e houve necessidade de reintervenção?** Caso a mãe pergunte se existe alguma posição recomendada para dormir, ela deve ser informada que a posição recomendada é supina (barriga para cima). Nesse caso, a mãe deverá receber orientação conforme solicitado.
52. **Foi possível identificar se se tratava de caso ou controle?** Assinale se foi possível perceber, através das respostas, perguntas e comentários da mãe, se ela pertencia ao grupo “intervenção” ou ao grupo “controle”.

Escreva a data em que foi realizada a entrevista e o código do entrevistador.

Revise e guarde seu material, agradeça a colaboração da mãe e informe que ela será contatada antes do bebê completar seis meses para uma última visita de acompanhamento do estudo.

Agradeça mais uma vez a colaboração, se despeça e se retire.

ANEXO I - Manual de orientação para coleta de dados: questionário de seguimento aos seis meses

Se for feito contato telefônico para a visita aos seis meses, agende sua visita para a data e horário informado pela mãe.

Antes de dirigir-se ao domicílio, verifique mais uma vez seu material para entrevista (lápiz, borracha, caneta, papéis para anotações, crachá de identificação, questionários e boneco-modelo).

Dirija-se ao domicílio e apresente-se. Inicie seu trabalho.

Anote nos dados de identificação o número de ordem do questionário e copie os dados da mãe e da criança, bem como o endereço e telefone para contato.

OBSERVAÇÕES AO CHEGAR PARA A ENTREVISTA DOMICILIAR

Antes de iniciar as perguntas do questionário, observe com discrição e registre:

1. **Quando chegou à casa, o bebê estava acomodado para dormir?** Registre se o bebê estava acomodado para dormir. Se o bebê não estiver acomodado para dormir, registre NÃO. Nesse caso, assinale NSA para as perguntas 2, 3 e 4 a seguir.
2. **Se estiver, em que peça da casa estava dormindo?** Se o bebê não estiver sob sua observação direta, pergunte se o bebê está dormindo e onde e registre conforme as opções.
3. **Onde o bebê estava acomodado?** Registre o local, conforme as opções, onde o bebê estava acomodado para dormir.
4. **Em que posição o bebê estava acomodado?** Observe a posição em que o bebê estava dormindo e registre conforme as opções.

ACOMPANHAMENTO DE PUERICULTURA

5. **Desde a última vez em que eu estive aqui (3º mês de vida do bebê), você levou (nome do bebê) para consultar em algum serviço de saúde?** Assinale se a mãe levou o bebê para consultar entre a visita do terceiro mês e a data da visita atual. **Caso tenha consultado, consultou com:** Assinale qual o profissional em que a mãe levou o bebê para consultar: 6. Pediatria; 7. Médico de família; 8. Enfermeira.
9. **O seu bebê está mamando no peito?** Assinale se o bebê ainda está sendo amamentando, exclusivamente ou não, independente da frequência.
10. **O seu bebê está tomando água?** Assinale conforme o caso.
11. **Se estiver recebendo, com que idade começou?** Escreva em dias quando a criança começou a tomar água.
12. **O seu bebê está tomando chá?** Assinale conforme o caso.
13. **Se estiver tomando, com que idade começou?** Escreva em dias quando a criança começou a tomar chá.
14. **O seu bebê está tomando outro tipo de leite?** Assinale, conforme o caso, se a criança está tomando outro tipo de leite. Se estiver sendo amamentada exclusivamente, assinale conforme indicado.
15. **Se estiver tomando, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
16. **O seu bebê está tomando suco de fruta?** Assinale conforme o caso.
17. **Se estiver tomando, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
18. **O seu bebê está comendo papa de fruta?** Assinale, conforme o caso.
19. **Se estiver comendo, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
20. **O seu bebê está comendo papa de cereal?** Assinale, conforme o caso.
21. **Se estiver comendo, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.

22. **O seu bebê está comendo papa de legumes/vegetais (sopa)?** Assinale, conforme o caso.
23. **Se estiver comendo, com que idade começou?** Assinale, conforme o caso.
24. **Tipo de alimentação:** não assinale nada nessa pergunta. O responsável pelo estudo irá verificar as respostas assinaladas e assinalar conforme o caso, para efeito de tabulação.

DADOS SOBRE HÁBITOS DE DORMIR

25. **Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê dorme durante o dia (descanso, sesta, etc.)?** Se o bebê tem o hábito de dormir durante o dia, assinale o local onde ele mais freqüentemente é colocado para dormir. Se o bebê não costuma dormir durante o dia, assinale conforme indicado.
26. **Caso o bebê durma durante o dia, onde ele dorme na maioria das vezes?** Assinale as características do tipo de leito onde o bebê é colocado para dormir durante o dia, conforme o caso. Se o bebê não dormir durante o dia, assinale NSA.
27. **Na maioria das vezes, em que peça da casa o bebê dorme durante a noite?** Assinale o local onde ele mais freqüentemente é colocado para dormir à noite.
28. **Onde o bebê é colocado para dormir à noite?** Assinale as características do tipo de leito onde o bebê é colocado para dormir durante a noite, conforme o caso.
29. **Caso o bebê NÃO SEJA colocado NA MAIORIA DAS VEZES para dormir na cama dos pais (alternativas 1, 2, 3, 4, 5 ou 9 da pergunta 28), durante a noite ele é retirado do local onde foi colocado para dormir e é levado para a cama dos pais?** Assinale, conforme o caso.
30. **Caso o bebê vá para cama dos pais durante a noite, o que acontece?** Assinale conforme o caso.
31. **O seu bebê mama durante a noite após a mãe ir para a cama dormir?** Assinale se o bebê mama durante a noite após a mãe deitar para dormir.

32. **O que o bebê mama durante a noite?** Assinale conforme o caso.
33. **O bebê chupa bico?** Assinale conforme o caso.
34. **Qual a idade em que começou a chupar bico?** Assinale, em dias, quando a criança começou a chupar bico, conforme o caso.
35. **O bebê chupa bico todos os dias?** Assinale se o bebê chupa bico diariamente.
36. **O bebê chupa bico à noite?** Assinale conforme o caso.
37. **A senhora está fumando atualmente?** Assinale conforme o caso. Se a resposta for “SIM”, anote o número médio de cigarros fumados durante um período de 24h.
38. **Mais alguém que mora na casa fuma?** Assinale conforme o caso (39. Marido/companheiro; 40. Avó/avô; 41. Tio/tia; 42. Outra pessoa; se ninguém fumar na casa, anote “NÃO” na pergunta 38 e “NSA” nas demais).
43. **Qual a posição em que você coloca o bebê para dormir (observar a demonstração da mãe e assinalar).** Utilizando o boneco-modelo, pedir para a mãe demonstrar em que posição ela coloca o bebê para dormir. Assinale conforme o caso.
44. **Desde a última vez em que eu estive aqui (visita do 3º. Mês), você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir?** Assinale conforme o caso (45. Médico; 46. Enfermeira; 47. Familiar; 48. Amigo-vizinha; 49. Outra (especifique).
50. **Se você recebeu alguma orientação sobre como o bebê deve ser colocado para dormir, qual foi essa orientação?** Assinale, conforme o caso.
51. **A mãe perguntou qual a posição recomendada e houve necessidade de reintervenção?** Caso a mãe pergunte se existe alguma posição recomendada para dormir, ela deve ser informada que a posição recomendada é supina (barriga para cima). Nesse caso, a mãe deverá receber orientação conforme solicitado.

52. Foi possível identificar se se tratava de intervenção ou controle? Assinale se foi possível perceber, através das respostas, perguntas e comentários da mãe, se ela pertencia ao grupo “intervenção” ou ao grupo “controle”.

Escreva a data em que foi realizada a entrevista e o código do entrevistador.

Revise e guarde seu material, agradeça a colaboração da mãe e informe que esta é a última visita e que o grupo do estudo está encerrando seu trabalho de coleta de dados no domicílio.

Entregue o folheto explicativo e explique para ela qual a posição recomendada para dormir e outros detalhes do folheto (orientação para evitar o tabagismo, superfície de dormir, tipo de roupa do bebê e estímulo ao aleitamento materno).

Preencha o Certificado de Participação no estudo com o nome da criança, e coloque a data. Entregue para mãe.

Agradeça mais uma vez a colaboração, se despeça e se retire.

ANEXO J - Termo de consentimento informado

Estamos realizando um estudo sobre os hábitos de dormir dos bebês. Para tanto, iremos entrevistar as mães no Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre antes da alta. Num período de até 6 meses após a alta, as mães serão contatadas duas vezes para responder algumas perguntas sobre os hábitos de dormir de seu/sua filho/a. Essas perguntas serão feitas através de entrevista domiciliar, no horário que for mais conveniente, e terão duração de aproximadamente 30 minutos. Os membros da equipe de coleta de dados estarão identificados por crachá e portarão consigo uma carta de apresentação com o nome e telefone do professor orientador do estudo. O contato para combinar o dia e a hora da visita domiciliar será feito por telefone ou correspondência. O estudo não irá coletar ou realizar exames ou qualquer outra intervenção diretamente com seu bebê. Como benefício, pretendemos conhecer um pouco mais sobre os conhecimentos e práticas das mães sobre os hábitos de dormir de seus filhos. Esse estudo só será realizado se você voluntariamente concordar, estando garantida a sua privacidade e seu anonimato na coleta das informações e na análise dos resultados. Você também poderá, a qualquer momento e sem necessidade de qualquer justificativa, não mais participar do estudo, bastando apenas manifestar seu desejo para o coordenador do estudo. Estando assim esclarecida, solicitamos sua assinatura ao final desse Termo de Consentimento Informado, em duas vias, datada, juntamente com a assinatura do membro da equipe que te entrevistou.

RESSALTAMOS QUE SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA E QUE VOCÊ PODE A QUALQUER MOMENTO ENTRAR EM CONTATO COM O COORDENADOR DO ESTUDO PARA ESCLARECER DÚVIDAS OU SOLICITAR OUTRAS EXPLICAÇÕES QUE VOCÊ JULGAR NECESSÁRIAS.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Nome/assinatura da mãe: _____

Nome/assinatura do entrevistador: _____

Coordenador do Estudo:

Prof. Roberto Mario Silveira Issler

Departamento de Pediatria e Puericultura

Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fone: 2101-8256 (2ª, 3ª, e 5ª. feira, das 13 h as 16 h; 4ª. feira, das 16 h as 19 h)

ANEXO K - Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 04-427

Versão do Projeto: 21/12/2004

Versão do TCLE: 21/12/2004

Pesquisadores:

ROBERTO MARIO SILVEIRA ISSLER

PAULO JOSE CAUDURO MAROSTICA


Título: COMO AS MÃES COLOCAM SEUS BEBÊS NO BERÇO PARA DORMIR? UM ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS E HÁBITOS QUANTO AO POSICIONAMENTO DE LACTENTES NO BERÇO E UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA ASSOCIADA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.


Porto Alegre, 22 de dezembro de 2004.



Profª Nadine Oliveira Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO L - Certificado de participação da criança no estudo

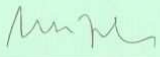
CERTIFICADO



Certificamos que _____
Participou do trabalho sobre Posicionamento do Bebê no Berço, tendo
colaborado para a melhoria dos conhecimentos nessa área.

Muito obrigado e nossos votos de muita saúde e alegrias para toda família.

Porto Alegre, ___ de _____ de _____.



Prof. Roberto Mário Issler
Coordenador do trabalho

Acadêmico Visitador