

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA**

**USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O
DESMAME PRECOCE EM POPULAÇÃO DE
CRIANÇAS NASCIDAS EM HOSPITAL AMIGO DA
CRIANÇA**

MARIA EMILIA DE MATTOS SOARES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA**

**USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O
DESMAME PRECOCE EM POPULAÇÃO DE
CRIANÇAS NASCIDAS EM HOSPITAL AMIGO DA
CRIANÇA**

MARIA EMILIA DE MATTOS SOARES

Orientadora: Prof^a. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil

2002

S676u Soares, Maria Emilia de Mattos

Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em hospital amigo da criança / Maria Emilia de Mattos Soares ; orient. Elsa Regina Justo Giugliani. – 2003. 77 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas : Pediatria. Porto Alegre – RS, 2003.

1. Aleitamento materno 2. Desmame I. Giugliani, Elsa Regina Justo II. Título.

NLM: WS 125

Aos meus pais e irmãos com muito carinho.

À minha filha Fernanda.

AGRADECIMENTOS

À profª Dra. Elsa Regina Justo Giugliani pela dedicação, competência e seriedade com que me conduziu no meu aprendizado, do planejamento, construção e conquista dos objetivos deste trabalho. Pela amizade e companheirismo em todos os momentos.

Muito especialmente à minha companheira neste trabalho Maria Luisa Braun.

À minha filha Fernanda pela paciência e estímulo.

Aos colegas e acadêmicos do curso de Enfermagem e de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, pela colaboração e seriedade com que participaram da coleta e computação dos dados.

À muito competente amiga Vânia Naoni Hirakata pela fantástica ajuda na análise estatística e elaboração dos dados.

Às minhas companheiras e amigas do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo do Hospital Fêmeina, dedico com muito carinho este trabalho.

Aos funcionários da Direção do Hospital Fêmeina, do Grupo de Apoio à Pesquisa do Hospital Conceição, da biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo apoio e estímulo recebidos.

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo suporte financeiro para a coleta de dados.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A prática da amamentação no Brasil e em Porto Alegre.....	7
1.2 O uso de chupetas.....	11
1.2.1 O uso de chupetas <i>versus</i> aleitamento materno	13
1.3 Justificativa do Estudo.....	25
2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	28
2.1 Objetivo geral	28
2.2 Objetivos específicos.....	28
3 POPULAÇÃO E MÉTODOS.....	29
3.1 Delineamento do estudo	29
3.2 População-alvo	29
3.3 Amostra estudada	30
3.3.1 Tamanho da Amostra.....	30
3.3.2 Seleção da Amostra	30
3.4 Coleta de Dados.....	31
3.5 Variáveis do estudo	32
3.5.1 Variável independente ou fator de exposição: uso de chupeta com um mês de idade.....	32
3.5.2 Variável dependente ou desfecho: padrão de aleitamento materno e prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses	33
3.5.3 Outras variáveis	34
3.6 Armazenamento e análise dos dados	35
3.7 Considerações éticas.....	36
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ANEXOS	46
Anexo A - Consentimento Pós-Informado	47
Anexo B - Instrumento de coleta de dados: maternidade.....	48
Anexo C - Instrumento de coleta de dados: domicilio	50
ARTIGO - USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O DESMAME PRECOCE EM POPULAÇÃO DE CRIANÇAS NASCIDAS EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.....	52
Resumo	56
Abstract.....	57
Introdução.....	58
Métodos	59
Resultados.....	62
Discussão.....	64
Referências Bibliográficas.....	69

LISTA DE TABELAS

Introdução

Tabela 1 - Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo no município de Porto Alegre – 1999	9
Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupeta na prática do aleitamento materno	16
Tabela 3 - O Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento materno	27

Artigo

Tabela 1 - Características das mães e das crianças segundo a prática do uso de chupeta com um mês de idade.....	73
Tabela 2 - Razões de Densidade de Incidência para o desmame entre 0 e 6 meses segundo as características das mães e dos bebês.....	74
Tabela 3 - Análise de regressão de Cox de fatores associados com desmame entre 1 e 6 meses (n=219)	75
Tabela 4 - Efeitos modificadores de variáveis relacionadas na associação entre uso da chupeta e desmame precoce	76

LISTA DE FIGURAS

Introdução

- Figura 1 - Proporção de crianças amamentadas exclusivamente, em três coortes de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre 10
- Figura 2 - Proporção de crianças amamentadas, em três coortes de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre..... 10

Artigo

- Figura 1 - Curva de sobrevivência do aleitamento materno e uso de chupeta nos primeiros 6 meses de vida, em crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre..... 77
- Figura 2 - Curva de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo e uso de chupeta nos primeiros 6 meses, em crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre 78

LISTA DE ABREVIATURAS

- BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
- IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- WHO - *World Health Organization*

1 INTRODUÇÃO

A espécie humana evoluiu e se manteve durante 99,9% do período da sua existência amamentando os seus descendentes (Stuart-Macadam, 1995). Portanto, não é arriscado afirmar que ela está geneticamente programada para receber os benefícios do leite humano e do ato de amamentar no início da vida (Dettwyler, 1995).

Nos últimos 20 anos, as evidências dos benefícios do aleitamento materno - e das desvantagens da alimentação artificial - tanto para a criança e para a mãe, quanto para a família e para a sociedade, vêm crescendo consideravelmente.

Sob o ponto de vista nutricional, sabe-se que o leite materno, por ser espécie-específico, é o alimento mais completo e mais adequado para o início da vida. Por sua especificidade, propriedades e composição físico-química, ele proporciona uma digestão e assimilação facilitadas, sendo suficiente para nutrir com qualidade e quantidade as crianças até os seis meses de vida (Lawrence e Lawrence, 1999; Biancuzzo, 1999). A partir dessa idade, o leite materno deve ser complementado com outros alimentos; ele deve ser mantido, porém, se possível, até os dois anos ou mais, uma vez que, além de nutrir a criança, ele confere inigualável proteção a sua saúde, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*, 2002).

O leite humano é muito mais do que uma simples coleção de nutrientes; é uma substância viva de grande complexibilidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Ele estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê, proporciona proteção contra as infecções mais comuns da infância, como diarreias e doenças respiratórias agudas, além de conter muitos componentes antiinflamatórios (*World Health Organization* e UNICEF, 1989).

Cunningham *et al.* publicaram, em 1991, uma importante revisão epidemiológica global sobre amamentação e saúde na década de 1980. Após a análise de 99 estudos, os autores concluíram que o aleitamento materno é determinante na prevenção de infecções gastrintestinais e, conseqüentemente, nas taxas de sobrevivência infantil, principalmente nos países pobres. Confere, também, proteção contra doenças do trato respiratório inferior, principalmente nos primeiros seis meses, o que pode ser comprovado pelo menor índice de hospitalização e menor gravidade das pneumonias nas crianças amamentadas (Pullan *et al.*, 1980; Victora *et al.*, 1987; Chen *et al.*, 1988; Howie *et al.*, 1990).

Recentemente, foi realizada uma metanálise com dados de seis países - Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal - que avaliou a associação entre mortalidade por doenças infecciosas nos dois primeiros anos de vida e ausência de aleitamento materno. O risco de morte por doenças infecciosas foi seis vezes maior nos primeiros dois meses de vida nas crianças não amamentadas, quando comparadas com as crianças que recebiam leite materno. Nesse estudo, também verificou-se que o risco de morte diminuía com a idade (de 4,1 vezes aos dois meses para 1,4 aos 12 meses), devido provavelmente ao menor volume de leite materno ingerido pelas crianças menos amamentadas e à ingestão de alimentos complementares contaminados. Essa proteção manteve-se relativamente

constante no segundo ano de vida (*World Health Organization Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding in the Promotion of Infant Mortality*, 2000).

A proteção do leite materno já pode ser notada logo após o nascimento. Um número crescente de estudos mostra que o leite materno protege os recém-nascidos contra uma variedade de doenças graves. No México, por exemplo, 118 bebês de baixo peso ao nascer alimentados com fórmulas apresentaram probabilidade 13 vezes maior de desenvolver enterocolite necrotizante, 9 vezes maior de apresentar diarreia, 5 vezes maior de contrair infecção urinária e 2,3 vezes maior de necessitar de transfusão sangüínea, quando comparados com recém-nascidos alimentados com leite materno. Embora o ganho de peso nos bebês alimentados com leite humano tenha sido mais lento, provou-se que a proteção contra doenças é extremamente eficaz e, portanto, valiosa (Contreras-Lemus *et al.*, 1992).

Além de nutrir adequadamente e de conferir proteção contra doenças, hoje se sabe que o aleitamento materno está associado a um melhor desenvolvimento físico e mental da criança. Uma metanálise recente, envolvendo 20 estudos criteriosamente selecionados (Anderson *et al.*, 1999), mostrou que as crianças amamentadas tinham escores de desenvolvimento cognitivo significativamente maiores do que as crianças alimentadas com fórmulas artificiais. Essa diferença foi observada desde os 6 meses até os 15 anos de idade, tendo uma relação direta com a duração do aleitamento materno.

A associação positiva entre duração do aleitamento materno e inteligência no adulto jovem foi estudada por Mortensen *et al.*, em 2002, na população nascida em Copenhague, Dinamarca, entre outubro de 1959 e dezembro de 1961. A associação entre duração do aleitamento e inteligência foi observada em duas amostras independentes, utilizando dois testes diferentes de inteligência.

Não só o conteúdo do leite materno é importante, mas também o ato de sugar o seio. O exercício que a criança faz para extrair o leite do seio da mãe promove o crescimento e o desenvolvimento ósseo, muscular e funcional do crânio e da face (Carvalho, 2002a, 2002b).

A Academia Americana de Pediatria listou, além dos benefícios já relatados, outras vantagens do aleitamento materno, incluindo possível proteção contra a morte súbita do lactente, o diabetes melito tipo I, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo, além da já bem documentada proteção contra otite média, meningite bacteriana, botulismo e infecção do trato urinário (*American Academy of Pediatrics*, 1997).

Um aspecto fundamental para a saúde física e mental da criança é o cuidado que lhe é dispensado, o qual sofre influência da qualidade do vínculo existente entre a criança e seus cuidadores. Embora seja difícil quantificar afeto, acredita-se que a amamentação, por ser um dos momentos mais íntimos entre dois seres humanos, promova a ligação mãe-filho. Além disso, é de se esperar que a amamentação bem sucedida, por ser a forma natural de alimentar as crianças pequenas, preencha melhor as suas necessidades sob o ponto de vista tanto orgânico como emocional (Zavaschi *et al.*, 1996).

Para as mães, o aleitamento materno também oferece inúmeras vantagens. Já é bem conhecida a eficácia da lactação como método anticoncepcional – 98% de proteção contra gravidez nos primeiros seis meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorréica (*Family Health International*, 1988). Além disso, tem sido relatado que a amamentação prolongada diminui a incidência

de câncer de mama e retarda o seu aparecimento nas mulheres com risco para contrair a doença (Thomas e Nooman, 1993).

Outra vantagem para a saúde da mulher é a involução uterina mais rápida naquelas que amamentam, diminuindo o sangramento no período pós-parto, bem como o desenvolvimento de anemia (UNICEF, 1987).

Outros benefícios de cunho socioeconômico do aleitamento materno devem ser lembrados, como seu baixo custo para as famílias, para a sociedade e para o sistema de saúde.

É amplamente sabido que muitas famílias de baixa renda não dispõem dos recursos necessários para alimentar adequadamente seus bebês (Toma, 1996). Em relação ao sistema de saúde, também são evidentes os benefícios do aleitamento materno: em razão de crianças amamentadas apresentarem menos episódios de doenças, diminui o ônus financeiro para o sistema (Sanghvi, 1996).

Na última década, além da amamentação em si, tem-se valorizado muito o aleitamento materno exclusivo. Considera-se em aleitamento materno exclusivo a criança que recebe somente leite materno, ou leite humano ordenhado, sem outros suplementos líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (*World Health Organization*, 1991).

Uma revisão sistemática atual sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo mostrou que a introdução de qualquer alimento, sólido ou líquido, antes dos seis meses de vida não só é desnecessária, mas pode ser prejudicial à criança (Kramer e Kakuma, 2002)

O efeito protetor do leite materno contra diarreias e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás. Isso se deve ao fato de que a criança não amamentada exclusivamente recebe menos fatores de proteção por ingerir menor volume de leite materno, além de ficar exposta à possibilidade de receber alimentos ou água contaminados.

Um estudo já clássico realizado em Pelotas/RS mostrou que as crianças que não recebiam leite materno tinham uma chance bem maior de morrer no primeiro ano de vida (Victora *et al.*, 1987). O risco de morrer por diarreia foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente. Outro estudo, também realizado em Pelotas, mostrou o efeito da alimentação com leite artificial nas taxas de internação por pneumonia. Em crianças não amamentadas nos primeiros três meses, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente (Cesar *et al.*, 1999).

Vários estudos têm revelado que a suplementação do leite materno com água ou chás, até pouco tempo considerada inócua, pode ser nociva à saúde da criança. Estudos no Peru (Brown *et al.*, 1989) e nas Filipinas (Popkin *et al.*, 1990) mostraram que a prevalência de diarreia dobrou quando água ou chás eram oferecidos às crianças menores de seis meses, quando comparadas com crianças que só recebiam leite materno.

A suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes (Ashraf *et al.*, 1993). Mesmo ingerindo pouco colostro nos primeiros 2-3 dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de

mais líquidos do que o contido no leite materno, já que eles nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos (*World Health Organization* e UNICEF, 1989).

Mais recentemente, têm sido demonstrado que o aleitamento materno exclusivo estimula ativamente e direciona o sistema imune do indivíduo. Como consequência, a amamentação exclusiva retarda o aparecimento de asma e reduz em 25% o risco dessa doença aos seis anos (Oddy *et al.*, 1999). Além disso, a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) pode ser um importante determinante do diabetes melito tipo I e pode aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes melito tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (Gerstein, 1994).

1.1 A prática da amamentação no Brasil e em Porto Alegre

Por influências socioculturais, o aleitamento materno deixou de ser uma prática universal, principalmente a partir do século XX. O primeiro inquérito nacional sobre prevalência de aleitamento materno no Brasil, realizado em 1975, revelou uma duração mediana da amamentação de apenas 2,5 meses (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1983).

Entretanto, na década de 70, iniciou-se um movimento mundial de resgate à alimentação natural. No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi iniciado em 1982 e, desde então, surgiram inúmeras campanhas pró-amamentação em nível nacional e local. Como resultado, as taxas de aleitamento materno vêm crescendo em todo o País. A duração mediana da amamentação no Brasil subiu para 5,5 meses em 1989

(Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1989), atingindo 7 meses em 1996 (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997). O último inquérito nacional, realizado em outubro de 1999, envolvendo 50 783 crianças das capitais brasileiras, com exceção do Rio de Janeiro, mostrou uma duração mediana de aleitamento materno de 10 meses e de aleitamento materno exclusivo de 23 dias (Ministério da Saúde, 2001).

A prevalência do aleitamento materno não é uniforme, podendo variar numa mesma região, dependendo não só da cultura local e do nível socioeconômico da população bem como das políticas locais de incentivo ao aleitamento materno.

No Brasil, a PNDS-1996 (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997) mostrou uma relação direta entre duração da amamentação exclusiva e escolaridade materna. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo entre as mães com 12 ou mais anos de escolaridade foi de 2,1 meses, enquanto que para as mães com até 3 anos de escolaridade foi de 0,6 mês.

Os únicos dados disponíveis sobre taxas de aleitamento materno na população do município de Porto Alegre provêm do Estudo de Prevalência em Aleitamento Materno em Crianças Menores de Um Ano nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2001). Segundo esse inquérito, a duração mediana do aleitamento materno em Porto Alegre é de 6,4 meses, portanto bem abaixo da mediana nacional de 10 meses. Já a duração mediana do aleitamento materno exclusivo está ligeiramente acima da mediana nacional (29,5 dias *versus* 23,4 dias, respectivamente).

A tabela 1 mostra as prevalências de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo no primeiro ano de vida entre as crianças porto-alegrenses.

Tabela 1 - Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo no município de Porto Alegre - 1999

Dias	% de aleitamento materno	% de aleitamento materno exclusivo
0-30	81,3	59,9
31-60	78,1	45,9
61-90	74,6	32,6
91-120	70,7	21,6
121-150	66,5	13,6
151-180	62,0	8,2
181-270	47,5	
271-364	32,8	

Fonte: Ministério da Saúde. *Estudo da prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

A tendência das taxas de aleitamento materno em uma população restrita de Porto Alegre pode ser avaliada através do estudo de três coortes de crianças nascidas em épocas diferentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: uma com 258 crianças em 1987 (Issler *et al.*, 1990), outra com 187 crianças em 1994 (Kummer *et al.*, 2000) e a última com 250 crianças em 1999 (Braun, 2001). As figuras 1 e 2 mostram as prevalências do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo ao longo de 12 anos.



Figura 1 - Proporção de crianças amamentadas exclusivamente, em três coortes de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

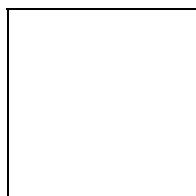


Figura 2 - Proporção de crianças amamentadas, em três coortes de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Ainda que as taxas de aleitamento materno tenham aumentado no Brasil e, provavelmente, em Porto Alegre nas últimas décadas, essas taxas, em especial a do aleitamento materno exclusivo, estão muito aquém das recomendadas internacionalmente. Entre os principais obstáculos para aumentar as taxas de aleitamento materno, podem-se citar as seguintes: (1) a falta de conscientização da população sobre o valor do aleitamento materno; (2) a falta de conhecimentos e de habilidades por parte dos profissionais de saúde em geral em apoiar as mães e lidar com os vários problemas associados ao aleitamento; (3) a falta de suporte e orientação por parte de mulheres experientes da comunidade às jovens mães pouco experientes; (4) as deficiências na legislação, que não protege as mães trabalhadoras; (5) as campanhas publicitárias promovendo fórmulas lácteas infantis como sendo miraculosas, que podem ser consideradas antiéticas e nocivas à saúde pública; e (6) as práticas culturais difundidas, como o uso de chás e água desde os primeiros dias de vida, bem como o uso generalizado e pouco questionado de mamadeiras e chupetas (Giugliani, 2000).

1.2 O uso de chupetas

Considerando o tempo da existência da espécie humana, o hábito de oferecer chupeta a crianças pequenas é muito recente, pois o bico de borracha só foi introduzido em 1845 (Bullough, 1981 apud Fomon, 1993). Entretanto, foram encontradas pequenas chupetas de argila em túmulos de cipriotas de 2 000 ou 3 000 anos AC, e bicos de barro com formato de pequenos animais (como cavalos e sapos) com uma abertura maior que permitia a introdução de alguma substância viscosa - talvez mel - com pequenos orifícios na boca do animal que permitia à criança sugar. Como veículo de alimento, chupetas foram usadas na Europa desde a Idade Média (Levin, 1990).

Atualmente, o uso da chupeta é uma prática bastante difundida, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Gill (2002) comenta que “o seu uso é disseminado e parece ter se tornado semi-automático, semi-epidêmico e semiprescritivo”.

Segundo pesquisa recente realizada em 1999 nas capitais brasileiras, 52,9% das crianças menores de um ano usam chupeta, com Porto Alegre apresentando a maior prevalência (69,2%) e Macapá a menor (32,0%) (Ministério da Saúde, 2001).

Alguns estudos têm identificado características maternas, das crianças e ambientais que favorecem o uso de chupetas, tais como: crianças do sexo masculino (Victora *et al.*, 1997; North *et al.*, 1999; Vogel *et al.*, 2001); crianças com baixo peso de nascimento (Victora *et al.*, 1997); primogênitos (Tomasi *et al.*, 1994; Howard *et al.*, 1999; North *et al.*, 1999; Vogel *et al.*, 2001); crianças expostas à fumaça de cigarro (North *et al.*, 1999; Vogel *et al.*, 2001); mães jovens (Victora *et al.*, 1997; Aarts *et al.*, 1999; Howard *et al.*, 1999; North *et al.*, 1999); e baixo nível socioeconômico (Aarts *et al.*, 1999; North *et al.*, 1999).

A chupeta tem sido oferecida aos bebês com o intuito de acalmá-los e dar-lhes conforto sem a necessidade de a mãe oferecer o peito. Em áreas onde a alimentação artificial das crianças é disseminada, como nos Estados Unidos, a chupeta tem sido aceita como a primeira fonte de conforto e as mães são aconselhadas a diminuir as mamadas para que seu bebê “não use o seio como chupeta”. No entanto, desde que existem mães e bebês - muito antes de a chupeta existir - o seio tem provido os bebês com conforto bem como com alimento. O seio é, pois, a primeira fonte de conforto para o bebê. Sendo assim, a chupeta deveria ser vista como “substituta do seio” e não o contrário.

As críticas ao uso de chupetas não são recentes. Já no início do século XX, as chupetas começaram a ser condenadas pelos movimentos internacionais de bem-estar da criança. Os críticos consideravam a chupeta como um produto da “ingenuidade pervertida americana” ou “um instrumento de tortura” (Levin,1990). Atualmente, as críticas vêm se intensificando à medida que se acumulam evidências dos malefícios do hábito de usar bicos. O uso da chupeta está associado com uma frequência aumentada de otite média (Niemelä *et al.*, 1994; 1995; 2000), de candidíase oral (Sio *et al.*, 1987; Dorwazeh e Al Bashir, 1995) e de problemas ortodônticos, como má oclusão dentária, mordida aberta e perda dos incisivos de leite (Adair *et al.*, 1995). Carvalho (1995; 2002a) afirma que o uso de mamadeira e de chupetas pode ter como consequência a chamada “Síndrome do Respirador Bucal”, a deglutição atípica, a má oclusão, diversas disfunções craniomandibulares e dificuldades na fonação. Além disso, estudos mostram que as chupetas são um veículo comum de enteroparasitoses e coliformes fecais. Ovos de *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermiculares*, *Trichuris trichiura*, *Taenia sp* e larvas de ancilostomídeos foram encontradas em 11,63% das chupetas examinadas de crianças de baixo nível socioeconômico entre zero e sete anos residentes no município de Alfenas,

Minas Gerais (Pedroso e Siqueira, 1997). No artigo, os autores relatam que as mães não têm conhecimento da importância da higienização das chupetas, nem do papel que elas desempenham como propagadoras de infecções. Também há relatos de que a utilização de chupeta aumenta o risco de episódios diarréicos infecciosos (Laborde *et al.*, 1993). Coliformes fecais foram encontrados em 49% das chupetas examinadas por Tomasi *et al.* (1992).

Outros possíveis inconvenientes do uso de chupetas relatados incluem a utilização de materiais potencialmente carcinogênicos na fabricação de bicos e chupetas (Westin, 1990) e a possibilidade de crianças se sufocarem com peças que acidentalmente se separem da borracha.

Dentre os problemas relacionados com o uso de chupetas, certamente a associação entre este hábito e uma menor duração do aleitamento materno é o que tem despertado maior interesse entre os pesquisadores, haja vista o crescente número de publicações sobre este assunto.

1.2.1 O uso de chupetas *versus* aleitamento materno

Em 1992, Righard e Alade, na Suécia, observaram que o uso regular de chupeta (definido como mais de duas horas de uso diário) era mais comum entre filhos de mulheres que enfrentavam dificuldades no aleitamento materno, e que, aos quatro meses, a prevalência de aleitamento materno entre as crianças que usavam regularmente a chupeta era menor do que entre as que não tinham este hábito (40% *versus* 90%, respectivamente). No entanto, o primeiro estudo que mostrou uma nítida associação entre uso de chupeta e

menor duração do aleitamento materno foi realizado em Pelotas RS, em 1993 (Victora *et al.*, 1993). As crianças com um mês de idade ainda amamentadas e que faziam uso diário de chupeta tiveram um risco três vezes maior de desmame entre 1 e 24 meses, após controle para possíveis variáveis de confusão, tais como idade, sexo, peso de nascimento, educação materna e renda familiar. Este e outros estudos que se seguiram (Barros *et al.*, 1995; Ford *et al.*, 1994; Gale e Martyn, 1996) e que obtiveram resultados semelhantes não foram, contudo, delineados especificamente para testar a associação entre uso de chupeta e duração do aleitamento materno. O primeiro a testar tal associação usando delineamento especificamente para este fim foi publicado em 1997, por Victora *et al.* Ao comparar as taxas de aleitamento materno numa população de 450 crianças que estavam sendo amamentadas com um mês e cujas mães não relatavam problemas com a amamentação, os autores observaram um risco 2,5 vezes maior de desmame entre 1 e 6 meses naquelas crianças que faziam uso de chupeta com um mês de idade. Para as crianças que usavam a chupeta com mais frequência, este risco era ainda maior (de 4 vezes). Com a ajuda de estudo etnográfico, os autores concluíram que a associação entre uso de chupeta e duração do aleitamento materno é complexa e que a chupeta deve ser vista como um fator contribuinte e não como um fator isolado do desmame precoce. O hábito de usar chupeta, segundo os autores, interfere negativamente na duração da amamentação entre as mulheres que não se sentem confortáveis com o aleitamento materno, mas não entre as mulheres autoconfiantes com relação à amamentação. De qualquer maneira, ainda segundo os autores, o uso de chupeta é um excelente marcador para identificar binômios mãe-filho em risco para desmame precoce.

A tabela 2 apresenta, em ordem cronológica, os estudos publicados, até o momento, que pesquisaram a influência do hábito de usar chupeta na prática do aleitamento materno.

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(continua)

Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
Righard e Alade, 1992 Malmö, Suécia	Contemporâneo, observacional	82 pares mães/bebês amamentando exclusivamente na maternidade	Uso de chupeta entre as crianças amamentadas e não amamentadas aos 4 meses	Entre as crianças ainda amamentadas aos 4 meses, 40% usavam chupeta e entre as não amamentadas, 90%. Dificuldades no AM foram mais comuns entre as mães de crianças que usavam chupeta regularmente (>2h/dia): 83% <i>versus</i> 53%	O uso excessivo de chupetas (mais de 2 h/dia) deve ser evitado.
Victoria <i>et al.</i> , 1993 Pelotas, RS, Brasil	Histórico, observacional	354 crianças menores de 2 anos, residentes em duas favelas	Interrupção do AM entre 1 e 24 meses entre crianças usuárias e não usuárias de chupeta	Entre as crianças ainda amamentadas com 1 mês (n=249), as que faziam uso diário de chupeta com 1 mês tiveram um risco 3 vezes maior de desmame entre 1 e 24 meses Prevalência de desmame aos 6 meses: Usuárias - 65% Não usuárias - 24%	O uso de chupeta é indubitavelmente um excelente indicador de crianças de maior risco para desmame.
Ford <i>et al.</i> , 1994 Christchurch, Nova Zelândia	Caso - controle, multicêntrico	1 529 crianças - controles do estudo sobre Morte Súbita do Lactente - aleatoriamente selecionadas num período de 3 anos em toda a Austrália	Prevalência de AME com 4 semanas Duração do AM	Entre as crianças exclusivamente amamentadas na alta da maternidade (n=1 300), o risco de não estar recebendo AME com 4 semanas, após controle para fatores de confusão, aumentou em 96% para as crianças que faziam uso freqüente de chupeta, e em 62% para as que usavam chupeta moderadamente, comparadas com as não usuárias de chupetas. O risco de interrupção do AM	O uso de chupeta associou-se a menor duração do AM.

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(continuação)

Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
Barros <i>et al.</i> , 1995 Guarujá, SP, Brasil	Contemporâneo, observacional	605 recém-nascidos selecionados no maior hospital de Guarujá	Prevalência de AM e AME nos primeiros 6 meses de idade entre crianças usuárias e não usuárias de chupeta	antes dos 6 meses foi de 2,3 vezes maior para as usuárias freqüentes de chupeta e de 1,7 para as que usavam chupeta moderadamente. O risco de desmame entre 1 e 6 meses entre as crianças ainda amamentadas com 1 mês foi 2,9 vezes maior que nas crianças que usavam chupeta com 1 mês de idade, após ajuste para diversos fatores de confusão. Prevalência de AME aos 4 meses. Usuárias em tempo integral (dia e noite): 17,3% Usuárias em tempo parcial: 26,4% Não Usuárias: 44,6%	O uso de chupeta está associado com desmame precoce e deve ser desencorajado em crianças amamentadas ao seio, até que se determine se a chupeta é a causa do desmame ou marcador de dificuldades no AM.
Gale e Martyn, 1996 Southampton, Reino Unido	Histórico, observacional	994 homens e mulheres nascidos entre 1920 e 1930	Tipo de alimentação da criança entre usuárias e não- usuárias de chupeta	As crianças amamentadas só com: leite de peito usavam menos chupeta (25%) do que as alimentadas com leite artificial: (29%) ou em aleitamento misto (38%)	O uso de chupeta se correlaciona com o tipo de aleitamento que a criança recebe.
Victoria <i>et al.</i> , 1997 Pelotas, RS, Brasil	Estudo epidemiológico: coorte, contemporâneo, observacional. Estudo etnográfico.	Estudo epidemiológico: 650: duplas mães - bebês: selecionadas nos hospitais: de Pelotas no ano de 1993. Estudo etnográfico: sub-amostra de 80 duplas: mães - bebês.	Prevalência de AM nos: primeiros 6 meses entre: crianças usuárias e não- usuárias de chupeta.	Entre as crianças ainda amamentadas com 1 mês e cujas mães relatavam não ter dificuldades no AM (n=450), as que faziam uso diário de chupeta com 1 mês tiveram um risco 2,5 vezes maior de desmame nos primeiros 6 meses, após ajuste para diversos fatores de confusão. Prevalência do desmame aos 6 meses:	Chupeta pode ser um mecanismo efetivo de desmame, para mães com dificuldades no AM.

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(continuação)

Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
				<p>Usuárias tempo integral (dia e noite) - 84,7%</p> <p>Usuárias tempo parcial - 59,6%</p> <p>Não usuárias - 35%</p> <p>Entre as crianças amamentadas, o número de mamadas diminuía com a intensidade do uso da chupeta.</p> <p>Estudo etnográfico: o hábito de usar chupeta interfere negativamente na duração da amamentação entre as mulheres que não se sentem confortáveis com o AM, mas não interfere entre as mulheres autoconfiantes com relação à amamentação.</p>	
Schubiger <i>et al.</i> , 1997 Suíça	Ensaio clínico randomizado, multicêntrico	602 crianças saudáveis a termo, nascidas em 10 maternidades, com peso de nascimento entre 2 750 e 4 250g. Amamentadas	Prevalência de AM no 5º dia e aos 2, 4 e 6 meses em dois grupos de crianças: (1) submetidas à restrição de suplementos hídricos, uso de mamadeira e chupeta proibido nos primeiros 5 dias de vida; (2) sem restrição de suplementos hídricos, fornecidos por mamadeira, e fornecimento de chupeta	Prevalência de AM no grupo 1: 5 dias – 100% 2 meses – 88% 4 meses – 75,4% 6 meses – 57% Prevalência de AM no grupo 2: 5 dias – 99,3% 2 meses – 87,7% 4 meses – 70,5% 6 meses – 55,3%	A proibição do uso de chupeta nos primeiros 5 dias de vida não aumentou as taxas de AM nos primeiros 6 meses.
Righard., 1998 Malmö, Suécia	Contemporâneo	52 pares mães - bebês saudáveis entre 1 e 17 semanas pós - parto com problemas no AM e 40 pares entre 1 e 32 semanas sem problemas no AM	Prevalência do uso de chupeta entre mães com e sem problemas no AM	Prevalência do uso de chupeta: Mães com problemas no AM: 73%.	Problemas no AM podem ser prevenidos evitando-se o uso da chupeta.

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(continuação)					
Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
				Mães sem problemas no AM: 30%. Porcentagem de bebês com pega incorreta: Usuária de chupeta: 73% Não usuária: 41%.	
Cunha <i>et al.</i> , 1998 Fortaleza, CE, Brasil	Coorte, contemporâneo	515 crianças inicialmente amamentadas com peso de nascimento $\leq 3\ 000$ g, nascidas em 7 maternidades	Prevalência de AME com 1 mês de idade	As crianças usuárias de chupeta tiveram um risco 3,5 vezes maior de não serem amamentadas exclusivamente com 1 mês. Prevalência de AME com 1 mês: Não usuárias: 80% Usuárias: 53%	Uso de chupeta está altamente correlacionado com a interrupção do AME no primeiro mês de vida.
Howard <i>et al.</i> , 1999 Rochester, NY, USA	Coorte, contemporâneo	265 crianças saudáveis, a termo, inicialmente amamentadas	Duração do AM e AMP e número de mamadas/dia entre usuárias e não usuárias de chupetas	A introdução de chupeta até a 6ª semana de vida associou-se com uma menor duração de AM (HR=1,6) e de AMP (HR=1,53). O número de mamadas/dia com 2 semanas foi menor entre as usuárias de chupeta quando comparadas com as não usuárias (8,1 <i>versus</i> 9,0); assim como aos 3 meses, entre as que iniciaram chupeta até a sexta semana (6,3 <i>versus</i> 7,4). Houve uma tendência de diminuição no n° de mamadas/dia entre as usuárias de chupeta com 6 semanas (7,4 <i>versus</i> 7,8) e 6 meses (5,1 <i>versus</i> 5,4).	O uso de chupeta está associado com uma diminuição da duração do AM e do AMP. Essa diminuição pode ser uma consequência de um menor número de mamadas por dia entre as usuárias de chupeta.

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(continuação)

Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
Riva <i>et al.</i> , 1999 Itália	Coorte, contemporâneo	1 365 crianças saudáveis, não-gemelares, a termo, com peso de nascimento >2 500g, nascidas na Itália em novembro de 1995 e que iniciaram a amamentação	Duração do AM e do AMP entre crianças usuárias e não-usuárias de chupetas	As usuárias de chupeta tiveram um risco 1,2 vez maior de interromper o AM no primeiro ano de vida e 1,3 vez maior de parar com o AMP	O uso precoce de chupeta deve ser desencorajado.
Aarts <i>et al.</i> , 1999 Uppsala, Suécia	Coorte, contemporâneo	506 crianças a termo, nascidas de parto normal, com peso de nascimento \geq 3 000g, inicialmente amamentadas por mães de 20 a 37 anos, com pelo menos 1 filho anterior, altamente motivadas para amamentar, que fizeram parte do estudo multicêntrico sobre duração da amenorréia lactacional e prática do AM	Prevalência e duração do AM e do AME entre crianças usuárias e não-usuárias de chupeta	As crianças que eram usuárias de chupeta (\geq 3 h/dia) tiveram risco 2,2 vezes maior de ter o período de aleitamento encurtado, ajustado para idade e educação maternas Prevalência de AME aos 4 meses: Usuárias freqüentes: 51% Não usuárias: 65% Prevalência de AM aos 4 meses: Usuárias freqüentes: 96% Não usuárias: 100% Duração mediana do AM: Usuárias freqüentes: 7,5 meses Não usuárias: 10 meses O uso de chupeta esteve associado com 1 mamada a menos por dia, em média, e a 15-30 min a menos de sucção em 24 horas, durante os primeiros 4 meses	O uso freqüente de chupetas está associado com um período mais curto de AM, mesmo entre mães altamente motivadas para amamentar.
Vogel <i>et al.</i> , 2001 Auckland, Nova Zelândia	Coorte, contemporâneo	350 crianças saudáveis, a termo	Duração do AM e do AMP entre as crianças que fazem uso de chupeta e as não-usuárias	As crianças que faziam uso diário de chupeta tiveram uma chance 1,9 vez maior de desmamar no primeiro ano de vida e 1,3 vez de interromper o AMP. Não houve associação entre uso	Uso diário de chupeta está associado com uma redução na duração do AM. O mesmo não ocorre com o uso menos freqüente de chupeta.

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(continuação)

Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
Kramer <i>et al.</i> , 2001 Montreal, Canadá	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego	281 crianças saudáveis, a termo, não gêmeas, com peso de nascimento $\geq 2\ 500$ g, inicialmente amamentadas	Prevalência de AM aos 3 meses em dois grupos: (1) orientado a evitar chupeta e quanto a outros métodos de oferecer conforto ao bebê; (2) controle, sem intervenção	menos frequente de chupeta e menor duração do AM Prevalência de AM aos 3 meses, independentemente do grupo: Usuárias diárias: 87% Não usuárias: 75% (RR=1,9) Não houve diferença na prevalência de AM ao 3 meses entre as mães orientadas e não orientadas	Existe uma forte associação entre uso de chupeta e desmame precoce. O uso de chupeta parece ser um marcador de dificuldades em AM ou motivação reduzida para amamentar e não a causa do desmame precoce.
Marques <i>et al.</i> , 2001 Pernambuco, Brasil	Coorte, contemporâneo	364 crianças saudáveis, nascidas em 4 cidades pequenas do interior de Pernambuco, a termo, não gêmeas e com peso de nascimento $\geq 2\ 500$ g	Risco de introduzir leite artificial no primeiro mês de vida entre usuárias e não usuárias de chupeta	As crianças que começaram a usar chupeta com 7 dias ou menos de vida tiveram um risco 4,1 vezes maior de receber leite artificial no primeiro mês de vida. Esse risco foi 1,5 vez maior para as que iniciaram o uso de chupeta após 7 dias.	O uso de chupeta é um fator de risco para introdução precoce de leites artificiais.
Kloeblen-Tarver, 2001 Atlanta, USA	Coorte, contemporâneo	129 crianças de baixo nível socioeconômico, que iniciaram a amamentação	Duração do AM entre usuárias e não usuárias de chupeta	As crianças que usavam chupeta tiveram uma menor duração de AM e um risco 8,7 vezes maior de interromper o aleitamento materno antes de 6 meses	O uso de chupeta está associado com uma menor duração de AM e uma maior taxa de desmame antes dos 6 meses.
Andrade e Taddei, 2002 Natal, RN, Brasil	Observacional, contemporâneo	142 crianças de uma comunidade urbana de baixa renda	Prevalência de AME aos 3 meses e de AM aos 6 meses entre usuárias e não usuárias de chupeta	Prevalência de AME aos 3 meses: Usuárias: 32,4% Não usuárias: 70,2% Prevalência de AM aos 6 meses: Usuárias: 44,7% Não usuárias: 67,8%	O uso de chupeta é um marcador para a não amamentação exclusiva e para o desmame precoce

Tabela 2 - Estudos publicados sobre a influência do uso de chupetas na prática do aleitamento materno

(conclusão)

Autor / Ano / Local	Tipo de estudo	População estudada	Desfecho	Resultados	Conclusão
Levy et al., 2002 Iowa City, Estados Unidos.	Coorte, contemporâneo, observacional, multicêntrico	1 387 crianças selecionadas em 8 maternidades	Prevalência de AM com 6 semanas, 3 e 6 meses	A combinação uso de chupeta e hábito de chupar o dedo esteve associada com uma menor duração do AM, em especial em crianças sem acompanhamento médico (HR=1,9).	O uso de chupeta está associado com desmame, em especial nas crianças que também chupam dedo e sem acompanhamento médico.
Binns e Scott, 2002 Perth, Australia	Coorte, contemporâneo, observacional	556 pares mães - bebês selecionados em 2 maternidades.	Número de mamadas/dia, prevalência de AM com 6 meses e duração do AM entre usuárias e não usuárias de chupeta.	O não uso de chupeta com 2 semanas de vida mostrou ser um fator de proteção contra o desmame nos primeiros 6 meses de vida (OR=0,4), após ajuste para a presença de problemas na amamentação. Frequência de mamadas diárias com 6 semanas pós - parto: Usuárias: 6,9 Não usuárias: 7,4.	O uso de chupeta com 2 semanas de vida está associado com um maior risco para desmame nos primeiros 6 meses, independentemente da mãe estar enfrentando ou não possíveis problemas com a amamentação. Um possível mecanismo envolvido na associação é o número reduzido de mamadas/dia entre as usuárias de chupeta.

Notas: AM = aleitamento materno; AME = aleitamento materno exclusivo; AMP = aleitamento materno predominante; RR= risco relativo; OR= odds ratio; HR= hazard ratio

Observa-se que, dos 19 estudos apresentados, apenas um (Schubiger *et al.*, 1997) não mostrou associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno. Cabe referir, entretanto, que o estudo mencionado avaliou apenas a associação entre o não uso (compulsório) de chupeta nos cinco primeiros dias de vida e a duração do aleitamento materno, e não propriamente a relação entre o uso de chupeta e a duração da amamentação.

Embora já esteja bem estabelecida a associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno, ainda se desconhecem os mecanismos envolvidos nessa associação. Segundo alguns autores (Victora *et al.*, 1997; Howard *et al.*, 1999; Aarts *et al.*, 1999; Binns *et al.*, 2002), o uso de chupeta reduz o número de mamadas por dia e, conseqüentemente, haveria uma menor estimulação da mama e menor produção de leite, culminando com o desmame. Outros autores (Neifert *et al.*, 1995) acreditam que a criança que usa chupeta tenha mais dificuldade para retirar o leite do seio devida à "confusão de sucção" ocasionada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio, culminando também com o desmame. Victora *et al.* (1997), utilizando dados de estudo etnográfico, concluíram que a associação entre uso de chupeta e desmame precoce é complexa e que a chupeta seria um fator contribuinte para o desmame entre as mães que não se sentem totalmente confortáveis com a amamentação. É possível, segundo os autores, que a chupeta seja um marcador de dificuldades no aleitamento materno e não o causador direto do desmame. Kramer *et al.* (2001) compartilham essa opinião. Esses autores e outros (Righard, 1998) observaram que o uso de chupeta é mais comum quando associado a problemas no aleitamento materno.

Mesmo antes de todo o embasamento científico disponível atualmente, a Organização Mundial da Saúde já se preocupava com os efeitos do uso da chupeta nas

taxas de aleitamento materno. Essa preocupação ficou evidente quando se estabeleceu, em 1989, que um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que embasam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, seria relativo à restrição do uso de bicos e chupetas. Assim, o nono passo preconiza: “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito”.

O Ministério da Saúde do Brasil, por sua vez, também se preocupa com as repercussões negativas do uso de chupeta na amamentação, o que culminou com a publicação da Resolução nº 221, de 5 de agosto de 2002, sobre Regulamento Técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. Tal resolução obriga os fabricantes de bicos, mamadeiras e chupetas a incluir nos produtos destinados a bebês, envolvendo a atividade de sucção oral, a seguinte advertência: “O Ministério da Saúde adverte: a criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta. O uso da mamadeira, bico ou chupeta prejudica a prática do aleitamento materno”. Esta medida também proíbe a propaganda desses produtos em qualquer meio de comunicação, seja escrito ou audiovisual. Também não são permitidas estratégias promocionais para estimular as vendas no varejo, nem exposições, cupons de desconto, prêmios ou brindes. O objetivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é informar melhor o consumidor sobre o uso correto da mamadeira, bico ou chupeta e manter um padrão sanitário de qualidade nas empresas. Nos rótulos deverão ser informados o nome do fabricante, o importador ou distribuidor e o lote de fabricação. A norma atende à recomendação da Organização Mundial da Saúde e dá continuidade às ações da União para promover o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida da criança. (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002).

1.3 Justificativa do Estudo

Este trabalho é parte de um projeto mais amplo, que visava avaliar o impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) na clientela do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A IHAC é uma estratégia conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Tem como objetivo promover, proteger e apoiar a amamentação por meio da revisão de políticas e rotinas nos serviços de saúde materno-infantis, de forma a oferecer uma assistência mais humanizada ao binômio mãe-filho, e promover mudanças que favoreçam a amamentação (*World Health Organization* e UNICEF, 1989). A IHAC tem como base os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (tabela 3), que sumarizam as práticas de incentivo ao aleitamento materno.

No Brasil, o primeiro hospital a se tornar Amigo da Criança foi o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) em 1982. Desde então, 238 hospitais já se tornaram "Amigo da Criança" (dados do Ministério da Saúde: atualizado em 27/11/2002), incluindo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em dezembro de 1997.

Por ser um Hospital Amigo da Criança, o uso de bicos e chupetas não é permitido no alojamento conjunto do HCPA, e as mães são desencorajadas a oferecer chupeta aos seus filhos após a alta hospitalar. A idéia do presente estudo nasceu da necessidade de se conhecer o comportamento da população assistida na maternidade do HCPA com relação ao uso da chupeta após a alta da maternidade e a influência deste hábito no padrão e duração do aleitamento materno. Não há informações sobre estudo que tenha analisado o

uso de chupeta e sua relação com o aleitamento materno em uma população de crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança.

Tabela 3 – Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

Passo 1	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
Passo 2	Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
Passo 3	Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
Passo 4	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
Passo 5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
Passo 6	Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
Passo 7	Praticar o alojamento conjunto - permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
Passo 8	Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
Passo 9	Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito.
Passo 10	Encorajar a formação de grupos de suporte ao aleitamento materno e encaminhar as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório.

Fonte: World Health Organization e UNICEF (1989)

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Estudar a prática do uso de chupeta e sua relação com o aleitamento materno em uma coorte de crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar a frequência do uso de chupeta no primeiro mês de vida em uma coorte de bebês nascidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- Determinar as características ambientais, maternas e do bebê que favorecem o uso de chupeta no primeiro mês de vida.
- Estudar a influência do uso de chupeta no primeiro mês de vida da criança na prática do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.
- Estudar a influência do uso de chupeta no primeiro mês de vida da criança na prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

3 POPULAÇÃO E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

O delineamento epidemiológico utilizado foi o estudo de coorte, observacional, contemporâneo. A coorte foi acompanhada por seis meses.

3.2 População-alvo

O estudo teve como população-alvo crianças nascidas no HCPA. Este é o hospital-escola da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que, por sua alta capacitação, constitui-se em um centro de referência nacional em termos de saúde pública. É um hospital geral que atende aproximadamente 4 500 partos por ano, com um índice de partos normais em torno de 70%, possuindo 38 leitos no Alojamento Conjunto. Sua clientela provém de todas as camadas sociais da população de Porto Alegre, e de regiões vizinhas. Porém, a grande maioria é de baixo nível socioeconômico, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria das mulheres que têm os seus filhos no HCPA tem assistência pré-natal na rede de postos de saúde do município de Porto Alegre ou de

outros municípios. Após a alta da maternidade, os bebês, em geral, são acompanhados em unidades básicas de saúde próximas das suas residências.

O HCPA tem se destacado pelo seu trabalho na área de aleitamento materno e possui equipe altamente capacitada para a promoção e manejo da amamentação.

3.3 Amostra estudada

3.3.1 Tamanho da Amostra

O cálculo de tamanho de amostra foi feito com base no objetivo do projeto mais amplo, que era o de avaliar o impacto da IHAC nas taxas de aleitamento materno.

Considerando uma frequência de aleitamento materno de 48% no sexto mês de vida na coorte estudada antes da implementação da IHAC no HCPA (Kummer *et al.*, 2000) e prevendo um aumento de 20 pontos percentuais nessa frequência após a IHAC, a amostra mínima obtida, no cálculo, foi de 181 crianças, com poder de 80% e $p=0,05$. Levando em consideração prováveis perdas no seguimento e a análise multivariada, foram selecionadas 250 crianças para participar do estudo.

3.3.2 Seleção da Amostra

Foram selecionadas para o estudo todas as crianças nascidas de domingo a quinta-feira no HCPA a partir de julho de 1999, até completar o número estabelecido para a

amostra (outubro de 1999). As crianças deveriam preencher os seguintes critérios para serem incluídas na amostra: permanecerem em alojamento conjunto, terem peso de nascimento igual ou maior que 2 500 g, não serem gemelares, terem iniciado o aleitamento materno e serem filhos de mães residentes no município de Porto Alegre.

Os recém-nascidos ou mães que apresentassem qualquer problema que impedisse ou dificultasse a amamentação (Ex.: malformações, separação mãe-bebê por permanência de um deles no hospital) não foram incluídos no estudo. Nenhuma mãe recusou-se a participar do estudo.

Foram consideradas como perdas as crianças cujas mães não foram localizadas para a realização de entrevista de acompanhamento ou se recusaram a continuar no estudo. Houve uma perda de 13 crianças (5,2%) no primeiro mês de acompanhamento. Ao longo dos 6 meses permaneceram no estudo 228 crianças, perda de 8,4% da amostra, todas por não localização das famílias na data da entrevista.

3.4 Coleta de Dados

De segunda a sexta-feira, a equipe de pesquisa identificava as crianças elegíveis para o estudo, nascidas no dia anterior. Uma vez identificadas as crianças, as suas respectivas mães eram contatadas e, após esclarecimentos sobre a pesquisa, eram solicitadas a participar do estudo. Após assinatura do termo de consentimento informado, as mães eram submetidas, ainda na maternidade, a uma entrevista com o objetivo de obter informações sociodemográficas, dados sobre alguns aspectos do acompanhamento pré-natal, do parto e da experiência prévia com aleitamento materno (Anexo A).

As informações sobre o uso de chupeta e sobre a alimentação da criança foram obtidas no final do primeiro, segundo, quarto e sexto mês de vida, mediante entrevistas feitas em domicílio (primeiro e sexto mês), ou por telefone (segundo e quarto mês), quando disponível. Para tanto, utilizou-se questionário padronizado (Anexo B). As crianças foram acompanhadas por seis meses ou até a interrupção do aleitamento materno, se ocorrida antes dos seis meses.

A veracidade das informações obtidas durante o acompanhamento foi checada pelas coordenadoras de campo do estudo (autora e uma nutricionista), que refizeram 5% das entrevistas, escolhidas por sorteio.

A seleção das crianças e a entrevista na maternidade foram feitas pelas coordenadoras de campo. O questionário de seguimento das crianças foi aplicado por uma equipe de acadêmicos de medicina e de enfermagem, devidamente treinados para a tarefa. A equipe, incluindo a professora orientadora, reunia-se semanalmente para distribuição de tarefas e discussão do andamento do estudo.

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variável independente ou fator de exposição: uso de chupeta com um mês de idade

Outras variáveis estudadas relacionadas com o uso de chupeta bem como as respectivas categorias foram as seguintes:

- Foi trazida chupeta para o hospital: sim; não
- Uso de chupeta no hospital: sim; não
- Chupeta foi oferecida no primeiro mês: sim; não
- Época da introdução da chupeta: 1 - 7 dias; 8 - 14 dias; 15 - 21 dias; 22 - 30 dias
- Pessoa que ofereceu a chupeta pela primeira vez: mãe; pai; avós; outros

3.5.2 Variável dependente ou desfecho: padrão de aleitamento materno e prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses

Quanto ao padrão de aleitamento materno, utilizaram-se as seguintes categorias preconizadas pela OMS (*World Health Organization*, 1991):

- Aleitamento materno exclusivo – quando o bebê recebe apenas leite humano diretamente ou extraído da mama sem receber nenhum outro sólido ou líquido, exceto vitaminas, complementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante – quando as crianças recebem além do leite materno, água, chás ou sucos.
- Aleitamento materno – quando o bebê recebe leite materno, independentemente de estar recebendo outros líquidos ou sólidos.

Considerou-se em aleitamento materno parcial a criança que recebia, além do leite materno, outros tipos de leite.

3.5.3 Outras variáveis

Foram estudadas ainda as seguintes variáveis:

- Sexo do bebê: masculino; feminino
- Peso de nascimento: 2 500g - 2 999g; 3 000g - 3 499g; 3 500g - 3 999g; \geq 4 000g
- Tipo de parto: vaginal; cesariana
- Ordem de nascimento: 1º filho; 2º filho ou mais
- Idade da mãe: \geq 21 anos; < 21 anos
- Cor da mãe: branca; não branca
- Escolaridade da mãe: tercil inferior (<7 anos); tercil médio (7-8 anos); tercil superior (>8 anos)
- Situação marital: com companheiro; sem companheiro
- Renda *per capita*: tercil inferior (\leq 0,57 salários mínimos); tercil médio (0,58-1,2 salários mínimos); tercil superior (>1,2 salários mínimos)
- Número de consultas pré-natais: \geq 5; < 5
- Tempo médio de amamentação de filhos anteriores: \geq 4 meses; < 4 meses
- Criança recebeu água ou chá no primeiro mês: sim; não
- Criança recebeu outro leite no primeiro mês: sim; não

3.6 Armazenamento e análise dos dados

As informações, depois de codificadas, foram digitadas duas vezes, por dois digitadores independentes, e armazenadas em arquivo do programa Epiinfo 6.0.

Os dados foram analisados com o auxílio dos programas Epiinfo 6.0 e SPSS para Windows 8.0.

A análise dos dados seguiu os seguintes passos:

- a) cálculo de frequência de todas as variáveis;
- b) análises bivariadas (teste do qui-quadrado de Pearson e qui-quadrado com correção de Yates) entre fator de exposição (uso de chupeta) e os desfechos (aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo); entre o fator de exposição e outras variáveis; e entre os desfechos e outras variáveis;
- c) análise de sobrevivência para comparar as frequências de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses (teste de *log rank*) entre as crianças que usavam chupeta e as que não usavam com um mês de idade;
- d) análise multivariada para calcular a razão de densidade de incidência (*hazard ratio*) para desmame precoce segundo diversas variáveis e para calcular o risco de desmame entre as crianças usuárias de chupeta, levando em consideração o padrão de amamentação com um mês de idade, única variável que se mostrou associada tanto com a exposição (uso de chupeta) quanto com o desfecho (desmame precoce). A regressão de Cox também foi utilizada para calcular o

efeito modificador de algumas variáveis selecionadas na associação entre uso de chupeta e desmame precoce. As variáveis sexo, cor da mãe e tipo de parto foram selecionadas por terem exercido efeito modificador da relação em estudo anterior (Victora *et al.*, 1997), e as variáveis escolaridade e ordem de nascimento por terem uma associação próxima da significância com o uso da chupeta e desmame precoce, respectivamente.

Para afastar o viés de causalidade reversa (o desmame seria a causa do uso da chupeta e não o inverso), foram incluídas nas análises de regressão de Cox e nas curvas de sobrevida apenas as crianças que estavam sendo amamentadas no final do primeiro mês de vida (n=219).

O nível de significância $p < 0,05$ foi usado em todas as análises.

3.7 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA (processo nº 99222), tendo sido considerado, conforme as Normas de Pesquisa em Saúde, de risco mínimo.

Todas as mães das crianças incluídas no estudo, após serem devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram termo de consentimento (Anexo C).

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hoyvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104:e50.

Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24 to 59 month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17:437-44.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução–RDC nº 221, de 05 de agosto de 2002. Disponível:http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/221_02_rdc.htm. Acessado:12/09/2002.

Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.

Andrade IGM, Taddei JA. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria* 2002;20:8-18.

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.

Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr* 1993;82:1007-11.

Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-9.

Biancuzzo M. Biological Factors. In: Biancuzzo M, ed. *Breastfeeding the newborn*. St. Louis: Mosby Inc;1999.p.44-61.

Binns CW, Scott JA. Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing? *Breastfeed Rev* 2002;10:21-5.

Braun MLG. Avaliação do impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança nas taxas de aleitamento materno em clientela do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Brown KH, Black RE, Romaña GL, Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrhea and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989;83:31-40.

Carvalho GD. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. *Revista Secretários de Saúde* 1995;2:12-3.

Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: De Carvalho MR, Tamez RN, eds. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002a. p.37-49.

Carvalho MR. Mamadeiras e chupetas são prejudiciais

Disponível:<http://www.aleitamento.com>. Acessado:22/11/2002b.

Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during postnatal period in Brazil: nested cases-control study. *Br Med J* 1999 15;318:1316-20.

Chen Y, Yu S, Li W. Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life. *Pediatrics* 1988;81:58-62.

Contreras-Lemus J, Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I, Orozco-Vigueras H, Hernandez-Gutierrez J, Fernandez-Morales J, *et al.* Disminución de la morbilidad en neonatos alimentados con leche de su propia madre. *Biol Med Hosp Infant Mex* 1992;49:671-7.

Cunha A, Machado M, Leite A. Use of pacifiers and early termination of breast-feeding in Brazil. *J Clin Epidemiol* 1998;51:10S.

Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Breastfeeding and health in the 1980's: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991;118:659-66.

Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds. *Breastfeeding: biocultural perspectives*. New York: Aldine de Gruyter; 1995.p.39-73.

Dorwazeh AM, Al Bashir A. Oral candida flora in healthy infants. *J Oral Pathol Med* 1995;24:361-4.

Family Health International. Breast-feeding as a family planing method. *Lancet* 1988;2:1204-5.

Fomon SJ. History. In: Fomon SJ, ed. *Nutrition of normal infants*. St Louis: Mosby;1993.p.6-14.

Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 1994;30:483-9.

Gale AR, Martyn CN. Breastfeeding, dummy use, and adult intelligence. *Lancet* 1996; 347:1072-5.

Gerstein HC. Cow's milk exposure and Type I Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1994;17:13-9.

Gill D. And another thing! A diatribe on dummies. *Arch Dis Child* 2002;86:222.

Giugliani ERJ. Increasing rates of exclusive breastfeeding. Technical consultation on infant and young child feeding. Geneva:World Health Organization; 2000.

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, de Blicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999;103:e33.

Howie PW, Forsyth JS, Ogston AS, Clark A, Florey CD. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J* 1990;300:11-6.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF 75. Rio de Janeiro:Fundação IBGE; 1983.

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Aspectos da saúde e nutrição de crianças no Brasil. Brasília:INAN; 1989.

Issler RMS, Giugliani ERJ, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 1990;10:141-5.

Kloeblen-Tanver AS. Pacifier use is associated with shorter breastfeeding duration among low-income women. *Pediatrics* 2001;108:526.

Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322-6.

Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Review. In: *The Cochrane Library*, issue1 2002. Oxford Update Software.

Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu WYJ, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* 2000;34:143-8.

Laborde DJ, Weigle KA, Weber DJ, Kotch JB. Effect of fecal contamination on diarrheal illness rates in day care centers. *Am J Epidemiol* 1993;138:242-55.

Lawrence R, Lawrence RM. Breastfeeding in modern medicine. In: Lawrence R, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 5th ed. St Louis: Mosby-Year Book, Inc;1999. p.1-33.

Levin S. A history of dummies. *Nurs RSA* 1990;5:17-20.

Levy SM, Slager S, Warren JJ, Levy BT, Nowak AJ. Associations of pacifier use, digit sucking, and child care attendance with cessation of breastfeeding. *J Fam Pract* 2002;51:465-6.

Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Lacerda NS, Batista MF, Huttly SRA, et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: A longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108:e66.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Renisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002;287:2365-71.

Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995;126:S125-9.

Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M, Uhari M. Pacifier as a risk for acute otitis media: a randomized controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000;106:483-7.

Niemelä M, Uhari M, Hannuksela A. Pacifiers and dental structure as risk factors for otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaringol* 1994;29:121-7.

Niemelä M, Uhari M, Möttönen M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics* 1995;96:884-8.

North K, Fleming P, Golding J, ALSPAC Study Team. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics* 1999;103:e34

Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: finding of a prospective birth cohort study. *Br Med J* 1999;319:815-9.

Pedroso RS, Siqueira RV. Pesquisa de cistos de protozoários, ovos e larvas de helmintos em chupetas de crianças de zero a sete anos. *J Pediatr (Rio J.)* 1997;73:21-5.

Popkin BM, Adair L, Asin JS, Bloch R, Brisco J, Flieger W. Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990;86:874-82.

Pullan CR, Toms GL, Martin AJ, Gardner PS, Webb JK, Appleton DR. Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection. *Br Med J* 1980;281:1034-6.

Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 1998;25:40-4.

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185-9.

Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999;88:411-5.

Sanghvi TG. Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento materno em maternidades. Resumo do estudo USAID/LAC HNS na América Latina (1992-1995);1996.

Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *Eur J Pediatr* 1997;156:874-7.

Sio JO, Minawalla FK, George RH, Booth IW. Oral Candida: is dummy carriage the culprit? *Arch Dis Child* 1987;62:406-8.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.p.125-38.

Stuart-Macadam P. Breastfeeding in prehistory. In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, eds. Breastfeeding: biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter;1995. p.75-99.

Thomas DB, Nooman EA. Breast cancer and prolonged lactation. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol* 1993;22:619-26.

Toma TS. Violando a Norma 1996: Relatório Nacional das Violações à Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. São Paulo 1996; IBFAN/UNICEF:37p.

Tomasi E, Victora CG, Olinto MT. Uso de chupetas em crianças: padrões de uso, contaminação e associação com diarreia. *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; Belo Horizonte, MG; 1992. p.173.

Tomasi E, Victora CG, Olinto MTA. Padrões e determinantes do uso de chupetas em crianças. *J Pediatr (Rio J.)*1994;70:167-73.

UNICEF. The State of the World's Children. Oxford: Oxford University Press;1987.

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.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM. Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:319-22.

Victora CG, Tomasi ET, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993;341:404-6.

Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: A prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001;37:58-63.

Westin JB. Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. Arch Environ Health 1990;45:359-63.

World Health Organization. Programme for control of diarrhoeal diseases. indicators for assessing breastfeeding practices. Update 1991;10:1-4.

World Health Organization. Nutrition and infant feeding. Disponível: http://www.who.int/child-adol-health/nutrition/infant_exclusive.htm. Acessado:12/05/2002.

World Health Organization Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. Lancet 2000; 355:451-5.

World Health Organization, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. Geneva: World Health Organization;1989.

Zavaschi MLS, Costa F, Lorenzon SF, Mocellon MN. Promoção da saúde mental da criança. In: Duncam BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1996. p.100-8.

ANEXOS

Anexo A - Consentimento Pós-Informado

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar o trabalho de incentivo ao aleitamento materno que o Hospital de Clínicas vem desenvolvendo através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Para isso, será necessário que a senhora responda um questionário aqui na maternidade e outros questionários no seu domicílio quando seu bebê estiver com 1, 2, 4 e 6 meses de idade, contendo perguntas referentes à alimentação do seu bebê. Quando possível, a aplicação do questionário no final do 2º e 4º meses poderá ser feita por telefone.

Pelo presente Consentimento Pós-Informado, declaro que fui esclarecida de forma detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetida, bem como do desconforto e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informada da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.

Da segurança de que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade.

De que se existirem gastos adicionais, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

As pesquisadoras responsáveis por este projeto de pesquisa são:

Nutricionista Maria Luiza Braun - CRN 0848 (fone 981 2873);

Pediatra Maria Emilia de Mattos Soares - CRM 10518 (fone 981 5552)

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição de atenção à saúde em / / .

Data ----/----/----

Nome e assinatura do paciente Voluntário

Anexo B - Instrumento de coleta de dados: maternidade

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NAS TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO

ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA

Questionário Inicial

Mora em POA () sim () não Alojamento conjunto () sim () não número|_|_|_|_|

Mãe amamentando () sim () não

Nome da mãe _____ Registro _____

Nome da criança: _____

ENDEREÇO: Rua _____ Número: _____ .apto: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Ponto de referência: _____

Ônibus: _____ Descer em qual parada: _____

Telefone para contato: _____ Telefone profissional do pai: _____ mãe: _____

Pretende mudar de endereço? () não () sim

Quando? _____ Para qual? _____

Qual o melhor horário para visita domiciliares (para encontrar o mãe presente)?

Dia da semana: _____ horário: _____ () qualquer horário

01. Data de nascimento da criança ___/___/___	DATNASC _ _ _ _ _ _ _ _
02. Cor da mãe: (1) branca (2) mista (3) preta (4) outras	CORM _
03. Quantos anos você tem? _____ anos	IDADEM _ _
04. Tipo de parto: (1) vaginal (2) cesáreo	TIOPAR _
05. Sexo do bebê (1) feminino (2) masculino	SEXO _
06. Peso de nascimento do bebê: _____ g	PNBEBE _ _ _ _
07. Renda familiar: R\$ _____ salários mínimos: _____	RENDAFA _ _
08. Número de pessoas que vivem com esta renda: _____	
09. Renda per capita: R\$ _____ salários/mínimos: _____	RENDCAP _ _
10. Situação marital: (1) casada (2) c/companheiro (3) s/companheiro	CONDMAR _

DADOS DA MÃE

11. Quantos anos de estudo (completos) você tem? _____ ESCOLAM |_|_|

12. Caso mãe trabalhe fora, profissão? _____

13. Quantos filhos vivos você teve antes desse? _____ (88) NSA	FILHOVI _ _
14. Estes filhos foram amamentados? Por quanto tempo (em meses completo)?	FILHOAMA _

COMEÇAR A NUMERAÇÃO PELO MAIS VELHO

A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ (88) NSA DURAM |_|_|

DADOS DO PRÉ NATAL

15. Você fez pré-natal?

(1) sim (2) não	PREN _
16. SE SIM, número de consultas do pré-natal _____	NCONSP _ _

17. Onde você fez o pré-natal?

(1) HCPA (2) Outros (especificar) _____ (8) NSA LOCPN |_|

18. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno?

(1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA ORIEPN |_|

ROTINA DO HOSPITAL EM RELAÇÃO À AMAMENTAÇÃO

19. Você recebeu seu bebê para segurar pela primeira vez na sala de parto?

(1) sim (2) não (3) não sabe REBSESP |_|

19. Seu bebê sugou na sala de parto?

(1) sim (2) não (3) não sabe SBSSPAR |_|

20. Em que hora seu bebê ficou com você no alojamento conjunto?
 (1) 1º (2) 2º. (3) 3º. (4) 4º. (5) 5º. (6) 6º . (7) > 6 horas HORASAC |_|_|
21. Desde a sua internação, você recebeu orientação sobre como posicionar e obter uma boa pega para amamentação
 (1) sim (2) não (3) não sabe OPBPEGA |_|_|
22. Desde que seu bebê nasceu, ele recebeu algum outro alimento além do leite materno?
 (1) sim (2) não (3) não sabe OUTALM |_|_|
23. Se sim, por que recebeu?
 (1) mãe sem condições (2) mãe sem leite/pouco leite (3) febre do RN/desidratação
 (4) choro do bebê (5) risco de hipoglicemia (6) outras, especificar _____
 (7) não sabe (8) NSA PROUTLEI |_|_|
24. Como foi oferecido este alimento ao seu bebê?
 (1) só copinho (2) só mamadeira (3) copinho + mamadeira
 (4) outros (especificar) _____ (5) Não sabe (8) NSA CFOALM |_|_|
25. Trouxe bico ou chupeta para o hospital?
 (1) sim (2) não (8) NSA TBICOHOS |_|_|
26. Se sim, quem trouxe?
 (1) mãe (2) pai (3) avós (4) outros parentes (5) amigos
 (6) outros especifique? _____ (8) NSA QTBICOH |_|_|
27. O bico foi usado no hospital? (1) sim (2) não (8) NSA BICOUH |_|_|
28. Você acha que o bebê precisa tomar água ou chá quando está mamando só no peito?
 (1) sim (2) não (3) não sabe PRTACAP |_|_|
29. Você vê algum problema em usar mamadeira enquanto estiver amamentando no peito?
 (1) sim (2) não Qual? _____ (3) não sabe APUARM |_|_|

DADOS DO PRONTUÁRIO

30. RN recebeu suplementação no hospital?
 (1) sim (2) não (9) IGN RESUHO |_|_|
31. Se recebeu, a mãe sabia? (1) sim (2) não (8) NSA MAESAB |_|_|
32. Se sim, quantas vezes recebeu a suplementação? _____ (88) NSA NUMVEZE |_|_|
33. Como foi administrado a suplementação?
 (1) só copinho (2) só mamadeira (3) copinho + mamadeira
 (4) outros (especificar) _____ (8) NSA CFASUPL |_|_|
34. Qual a causa do RN ter recebido mamadeira?
 (1) mãe sem condições (2) mãe sem leite/pouco leite
 (3) febre do RN/desidratação (4) choro do bebê (5) risco de hipoglicemia
 (6) outras, especificar _____ (8) NSA CAUSAMAD |_|_|
35. Mãe foi vista pela consultora em lactação?
 (1) sim número vezes _____ - (2) não MCONSUL |_|_|
36. Entrevistador ENTREVIS |_|_|
 (1) Maria Luiza Gonzaga Braun
 (2) Maria Emilia de Mattos Soares
 (3) _____

Anexo C - Instrumento de coleta de dados: domicílio

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA NAS TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO

ESTUDO DE UMA COORTE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HCPA QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO:2

PERÍODO DA VISITA: _____ A _____ Número: _____

Nome da mãe _____ nome da criança : _____

Endereço: _____ Telefone: _____

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

- | | | | |
|--|---------|--|--|
| 1. A sua criança está mamando no peito?
(1) sim (2) não SE SIM, passar para a questão 3 | SCRMSP | | |
| 2. Se não, sua criança tomou alguma vez leite de peito após a alta do hospital?
(1) sim (2) não (8) NSA
Se sim, quanto tempo? () dias | CRTAULP | | |
| | TEMLP | | |

O seu bebê está recebendo alguns desses alimentos?

- | | | | |
|---|---------|--|--|
| 3. Água (0) não () sim número de vezes/dia: _____
Motivo da introdução: _____ | BRAGUA | | |
| 4. Chá (0) não () sim número de vezes/dia: _____
Motivo da introdução: _____ | BRCHA | | |
| 5. Suco de frutas (0) não () sim número de vezes/dia: _____
Motivo da introdução: _____ | BRSFRUT | | |
| 6. Leite (0) não () sim número de vezes/dia: _____
Motivo da introdução : _____ | BRLEITE | | |
| 7. Qual o tipo de leite introduzido?
(1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) Leite em caixinha | | | |
| 8. Leite engrossado () não () sim número de vezes/dia: _____
Motivo da introdução _____ | BRLEIGS | | |
| 9. Sopinha rala (0) não () sim número de vezes/dia: _____
Motivo da introdução _____ | BRSOPA | | |
| 10. Seu bebê recebe mamadeira? (1) sim (2) não | SBRMAM | | |
| 11. Sua criança come outros alimentos? (1) sim (2) não | CCOALIM | | |

Se sim, quais?

- | | | | |
|---|------------|--|--|
| 12. frutas (1) sim (2) não (8) NSA | CFRUTA | | |
| 13. vegetais (1) sim (2) não (8) NSA | CVEGETA | | |
| 14. cereais (1) sim (2) não (8) NSA | CCEREA | | |
| 15. leguminosas (1) sim (2) não (8) NSA | CLEGUM | | |
| 16. carnes (1) sim (2) não (8) NSA | CCARNE | | |
| 17. ovos (1) sim (2) não (8) NSA | COVOSROALI | | |
| Se sim especificar _____ | | | |

19. Tipo de alimentação de casa

- (1) aleitamento exclusivo
 (2) aleitamento predominante
 (3) aleitamento complementado (peito + mais outros alimentos)
 (4) aleitamento misto (peito + outros leites)
 (5) aleitamento misto complementado (peito + outros leite + outros alimentos)
 sem aleitamento materno

TIPOALI | |

APOIO NA AMAMENTAÇÃO

20. Você está recebendo ou já recebeu incentivo de alguém para continuar amamentando?

(1) sim (2) não (3) NS

VRIACAM |__|

SE SIM, de quem?

21. Profissionais de saúde (1) sim (2) não (3) não sabe

IAMPS |__|

22. Agente comunitário (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NSA

IAMACS |__|

23. Amigos/vizinhos (1) sim (2) não (3) não sabe

IAMAV |__|

24. Avó materno (1) sim (2) não (3) não sabe

IAMAVM |__|

25. Avó paterna (1) sim (2) não (3) não sabe

IAMVP |__|

26. Outro familiar (1) sim (2) não (3) não sabe

IAMOF |__|

27. Outros _____

28. Seu marido/companheiro está lhe dando ou lhe deu apoio para continuar amamentando?

(1) sim (2) não

SCDAP |__|

USO DE BICO

29. Sua criança chupa bico?

SCCBICO |__|

(1) sim (2) não motivo da introdução: _____

30. SE NÃO CHUPA, foi tentado dar o bico? (1) sim (2) não (3) NSA

NSTBICO |__|

31. Quem deu o bico pela primeira vez? (1) mãe (2) pai (3) avós (4) outros parentes (5) amigos

(8) NSA (6) outros, especifique?

QDBICOP |__|

32. Se não chupa, já parou ou nunca chupou? (0) nunca chupou (1) já parou (8) NSA

SNCQPAR |__|

33. Quando parou de chupar bico? ___ meses ___ dias

SE CHUPA OU JÁ PAROU:

NMDPAR |__|

34. Qual era a idade da criança, quando começou a chupar bico?

___ meses ___ dias

IDACQCB |__| |__| |__|

35. Ele(a) chupa(va) de dia? (1) sim (2) não (8) NSA

ECDIA |__|

36. SE SIM: quanto ele chupa?

(1) todo o dia (2) de vez em quanto (3) só para dormir

(4) outro _____ (8) NSA

SSTTEMP |__|

37. Ele(a) chupa(va) de noite? (1) sim (2) não (8) NSA

ECNOITE |__|

38. SE SIM: quanto ele chupava?

(1) toda a noite (3) De vez em quanto (2) só para dormir (8) NSA

STNDORM |__|

39. Como foi realizada a entrevista foi realizada?

COMENTREV |__|

(1) domicílio (2) Telefone

40. Data da entrevista /___/___/

ENTREV |__| |__| |__|

41. Entrevistadora:

ENTREV |__|

(1) Ana Cristina (2) Andréia (3) Camila (4) Ariane (5) Claudia (6) Liliam (7) Christiane (8) Paulo Rogério

ARTIGO

**USO DE CHUPETA E SUA RELAÇÃO COM O DESMAME
PRECOCE EM POPULAÇÃO DE CRIANÇAS NASCIDAS
EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

Título

Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança

Título em inglês

Pacifier use and its relationship with early weaning in infants born at a Baby-Friendly Hospital

Título abreviado

Chupeta e desmame precoce

Autores

Maria Emília de Mattos Soares^{1*}, Elsa Regina Justo Giugliani^{2*}, Maria Luiza Braun^{3*}, Ana Cristina Nunes Salgado⁴, Andréa Proença de Oliveira⁵, Paulo Rogério de Aguiar^{6*}

* Autores com currículo cadastrado na plataforma Lattes

Titulação

1. Médica pediatra. Neonatologista. Coordenadora do projeto Hospital Amigo da Criança do Hospital Fêmeina, Grupo Hospitalar Conceição; Porto Alegre.

2. Professora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutora em Medicina: Pediatria, pela USP-Ribeirão Preto.

3. Professora da Faculdade de Nutrição do Instituto de Educação e Cultura (IMEC). Mestre pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nutricionista da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

4. Enfermeira. Ex bolsista de Iniciação Científica do CNPQ. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5. Residente de Pediatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ex bolsista de Iniciação Científica do CNPQ da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

6. Aluno da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Bolsista de Iniciação Científica da FAPERGS.

Endereços eletrônicos

1. memilha@terra.com.br
2. elsag@vortex.ufrgs.br
3. lubraun@cpovo.net
4. salvado@uol.com.br
5. apeixe@uol.com.br
6. colleta@zipmail.com.br

Instituição

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contribuição dos Autores

Maria Emília de Mattos Soares - Participação na elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos resultados e redação.

Elsa Regina Justo Giugliani - Participação na elaboração do projeto, análise dos resultados e redação.

Maria Luiza Braun - Participação na elaboração do projeto, coleta de dados e análise dos resultados.

- Ana Cristina Nunes Salgado - Participação na coleta de dados e análise dos resultados.
- Andréa Proença de Oliveira - Participação na coleta, digitação e análise dos dados.
- Paulo Rogério de Aguiar - Participação na coleta, digitação e análise dos dados.

Correspondência

Maria Emilia de Mattos Soares

Rua Neuza Goulart Brizola, nº 555, ap. 303, cep 90460-230, Porto Alegre, RS

Fone 51.33307905, cel. 99815552, fax 51.32225690

Contato Pré-Publicação

Elsa Regina Justo Giugliani

Rua Itaboraí, nº 1477, cep 90670-030, Porto Alegre, RS

Fone 51.3336 0282, cel. 9986 5377, fax 51.3316 5119

Fonte Financiadora

FIPE (Auxílio do Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre)

Contagem de palavras do texto: 2801

Resumo

Objetivo: Verificar a prática do uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança.

Método: Estudo de coorte, longitudinal, envolvendo 250 bebês saudáveis nascidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com peso de nascimento ≥ 2.500 g, não gemelares, com o aleitamento materno iniciado, de famílias residentes em Porto Alegre. Os dados foram obtidos mediante entrevista com as mães na maternidade e nas suas casas no final do primeiro e do sexto mês do bebê e, por telefone, no segundo e quarto mês. Foram construídas curvas de sobrevivência para comparar as prevalências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, entre as crianças usuárias e não usuárias de chupetas.

Resultados: Das 237 crianças localizadas no final do primeiro mês de vida, 61,6% usavam chupeta, a maioria desde a primeira semana de vida. O uso de chupeta foi mais freqüente entre as crianças do sexo masculino e entre as com mães com baixa escolaridade; entre as crianças amamentadas com um mês, o uso de chupeta foi observado com mais freqüência naquelas não amamentadas exclusivamente. A incidência de desmame, entre o primeiro e sexto mês nas crianças ainda amamentadas no final do primeiro mês, foi de 22,4% para as crianças não usuárias de chupeta e de 50,8% para as usuárias ($p < 0,001$). Quase 2/3 das usuárias de chupeta deixaram de ser amamentadas exclusivamente até o final do segundo mês; entre as não usuárias, o índice foi de 45% ($p < 0,001$).

Conclusão: A prática do uso de chupeta é muito arraigada na nossa cultura, mesmo em população orientada para evitá-la. A associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo foi confirmada nesta população.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Lactação

Abstract

Objective: To assess the use of pacifiers and its relationship with early weaning among children born at a Baby-Friendly Hospital.

Method: A cohort study was carried out with 250 healthy singleton babies, with birthweight $\geq 2,500$ g, and with ongoing breastfeeding, born at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. All mothers lived in Porto Alegre. The data were collected through interviews with the mothers, both at the maternity ward and at their homes, at the end of the first and sixth month of life; and over the phone, in the second and fourth months. Survival curves were built to compare the prevalence of breastfeeding and exclusive breastfeeding during the first six months of life among pacifier and non-pacifier users.

Results: Among the 237 newborns contacted in the first month of life, 61.6% had been using pacifiers, most of them since the first week of life. The use of pacifiers was more frequent among male newborns and among those with poorly educated mothers; among babies who were being breastfed, the use of pacifiers was more commonly observed among non-exclusively breastfed ones. Considering the babies who were still being breastfed by the end of the first month of life, the incidence of weaning between months 1 and 6 was 22.4% for non-pacifier users and 50.8% for pacifier users ($p < 0.001$). Almost 2/3 of pacifier users stopped being exclusively breastfed before the end of the second month; among non-pacifier users, this rate was 45% ($p < 0.001$).

Conclusion: The use of pacifiers is deeply rooted in our culture, even in a population oriented towards avoiding it. The association between pacifier use and shorter duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding was confirmed in this population.

Keywords: Breastfeeding, Lactation

Introdução

Chupetas são amplamente utilizadas em muitas partes do mundo, apesar da sua prática ter sido desaconselhada pela Organização Mundial da Saúde¹ e pela Academia Americana de Pediatria², em especial para crianças que são amamentadas. No Brasil, pesquisa realizada nas capitais brasileiras, com exceção do Rio de Janeiro, em outubro de 1999, mostrou que 53% das crianças menores de um ano usam chupeta³.

Vários estudos têm demonstrado associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno⁴⁻¹³. O primeiro estudo especificamente delineado para testar essa associação foi realizado em Pelotas, no sul do Brasil, por Victora *et al*⁷. No estudo, as crianças ainda amamentadas com um mês de idade que usavam chupeta com frequência tiveram uma chance 2,4 vezes maior de serem desmamadas entre um e seis meses. Esse risco foi menor (1,7 vez), mas ainda significativo, para as crianças que usavam chupeta menos frequentemente.

Segundo alguns autores¹⁴, a “confusão de sucção” causada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio pode interferir no sucesso do aleitamento materno. Além disso, as crianças que usam chupeta mamam com menos frequência^{7,8,10,13}, o que pode prejudicar a produção do leite materno.

Partindo do pressuposto de que mamadeiras e chupetas podem ser obstáculos à amamentação bem sucedida, a Organização Mundial da Saúde, conjuntamente com o UNICEF, incluíram entre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” o não uso de mamadeiras e chupetas nas maternidades para crianças amamentadas ao seio¹. Sendo assim, os Hospitais Amigo da Criança, além de não usarem mamadeiras e chupetas

nas suas maternidades, orientam as mães a evitar essas práticas após a alta hospitalar. Não há conhecimento de estudos que tenham verificado a prática do uso de chupetas e sua relação com o desmame precoce em crianças nascidas em Hospitais Amigos da Criança. O presente artigo tem como objetivo preencher essa lacuna.

Métodos

Este é um estudo de coorte, longitudinal, que envolveu 250 crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital geral universitário, que realiza aproximadamente 4.000 partos por ano. Sua clientela pertence a diferentes níveis socioeconômicos, com predominância de indivíduos de menor poder aquisitivo, usuários do Sistema Único de Saúde. O hospital foi reconhecido como Hospital Amigo da Criança em dezembro de 1997.

A amostra foi selecionada no período de agosto de 1999 a maio de 2000 e incluiu todos os recém-nascidos do período, desde que preenchessem os seguintes critérios: peso de nascimento igual ou maior que 2.500 g, não gemelares, sem problemas de saúde que impedissem ou dificultassem a amamentação (ex: mães soropositivas para o HIV, malformações congênitas, condições que impedissem a permanência em alojamento conjunto), em amamentação quando da saída da maternidade e filhos de mães residentes no município de Porto Alegre.

Após consentirem em participar do estudo e assinarem termo de consentimento informado, as mães eram entrevistadas na maternidade com vistas a obter informações relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados ao

acompanhamento pré-natal, ao parto e à experiência prévia com aleitamento materno. As informações relativas ao uso de chupeta e às práticas de alimentação da criança foram obtidas mediante entrevistas com as mães nas suas casas, no final do primeiro e sexto mês de vida da criança e por entrevistas por telefone, ao final do segundo e quarto mês. Quando não era possível a entrevista por telefone, recorria-se à visita domiciliar. As crianças da coorte foram acompanhadas até o sexto mês de vida ou até a interrupção da amamentação, caso essa ocorresse antes. Nenhuma mãe recusou-se a participar do estudo. Houve uma perda de 13 crianças (5,2 %) no primeiro mês de acompanhamento. Portanto, os dados referentes ao uso de chupeta com um mês referem-se a 237 crianças. Ao longo dos seis meses de acompanhamento, permaneceram no estudo 228 crianças, perda de 8,4% da amostra, por não localização das famílias na data da entrevista. Tanto na maternidade quanto no seguimento, foram utilizados questionários padronizados. A seleção da amostra e a entrevista na maternidade foram feitas por dois dos autores (MES e MLB); as visitas domiciliares e entrevistas por telefone ficaram a cargo de estudantes de Medicina, bolsistas de Iniciação Científica, devidamente treinados para essa tarefa. A qualidade das informações dos questionários de acompanhamento foi checada pelos dois autores já mencionados, mediante uma segunda entrevista em aproximadamente 5% da amostra, escolhida por sorteio.

As categorias de aleitamento materno utilizadas neste estudo são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde¹⁵, ou seja, foram consideradas em *aleitamento materno exclusivo* as crianças que recebiam leite materno como única fonte de hidratação e alimentação, em *aleitamento materno predominante* as crianças que recebiam, além do leite materno, água, chás ou sucos, e em *aleitamento materno* as crianças que recebiam qualquer quantidade diária de leite materno, independentemente de estarem recebendo ou

não outros alimentos. Consideraram-se em *aleitamento parcial* as crianças que recebiam, além do leite materno, outro tipo de leite e, em *desmame precoce*, as crianças em que o aleitamento materno foi interrompido ao longo do seguimento, ou seja, nos primeiros seis meses de vida da criança.

Quanto ao uso de chupeta, as crianças foram categorizadas em *usuárias* quando a mãe informava que a criança tinha o hábito de usar chupeta e em *não usuárias* quando esse hábito não existia.

Para as análises estatísticas, foram utilizados o programa Epiinfo 6.0 e o pacote estatístico SPSS *for Windows* (versão 8.0). As associações entre uso de chupeta e variáveis selecionadas foram testadas pelo teste do *qui-quadrado* de Pearson ou *qui-quadrado* com correção de Yates. A amostra foi categorizada em tercís quanto à escolaridade da mãe e renda *per capita*. O tercil de menor escolaridade incluiu as mulheres com escolaridade menor que 7 anos, o tercil médio as mães com 7 a 8 anos de estudo, e o tercil superior as com mais de 8 anos de escolaridade. Os tercís inferior, médio e superior de renda corresponderam a $\leq 0,57$ salários mínimos (SM), 0,58-1,2 SM e $> 1,2$ SM, respectivamente.

A regressão de Cox foi utilizada para calcular a razão de densidade de incidência (*hazard ratio*) para desmame precoce segundo diversas variáveis e para calcular o risco de desmame entre as crianças usuárias de chupeta, levando em consideração o padrão de amamentação com um mês de idade, única variável que se mostrou associada tanto com a exposição (uso de chupeta) quanto com o desfecho (desmame precoce). A regressão de Cox também foi utilizada para calcular o efeito modificador de algumas variáveis selecionadas na associação entre uso de chupeta e desmame precoce. As variáveis sexo, cor da mãe e tipo de parto foram selecionadas por terem exercido efeito modificador da

relação em estudo anterior⁷, e as variáveis escolaridade e ordem de nascimento por terem uma associação próxima da significância com o uso de chupeta e desmame precoce, respectivamente.

Para comparar as prevalências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo entre as crianças usuárias e não usuárias de chupeta, foram construídas curvas de sobrevida do aleitamento materno, tendo sido empregado o teste *log rank* para calcular a significância estatística.

Para afastar o viés da causalidade reversa (o desmame seria a causa do uso da chupeta e não o inverso), foram incluídas, nas análises de regressão de Cox e nas curvas de sobrevida, apenas as crianças que estavam sendo amamentadas ao final do primeiro mês de vida (n=219).

O estudo foi aprovado pela Comissão Científica e pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados

Das 250 mães das crianças que iniciaram o estudo, 51 (20,4%) trouxeram chupeta para a maternidade e 3 (1,2%) ofereceram-na ao recém-nascido. Ao longo do primeiro mês, o uso da chupeta foi pelo menos tentado em 87,8% das crianças, na maioria das vezes pelas mães (72,2%). Os pais foram os responsáveis por oferecer a chupeta em 2,5% das vezes e os avós em 7,2%.

Na visita de primeiro mês, constatou-se que, das 237 crianças localizadas, 91 (38,4%) não estavam usando chupeta e 146 (61,6%) a usavam, a maioria desde a primeira semana de vida (34,2%).

As características das mães, das crianças e ambientais segundo o uso ou não de chupeta com um mês de idade encontram-se na Tabela 1. O uso de chupeta foi mais freqüente entre as crianças do sexo masculino e entre as que não estavam sendo amamentadas exclusivamente no primeiro mês. A associação entre baixa escolaridade materna (terço inferior) e uso de chupeta esteve muito próximo da significância ($p=0,059$).

A Tabela 2 mostra o risco para o desmame nos primeiros seis meses de acordo com as características maternas, das crianças e ambientais. Os primogênitos tiveram um risco 48% maior de serem desmamados precocemente quando comparados com os não primogênitos, diferença muito próxima da significância (IC 95%=0,99-2,22).

A regressão de Cox simples revelou que o padrão de aleitamento materno entre as crianças amamentadas com um mês associou-se significativamente com o risco para desmame entre um e seis meses. As crianças em aleitamento materno parcial com um mês, tiveram um risco 4,5 vezes maior (IC=2,7-7,7) de serem desmamadas até o sexto mês e as em aleitamento predominante um risco 1,6 vez maior (IC=0,9-2,9) quando comparadas com as crianças em aleitamento materno exclusivo (Tabela 5).

As curvas de sobrevivência (figuras 1 e 2) mostram que as freqüências de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo entre as crianças que não faziam uso de chupeta no primeiro mês de vida foram maiores do que as que tinham o hábito de usarem chupeta. Observa-se que, entre as crianças ainda amamentadas com um mês, a incidência de desmame entre o segundo e o sexto mês foi de 22,4% para as crianças que não usavam

chupeta e de 50,8% para as usuárias de chupeta ($P<0,001$). Com relação ao aleitamento materno exclusivo, 73,1% das crianças que usavam chupeta deixaram de ser amamentadas exclusivamente até o final do segundo mês, enquanto que, para as crianças que não usavam chupeta, esse índice foi de 44,9% ($P<0,001$).

Como o padrão de aleitamento materno com um mês mostrou-se associado tanto com o hábito de usar chupeta quanto com o desmame precoce, configurando-se desta maneira como um fator de confusão em potencial, analisou-se mediante uma regressão de Cox a relação entre uso de chupeta e desmame precoce, controlando para esta variável. O risco de desmame precoce entre um e seis meses entre as crianças amamentadas com um mês manteve-se significativamente maior entre as crianças que usavam chupeta (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra os resultados da regressão de Cox para testar o efeito modificador de algumas variáveis selecionadas na associação entre uso de chupeta e desmame precoce. O risco de desmame associado com o uso de chupeta foi maior para os meninos, para os não primogênitos e para as crianças nascidas de parto cesáreo, mas as interações não foram significativas.

Discussão

Este estudo mostra o quanto a prática de oferecer chupeta à criança está arraigada na cultura local. Apesar de as crianças terem nascido em um Hospital Amigo da Criança, que desestimula essa prática, a somente uma em cada dez crianças a chupeta não foi oferecida em casa e, no final do primeiro mês, seis de cada dez efetivamente usavam chupeta. A prevalência do uso de chupeta na população estudada foi semelhante à

encontrada por Barros *et al.*⁶ em Guarujá, SP (54,8%), e menor do que a observada em Pelotas, RS⁷ (85%). Ela é menor também que a prevalência do uso de chupeta em crianças menores de um ano para a população de Porto Alegre (69,2%), segundo estudo nacional realizado sob os auspícios do Ministério da Saúde, porém maior que a prevalência média nacional (53%)³. Segundo a mesma pesquisa, Porto Alegre é a cidade com a maior prevalência de uso de chupeta entre as capitais brasileiras. É possível que a prevalência do uso de chupeta na população estudada fosse ainda maior antes da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, porém não há dados disponíveis para verificar essa hipótese.

Alguns estudos têm identificado características maternas, das crianças e ambientais que favorecem o uso de chupetas, tais como: crianças do sexo masculino^{7,16,17}; com baixo peso de nascimento⁷; primogênitas^{8,16-18}; expostas à fumaça de cigarro^{16,17}; de mães jovens^{7,8,10,16}; e de famílias com baixo nível socioeconômico^{6,10,16}. No presente estudo, o uso de chupeta foi mais freqüente entre as crianças do sexo masculino e de mães com menor escolaridade. É possível que as mães com melhor escolaridade estejam mais bem informadas e conscientizadas sobre os riscos do uso da chupeta. É possível também que essas famílias disponham de uma estrutura que favoreça um ambiente mais tranquilo, e tenham mais condições físicas e emocionais para utilizar outros métodos para “acalmar” a criança. O fato de os meninos serem mais propensos a usarem chupetas ainda carece de uma explicação. Teriam os meninos um comportamento diferente do das meninas, favorecendo um oferecimento maior da chupeta, ou teriam as meninas uma tendência maior a rejeitar a chupeta? Essa questão seria mais bem respondida mediante estudos etnográficos.

A associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno, já descrito em outros estudos⁴⁻¹³, foi confirmada. As crianças ainda amamentadas com um mês de idade que usavam chupeta tiveram uma chance 2,8 vezes maior de serem desmamadas até o sexto mês. O viés da causalidade reversa foi minimizado excluindo-se da análise as crianças desmamadas no primeiro mês de vida. Além disso, a associação se manteve significativa independentemente do padrão de aleitamento materno da criança com um mês de idade. Ou seja, em relação a uma criança de um mês que usa chupeta, é possível afirmar que ela corre um risco consideravelmente maior, do que as que não usam nesta idade, de ser privada dos benefícios do aleitamento materno antes dos seis meses, mesmo que ela esteja em amamentação exclusiva. Este dado é relevante em termos de atenção dispensada à tríade mãe/bebê/família em termos de prevenção do desmame precoce.

Victora *et al.*⁷ observaram que a associação entre uso de chupeta e duração do aleitamento materno poderia ser modificada significativamente por alguns fatores, tais como cor da pele da mãe e tipo de parto. Esses autores mostraram que o uso de chupeta só esteve associado com duração do aleitamento materno entre as mulheres brancas e que esta associação foi muito mais robusta entre as mulheres submetidas a cesarianas (HR=9,1) quando comparadas com as tiveram parto via vaginal (HR=3,1). Embora a associação fosse mais forte entre as meninas (HR=5,4) do que entre os meninos (HR=2,6), essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa. O presente estudo também mostrou uma associação mais forte entre uso de chupeta e desmame precoce nas crianças nascidas por cesariana, porém sem significância estatística. Diferentemente do relatado por Victora *et al.*⁷, a associação foi maior entre os meninos – porém sem significância estatística – e não houve diferença entre os filhos de mães brancas e não brancas. A escolaridade e a ordem

de nascimento das crianças também não mostraram efeito modificador na associação entre uso de chupeta e desmame precoce.

Embora já esteja bem estabelecida a associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno, ainda se desconhecem os mecanismos envolvidos nessa associação. Segundo alguns autores^{7,8,10,13}, o uso de chupeta reduz o número de mamadas por dia e, conseqüentemente, haveria uma menor estimulação da mama e menor produção de leite, culminando com o desmame. Outros autores¹⁴ acreditam que a criança que usa chupeta tenha mais dificuldade para retirar o leite do seio devido à “confusão de sucção” ocasionada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio, culminando também com o desmame. Victora *et al.* (1997)⁷, utilizando dados de estudo etnográfico, concluíram que a associação entre uso de chupeta e desmame precoce é complexa e que a chupeta seria um fator contribuinte para o desmame entre as mães que não se sentem totalmente confortáveis com a amamentação. É possível, segundo os autores, que a chupeta seja um marcador de dificuldades no aleitamento materno e não o causador direto do desmame. Kramer *et al.* (2001)¹¹ compartilham esta opinião. Estes autores e outros¹⁹ observaram que o uso de chupeta é mais comum quando associado a problemas no aleitamento materno. Ainda, não se pode descartar a hipótese de que a população que não insiste no uso de chupeta em suas crianças seja uma população diferenciada, mais conscientizada quanto aos benefícios do aleitamento materno e aos problemas relacionados com o uso de chupetas e também mais motivada para amamentar. O ideal para testar essa hipótese seria a realização de ensaios clínicos randomizados. No entanto, por razões de ordem ética, tais estudos não são possíveis. Estudos etnográficos podem ajudar no entendimento da complexa relação entre uso de chupeta e desmame precoce.

A análise metodológica do estudo garante a validade interna do mesmo. Quanto à validade externa, é provável que a população estudada seja representativa de populações urbanas usuárias da rede de hospitais do SUS que sejam Hospitais Amigos da Criança.

Concluindo, a chupeta é bastante utilizada mesmo em população orientada para evitar o seu uso, tendo sido confirmada a associação entre o hábito de usar chupeta e o desmame precoce. Independentemente dos mecanismos envolvidos nessa associação, a criança que usa chupeta corre um risco maior de não receber os benefícios do aleitamento materno durante os primeiros 6 meses. O profissional de saúde deve estar alerta para este fato e procurar intervir mais intensamente para que o desmame não ocorra. É importante também discutir com as mães e com a sociedade em geral as vantagens e as desvantagens do uso da chupeta para que as pessoas possam fazer opções conscientes.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989.
2. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993;341:404-6.
5. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 1994;30:483-9.
6. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decrease breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-9.
7. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-53.

8. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlieck EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999;103:e33.
9. Riva E, Banderali G, Agostini C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999;88:411-5.
10. Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hofvander Y, Medhin MG. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104:e50.
11. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322-6.
12. Levy SM, Slager SL, Warren JJ, Levy BT, Nowak AJ. Associations of pacifier use, digit sucking, and child care attendance with cessation of breastfeeding. *J Fam Pract* 2002;51:465.
13. Binns CW, Scott JA. Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing? *Breastfeed Rev* 2002;10:21-5.
14. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995;126:125-9.
15. World Health Organization/UNICEF. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecol Food Nutr* 1991;26:271-3.
16. North K, Fleming P, Golding J, and the ALSPAC Study Team. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics* 1999;103:e34.

17. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001;37:58-63.
18. Tomasi E, Victora CG, Olinto MT. Padrões e determinantes do uso de chupetas em crianças. *J Pediatr (Rio J)* 1994;70:167-73.
19. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 1998;25:40-4.

Tabela 1 – Características das mães e das crianças segundo a prática do uso de chupeta com um mês de idade

Características	Uso de chupeta		Total f (%)	P
	Não f (%)	Sim f (%)		
Sexo da criança				
Feminino	51 (56,0)	54 (37,0)	105 (44,3)	< 0,01*
Masculino	40 (44,0)	92 (63,0)	132 (55,7)	
Peso de nascimento				0,51**
2.500-2.999 g	26 (28,6)	34 (23,3)	60 (25,3)	
3.000-3.999 g	59 (64,8)	105 (71,9)	164 (69,2)	
≥4000 g	6 (6,6)	7 (4,8)	13 (5,5)	
Idade da mãe				0,27*
< 21 anos	23 (25,3)	48 (32,9)	71 (30,0)	
≥ 21 anos	68 (74,7)	98 (67,1)	166 (70,0)	
Cor da mãe				0,80*
Branca	67 (73,6)	104 (71,2)	171 (72,2)	
Não branca	24 (26,4)	42 (28,8)	66 (27,8)	
Presença de companheiro				0,80*
Sim	81 (89,0)	127 (87,0)	208 (87,7)	
Não	10 (11,0)	19 (13,0)	29 (12,2)	
Escolaridade materna				0,06**
Tercil inferior (<7 anos)	26 (28,6)	62 (42,5)	88 (37,1)	
Tercil médio (7-8 anos)	28 (30,8)	43 (29,5)	71 (30,0)	
Tercil superior (>8anos)	37 (40,7)	41 (28,1)	78 (32,9)	
Renda <i>per capita</i>¹ (salários mínimos)				0,71**
Tercil inferior (≤0,57)	26 (29,9)	49 (35,3)	75 (33,2)	
Tercil médio (0,58-1,2)	33 (37,9)	49 (35,3)	82 (36,3)	
Tercil superior (>1,2)	28 (32,2)	41 (29,5)	69 (30,5)	
Tipo de parto				0,20*
Vaginal	67 (73,6)	119 (81,5)	186 (78,5)	
Cesariana	24 (26,4)	27 (18,5)	51 (21,5)	
Ordem de nascimento				0,56*
Primeiro filho	35 (38,5)	63 (43,2)	98 (41,4)	
Segundo ou mais filhos	56 (61,5)	83 (56,8)	139 (58,6)	
Número de consultas pré-natais				0,13*
< 5	11 (12,1)	30 (20,5)	41 (17,3)	
≥ 5	80 (87,9)	116 (79,5)	196 (82,7)	
Tempo de amamentação de filhos anteriores²				0,18*
< 4 meses	11 (19,6)	26 (31,3)	37 (26,6)	
≥ 4 meses	45 (80,4)	57 (68,7)	102 (73,4)	
Padrão de amamentação com um mês³				< 0,01**
Exclusivo	62 (70,4)	63 (48,1)	125 (57,1)	
Predominante	19 (21,6)	36 (27,5)	55 (25,1)	
Parcial	7 (8,0)	32 (24,4)	39 (17,8)	

¹ 11 mães não souberam informar.

² Incluídas apenas as mães com filhos anteriores (n=139).

³ Incluídas apenas as crianças que estavam sendo amamentadas com um mês (n=219).

* χ^2 com correção de Yates

** χ^2 de Pearson

f: frequência observada em cada categoria das variáveis

Tabela 2 – Razões de Densidade de Incidência para o desmame entre 0 e 6 meses segundo as características das mães e dos bebês (n=228)

Características	Interrupção do AM entre 0-6 meses *f (%)	Razão de Densidade de Incidência (IC=95%)
Sexo da criança		
Feminino	44 (44,0)	1,01 (0,72-1,62)
Masculino	50 (39,1)	1,00
Peso de nascimento		
2 500-2 999g	22 (38,6)	0,77 (0,31-1,89)
3 000-3 999g	66 (41,8)	0,87 (0,38-2,01)
≥4 000g	6 (46,2)	1,00
Idade da mãe		
< 21 anos	33 (47,1)	1,27 (0,83-1,94)
≥ 21 anos	61 (38,6)	1,00
Cor da mãe		
Branca	65 (39,6)	0,82 (0,53-1,28)
Não branca	29 (45,3)	1,00
Presença de companheiro		
Não	13 (46,4)	1,16 (0,65-2,08)
Sim	81 (40,5)	1,00
Escolaridade materna		
Terço inferior (< 7 anos)	40 (46,0)	1,35 (0,83-2,18)
Terço médio (7-8 anos)	26 (37,7)	1,05 (0,62-1,79)
Terço superior (> 8 anos)	28 (38,9)	1,00
Renda per capita¹ (salários mínimos)		
Terço inferior (≤ 0,57)	27 (36,5)	0,84 (0,49-1,41)
Terço médio (0,58-1,2)	34 (42,5)	0,89 (0,53-1,47)
Terço superior (>1,2)	29 (42,6)	1,00
Tipo de parto		
Cesariana	16 (34,0)	0,75 (0,44 -1,28)
Vaginal	78 (43,1)	1,00
Número de filhos		
Primeiro filho	46 (48,4)	1,48 (0,99-2,22)
Segundo ou mais filhos	48 (36,1)	1,00
Número de consultas pré-natais		
< 5	17 (47,7)	1,21 (0,72-2,05)
≥ 5	77 (40,5)	1,00
Amamentação de filhos anteriores²		
< 4 meses	15 (41,7)	1,36 (0,74-2,50)
≥ 4 meses	33 (34,0)	1,00

¹ 6 mães não souberam informar.

² Excluídas 95 primíparas.

* f: frequência observada em cada categoria das variáveis

Tabela 3 – Análise de regressão de Cox de fatores associados com desmame entre 1 e 6 meses (n=219)*

Variáveis	RDI bruto (IC 95%)	RDI ajustado** (IC 95%)
Uso de chupeta	2,84 (1,68 - 4,81)	2,27 (1,27 - 3,89)
Tipo de aleitamento no 1º mês		
Exclusivo	1,00	1,00
Predominante	1,62 (0,91 - 2,86)	1,45 (0,81 - 2,58)
Parcial	4,52 (2,67 - 7,67)	3,70 (2,15 - 6,36)

*Excluídas as crianças que foram desmamadas no primeiro mês.

** Ajustado para uso de chupeta e tipo de amamentação.

RDI = Razão de Densidade de Incidência

IC= Intervalo de confiança

Tabela 4 – Efeitos modificadores de variáveis selecionadas na associação entre uso da chupeta e desmame precoce*

Modificadores do efeito	RDI (IC 95%) para desmame de acordo com o uso de chupeta		P**	Número de crianças
	Não usuárias	Usuárias		
Sexo				
Meninas	1,00	2,4 (1,2-4,8)	0,24	97
Meninos	1,00	3,8(1,5-9,8)		122
Cor da mãe				
Branca	1,00	2,8 (1,5-5,2)	0,27	160
Não branca	1,00	2,7 (1,1-7,5)		59
Tipo de parto				
Vaginal	1,00	2,2 (1,2-3,9)	0,17	171
Cesariana	1,00	7,2 (1,6-32,7)		48
Escolaridade				
Terço inferior (<7 anos)	1,00	2,94 (1,1-7,9)	0,65	81
Terço médio (7 a 8 anos)	1,00	2,0 (0,8-5,3)		65
Terço superior (>8 anos)	1,00	3,4 (1,3-8,8)		73
Ordem de nascimento				
Primeiro filho	1,00	2,1 (1,0-4,5)	0,70	88
Segundo filho ou outro	1,00	3,5 (1,6-7,7)		131

* Regressão de Cox incluindo apenas as crianças amamentadas com um mês.

** P=Probabilidade de as razões de densidade de incidência dos estratos serem homogêneos.

RDI = Razão de Densidade de Incidência

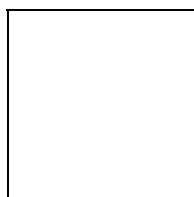


Figura 1 – Curva de sobrevivência do aleitamento materno e uso de chupeta nos primeiros 6 meses de vida, em crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

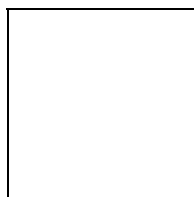


Figura 2 – Curva de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo e uso de chupeta nos primeiros 6 meses, em crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre