

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PRISCILLA GUERRA DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES NO USO DE CHUPETAS E
MAMADEIRAS DURANTE O PERÍODO PERINATAL E NEONATAL**

VITÓRIA-ES

2021

PRISCILLA GUERRA DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES NO USO DE CHUPETAS E
MAMADEIRAS DURANTE O PERÍODO PERINATAL E NEONATAL**

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Phd. Elizabete Regina Araújo de Oliveira

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

VITÓRIA-ES

2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S237i Santos, Priscilla Guerra dos Santos, 1995-
A influência dos determinantes no uso de chupetas e mamadeiras durante o período perinatal e neonatal. / Priscilla Guerra dos Santos Santos. - 2021.
108 f. : il.

Orientadora: Elizabete Regina Araújo de Oliveira Oliveira.
Coorientadora: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto Miotto.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Amamentação. 2. Chupetas. 3. Mamadeira. 4. Odontologia Pediátrica. I. Oliveira, Elizabete Regina Araújo de Oliveira. II. Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros Miotto. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

PRISCILLA GUERRA DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES NO USO DE CHUPETAS E
MAMADEIRAS DURANTE O PERÍODO PERINATAL E NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 27 de Agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elizabete Regina Araújo Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof Dr^a. Ludmilla Awad Barcellos
Universidade Vila Velha
Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Raquel Baroni de Carvalho
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

À minha amada mãe, Ronilza Guerra,
fonte de força diária, meu exemplo de
vida.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os passos caminhados nessa trajetória para chegar até aqui. Essa jornada não foi concluída sozinha, pois contei com o apoio e amizade de pessoas especiais. Coração grato pela vida de cada um!

Agradeço a Deus que em toda a sua grandeza e soberania permanece fiel em direcionar e abençoar os meus passos. Nele encontro sentido e força para persistir nos seus propósitos! Pois tudo é por meio d'Ele e por Ele.

À minha querida mãe, Ronilzia Guerra, por ser meu maior exemplo de vida. Com amor e dedicação me ensinou valores sólidos e me ofereceu todas as condições necessárias para buscar os meus sonhos. Nunca abriu mão da minha educação e me mostrou que os estudos me levam onde meus pés não podem me levar. Obrigada por tanto minha mãe. Eu amo você!

Ao meu amado marido, Rafael Grazia, por tanto amor e apoio desde o início, por acreditar em mim mais do que eu mesma, por vibrar a cada conquista minha, por ser meu parceiro de todas as horas e me ajudar quando eu mais preciso. Agradeço a Deus todos os dias por sua vida, eu amo você!

Aos meus avós Renilda e João Zito, pelas orações constantes que sustentam não só a mim, mas toda família!

Aos meus irmãos, Kamilla e Márcio, por serem a alegria da minha vida, por preencherem o meu coração com um amor puro e doce, por eles me mantenho firme em tudo.

Aos meus sogros, Mary e Luiz Carlos, pelo carinho, amor e proteção diária, por fazerem da minha vida uma estrada mais feliz, pelo apoio constante. Vocês são os maiores presentes da minha vida, amo vocês com todo o meu coração.

Às Professoras Elizabete Regina e Maria Helena, pelo seu comprometimento e competência com o ensino e a pesquisa. Minha gratidão!

Aos Professores membros da banca examinadora por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos amigos da turma do mestrado, especialmente, minha amiga que espero levar para toda a vida, Shaiane, fez dos meus dias mais leves e mais bonitos. Guardo você em meu coração!

Às mulheres que aceitaram participar da pesquisa. Sem elas não seria possível concretizar este estudo.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) cujo financiamento permitiu a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que por meio da bolsa permitiu minha dedicação aos estudos.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros 6 meses e contraindica o uso de bicos artificiais, por causar interferência sobre as práticas de aleitamento materno. O uso de bicos artificiais tem mostrado associação com diversos fatores, tais como: baixa escolaridade materna, idade materna inferior a 20 anos, trabalho materno fora do lar, primiparidade, parto cesáreo, baixo peso ao nascer, entre outros. **Objetivo:** Analisar a influência dos determinantes no uso de chupetas ou mamadeiras no período perinatal e neonatal de bebês nascidos em três maternidades do Espírito Santo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo realizado com 3429 mães de bebês nascidos vivos no período de Agosto de 2019 a Março de 2020. Para coleta de dados, foi aplicado um questionário sobre características socioeconômicas e materno-infantil, em três momentos: entrevista na maternidade e após 7 e 28 dias do nascimento. A relação entre o uso de chupeta ou mamadeira, e os dados relacionados à mãe e ao recém-nascido foi realizada através do teste qui-quadrado e o pacote estatístico utilizado foi o IBM SPSS 20. **Resultados:** Mães primíparas (OR= 1,424) apresentaram 42% mais chance dos seus filhos usarem chupeta no período neonatal. Em relação ao aleitamento exclusivo durante o período perinatal (OR=1,817), bebês que não estavam em aleitamento materno exclusivo, apresentaram 81% mais chance de usarem chupeta. Bebês nascidos através do parto cesárea (OR=1,651), tiveram 65% mais chance de usarem mamadeira no período perinatal e bebês até 2499 gramas (OR=1,566) tiveram 1,5 mais chance de usarem mamadeira durante o período neonatal. **Conclusão:** Pode-se observar que o uso de bicos artificiais, associou-se aos fatores e características maternas e do recém-nascido, como a renda familiar, tipo de parto realizado, primiparidade, sexo, peso do bebê e aleitamento materno exclusivo. Sendo assim, a compreensão dos determinantes associados ao uso de chupeta e mamadeira no período perinatal e neonatal, permite a adoção de estratégias para a prevenção e enfrentamento do desmame precoce, tanto por meio de ações individuais quanto coletivas.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Chupetas. Mamadeiras. Saúde Materno-infantil. Odontopediatria.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization recommends that breastfeeding be exclusive for the first 6 months and contraindicates the use of artificial teats, as it interferes with breastfeeding practices. The use of artificial nipples has been shown to be associated with several factors, such as: low maternal education, maternal age below 20 years, maternal work outside the home, primiparity, cesarean delivery, low birth weight, among others. **Objective:** To analyze the influence of health determinants on the use of pacifiers or bottles in the perinatal and neonatal period of babies born in three maternity hospitals in Espírito Santo. **Methodology:** This is a longitudinal, prospective study carried out with 3429 mothers of babies born alive from August 2019 to March 2020. For data collection, a questionnaire on socioeconomic and maternal-infant characteristics was applied in three moments: interview at the maternity ward and after 7 and 28 days of birth. The relationship between the use of a pacifier or bottle and data related to the mother and the newborn was performed using the chi-square test and the statistical package used was the IBM SPSS 20. **Results:** Primiparous mothers (OR= 1.424) presented 42% more chance of their children using a pacifier in the neonatal period. Regarding exclusive breastfeeding during the perinatal period (OR=1.817), babies who were not exclusively breastfed were 81% more likely to use a pacifier. Babies born through cesarean delivery (OR=1.651) were 65% more likely to use a bottle in the perinatal period and babies weighing up to 2499 grams (OR=1.566) were 1.5 times more likely to use a bottle during the neonatal period. **Conclusion:** It can be observed that the use of artificial teats was associated with maternal and newborn factors and characteristics, such as family income, type of delivery, primiparity, gender, baby weight and exclusive breastfeeding. Thus, understanding the determinants associated with the use of pacifiers and bottles in the perinatal and neonatal period allows the adoption of strategies for the prevention and coping with early weaning, both through individual and collective actions.

Keywords: Breastfeeding. Pacifiers. Baby bottles. Maternal and Child Health. Pediatric Dentistry.

LISTA DE SIGLAS

CEP-UVV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UVV

DP – Desvio Padrão

ES – Espírito Santo

FAPES - Fundação de Amparo à pesquisa e Inovação do Espírito Santo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

OMS – Organização Das Nações Unidas

OR – Odds Ratio

PDR –Plano Diretor de Regionalização

PNDS –Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPAM –Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UVV – Universidade Vila Velha

WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –Patente da chupeta registrada em 1900	27
FIGURA 2 –Objetos onde o leite era armazenado e oferecido ao bebê	30
FIGURA 3 –Mamadeiras de vidro Pyrex®	31
FIGURA 4 –Diferenças observadas na cavidade oral do bebê (A) e do adulto (B)	35
FIGURA 5 –A pega adequada	37
FIGURA 6 –Regionalização em Saúde do Espírito Santo (PDR) de 2011	45
FIGURA 7 –Fluxograma com as etapas para Coleta de Dados	47
FIGURA 8 –Modelo Teórico para o uso de chupeta e/ou mamadeira.....	48

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Resumo das variáveis	42
TABELA 2 – Distribuição das características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=3429)	52
TABELA 3 – Distribuição das características dos recém-nascidos, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=3429)	52
TABELA 4 – Distribuição das características dos recém-nascidos que utilizaram chupetas e/ou mamadeiras no 2º acompanhamento (período neonatal), em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=861)..	52
TABELA 5 – Uso de chupetas, mamadeiras e aleitamento materno exclusivo, dos recém-nascidos durante os acompanhamentos, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=3429)	53
TABELA 6 – Associação entre uso de chupeta durante o 1º acompanhamento (período perinatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	54
TABELA 7 – Associação entre o uso de chupeta durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	55
TABELA 8 – Associação entre o uso de chupeta durante o 1º acompanhamento (período perinatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	56
TABELA 9 – Associação entre o uso de chupeta durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	57

TABELA 10 –Associação entre uso de mamadeira durante o 1º acompanhamento (período perinatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	58
TABELA 11 –Associação entre uso de mamadeira durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	59
TABELA 12 – Associação entre o uso de mamadeira durante o 1º acompanhamento (período neonatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	60
TABELA 13 – Associação entre o uso de mamadeira durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	60
TABELA 14–Regressão logística do uso de chupeta, considerando os dois acompanhamentos, com fatores relacionados ao recém-nascido e características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	61
TABELA 15–Regressão logística do uso da mamadeira, considerando os dois acompanhamentos, com fatores relacionados ao recém-nascido e características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021	62

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1.	ALEITAMENTO MATERNO	20
2.1.1.	Importância do aleitamento materno	22
2.2.	BICOS ARTIFICIAIS.....	25
2.2.1.	Chupeta	28
2.2.2.	Mamadeira.....	31
2.3.	CONFUSÃO DE BICOS	34
2.4.	O MECANISMO DA SUCÇÃO	36
2.5.	IMPACTOS DO USO DE BICOS ARTIFICIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA....	40
2.6.	DETERMINANTES DO USO DE BICOS ARTIFICIAIS	42
3.	OBJETIVOS	44
3.1.	GERAL	44
3.2.	ESPECÍFICOS	44
4.	METODOLOGIA	45
4.1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO	45
4.2.	LOCAL DA COLETA DOS DADOS	45
4.3.	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRAGEM.....	46
4.3.1.	Critérios de inclusão	47
4.3.2.	Critérios de exclusão	48
4.4.	COLETA DE DADOS.....	48
4.5.	MODELO TEÓRICO E VARIÁVEIS.....	50
4.6.	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	51

5.	RESULTADOS.....	52
6.	DISCUSSÃO	64
7.	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES	86
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA NA MATERNIDADE	86
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DO PRIMEIRO ACOMPANHAMENTO	97
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DO SEGUNDO ACOMPANHAMENTO	101
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
	ANEXO 1 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO CEP/CONEP UVV.....	107

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo oferece inúmeros benefícios para a mãe e filho, a curto prazo protege o bebê contra doenças infecciosas, principalmente diarreia e pneumonia e a longo prazo, tem sido associada a menores riscos de obesidade, diabetes tipo 2 e favorece maior inteligência na infância, adolescência e vida adulta (SANTOS et al., 2019; BARTICK et al., 2017; VICTORA et al., 2016). O leite humano muda o curso da vida e, possivelmente, nenhum outro comportamento pode gerar tantos benefícios em dois indivíduos envolvidos: a mãe e o bebê (VICTORA et al., 2016). O aleitamento materno, atua, portanto, como uma intervenção em saúde eficaz e de baixo custo que pode reduzir milhares de mortes neonatais.

O leite humano é uma fonte rica de nutrientes que ajuda a desenvolver o sistema imunológico do bebê, previne alergias e problemas respiratórios, bem como preenche lacunas psicossociais, evitando hábitos de sucção não nutritivos (sucção digital, de chupeta ou outro objeto que usualmente proporciona à criança sensação de calor, bem-estar, prazer, segurança e proteção) (FELDENS et al., 2012; GÓES et al., 2013). Em termos de saúde materna, o aleitamento materno oferece proteção contra o câncer de mama e de ovário, previne a diabetes tipo 2, além de contribuir para a diminuição de hemorragia pós-parto e fortalecimento do vínculo mãe-filho. (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora após o nascimento da criança e seja exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, sem acrescentar alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos e contraindica o uso de mamadeiras e outros bicos, por causar potencial interferência sobre as práticas de aleitamento materno e devido a associação entre seu uso e morbimortalidade por problemas gastrointestinais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A Assembleia Mundial da Saúde, em 2012, endossou um Plano de implementação abrangente sobre nutrição materno-infantil, pactuando seis metas globais de nutrição para 2025, uma das quais é aumentar a taxa de aleitamento materno dos

primeiros 6 meses de vida em até 50% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em 2018, cerca de 41% dos bebês com menos de 6 meses de vida, em todo o mundo, eram exclusivamente amamentados, já para os bebês nascidos no continente americano a prevalência de aleitamento materno exclusivo, no mesmo período, corresponde a 38% (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de 6 meses de idade foi de 36,6%, seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde, o Brasil está apenas em uma posição razoável em relação à prevalência do aleitamento materno, e políticas de saúde envoltas por essa temática precisam ser continuamente realizadas (BOCCOLINI et al., 2017).

Historicamente, a prática do aleitamento materno rendeu-se aos poucos às forças comerciais, ao interesse da indústria, induzindo a desconstrução do ato histórico-cultural, biológico e de laços afetivos, compondo assim o caminho para o desmame precoce (BATISTA et al., 2018). A evolução histórica das práticas de alimentação mostra como, ao passar dos séculos, o aleitamento foi intencionado a ser suprimido por substitutos como fórmulas, amamentação cruzada e o uso de mamadeira (STEVENS; PATRICK; PICKLER, 2009). Fatos históricos contribuíram para que aleitamento natural viesse a ser gradativamente substituído, dentre os quais pode-se destacar a Revolução Industrial (iniciada no século XVIII), que levou a um processo de urbanização e maior inserção da mulher no mercado de trabalho (BAGCI BOSI et al., 2016; BRASIL, 2015). Neste cenário, os bicos artificiais, como chupetas e mamadeiras, começaram a ser vistos como sinônimo de modernidade e urbanismo (BUCCINI, 2012).

Dentre as várias etiologias que podem levar ao desmame, o uso dos bicos artificiais, tem o lugar de destaque (LEONE; SADECK, 2012; SALUSTIANO et al., 2012). É uma ação prática e de fácil acesso, se encontra em qualquer farmácia, mercado ou supermercado. Na falta de assistência qualificada ou sob qualquer

sofrimento ou demanda externa (seja esta de ordem física ou psicológica), a mãe busca refúgio em práticas de alívio mais rápido e de custo relativamente acessível (BATISTA et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam não ofertar chupeta ou mamadeira às crianças amamentadas ao peito como um importante passo para o sucesso do aleitamento materno. Esta recomendação leva em conta a possibilidade de “confusão de bicos” pelo lactente, resultante de uma configuração oral e padrão de sucção inadequados para a amamentação após a exposição a bicos artificiais, a qual contribui para o desmame precoce (BEZERRA et al., 2019).

O uso de bicos artificiais em neonatos está associado a diferentes efeitos adversos. Avalia-se que dois terços das crianças nascidas, receberão mamadeiras e/ou chupetas durante algum momento do primeiro ano de vida (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014). O uso desses utensílios pode afetar o processo de aleitamento materno e produzir alterações na saúde da criança, como a redução na duração de aleitamento materno, aumento no risco de otite média, gastroenterite, disfunção no sistema estomatognático, má formação orofacial esquelética resultando em desordens dentárias e oclusais e conseqüentemente contribuindo para efeitos negativos na fonética (GIUGLIANI et al., 2019; ROMERO et al., 2011). Contudo, o uso de bicos artificiais é um hábito consolidado no Brasil, segundo dados da 2ª Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2009, verificou-se que em crianças menores de 12 meses o uso de mamadeira foi frequente em 58,4%, e o uso de chupeta para a mesma população foi de 42,2% (BRASIL, 2009).

A hipótese de que o uso dos bicos pode interferir na amamentação foi levantada primeiramente por Neifert, Lawrence e Seacat (1995). Os autores sugeriram que, em bebês amamentados e que houve introdução de mamadeiras e chupetas provocou um fenômeno conhecido como confusão de bicos. A confusão se daria, pois, o recém-nascido que alterna entre os bicos pode ter uma dificuldade de amamentar na forma correta, assim apresentando uma preferência pelo bico artificial. Esse pensamento foi prontamente contestado por alguns pesquisadores,

sob o argumento de que faltavam evidências que suportassem essa ideia. A partir de então, vários pesquisadores têm se engajado em demonstrar se existe um efeito nocivo dos bicos artificiais e tentando revelar sua interferência no tempo de aleitamento materno exclusivo ou ainda no estabelecimento de qualquer aleitamento (LEVINIENÉ et al., 2013; BUCCINI et al., 2017; BUCCINI; PÉREZ-ESCAMILLA; VENANCIO, 2016).

Na literatura, os trabalhos que avaliaram o uso de bicos artificiais têm mostrado a associação com diversos fatores, tais como: baixa escolaridade materna, idade materna inferior a 20 anos, trauma mamilar, coabitação com avó materna, trabalho materno fora do lar, primiparidade, parto cesáreo, baixo peso ao nascer, ausência de amamentação na primeira hora de vida, entre outros (PEIXOTO, et al., 2020).

O acompanhamento da criança no início da vida propicia a identificação de fatores inter-relacionados aos desfechos em saúde por permitir um acompanhamento temporal dos fatos. Por isso, estudos longitudinais prospectivos são indicados para tal análise, pois investigam as exposições precoces na vida e desfechos futuros, reduzindo o risco do viés de memória, permitindo, assim, que os resultados contribuam para a organização e melhoria dos serviços de saúde.

O aleitamento protege as gerações atuais e futuras, criando um ambiente que é indispensável para a qualidade de vida (REGO, 2008). Tendo em vista a importância do aleitamento materno, faz-se necessário identificar os determinantes precoces que podem contribuir para o uso de chupeta e mamadeira, já que podem vir a dificultar a amamentação exclusiva.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é a prática alimentar que fornece leite materno ao lactente, incluindo leite direto da mama ou ordenhado, promove o contato físico entre a mãe e filho, através da sucção do leite permitindo a nutrição, o desenvolvimento psicológico, emocional, do sistema estomatognático, imunológico e respiratório, é um processo fisiológico que fornece de forma natural aos lactentes o leite humano que precisam para ter uma boa saúde e ótimo crescimento durante sua infância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; VICTORA et. al., 2016). Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é fruto de uma interação mãe-filho, promovendo benefícios para ambos nos aspectos fisiológicos (proteção contra infecções) e cognitivos (emocional) (BRASIL, 2015).

O aleitamento materno é considerado a melhor forma de propiciar o alimento ideal para o bebê e de influenciar biológica e emocionalmente de forma positiva tanto o bebê quanto a mãe. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses (180 dias) e a alimentação complementar adequada e segura a partir dos seis meses, mantendo o aleitamento materno até os dois anos ou mais (BRASIL, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). É uma atividade complexa de vida, multifatorial, dependente da parceria e sintonia da díade mãe e bebê que interfere no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional e em sua saúde no longo prazo. Envolve também aspectos relacionados à saúde física e psíquica da mãe (MARTINS; GIUGLIANI, 2012; BRASIL, 2015).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 9º, o aleitamento materno é tratado como uma questão de direito à vida e à saúde, que deve receber ações de planejamento, promoção, proteção e apoio, atuando como instrumento de direito humano universalmente aceito (BRASIL, 2019).

Um conceito ampliado de aleitamento materno tem sido aclamado para incluir mais um ator entre os beneficiados do aleitamento materno: a coletividade, compreendendo o meio ambiente e a sustentabilidade. Esse conceito advém de uma nova evidência apresentada na revista científica Lancet da Grã-Bretanha, confirmando que o aleitamento materno exemplar, em tempo e qualidade, poderia salvar a vida de 823.000 crianças e adicionar US\$302 bilhões na economia mundial anualmente (ROLLINS et al., 2016), pois o leite materno é um alimento renovável para o meio ambiente, que é produzido e entregue ao consumidor sem embalagem ou resíduos, reduzindo assim a poluição (LINNECAR et al., 2014).

As formas do aleitamento materno podem ser classificadas de acordo com esses critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e traduzidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) com algumas adaptações, conforme destaque abaixo:

- Aleitamento materno exclusivo: o bebê recebe somente leite materno, direto da mama ou com ordenha, ou leite humano proveniente de outra fonte, sem quaisquer líquidos ou sólidos, com exceção de xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões) e sucos de frutas;
- Aleitamento materno: a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;
- Aleitamento materno complementado: quando o bebê recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou pastoso com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo e,
- Aleitamento materno misto ou parcial: a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Embora não incluído entre as classificações de aleitamento materno da Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo “aleitamento materno misto ou

parcial” foi incluído na definição brasileira e é bastante utilizado por pesquisadores nas definições sobre aleitamento, em publicações em língua portuguesa (NEIVA et al., 2003; GOMES et al., 2006; MEDEIROS; FERREIRA; FELÍCIO, 2009; NEU et al., 2012; ROCCI; FERNANDES, 2014).

2.1.1. Importância do Aleitamento materno

Uma alimentação correta é importante para a sobrevivência, o desenvolvimento, o crescimento, e a nutrição de lactentes e crianças, destacando-se a importância do aleitamento materno para mulheres e crianças, independentemente de condições de moradia e situação socioeconômica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; VICTORA et al., 2016).

O aleitamento materno na primeira hora de vida resultou na redução da taxa de mortalidade neonatal em 22% (VICTORA, 2016) e quanto maior o atraso no início da amamentação maior é a chance de morte do recém-nascido no período neonatal causado por infecções. Assim, avalia-se que a amplitude das práticas de amamentação a níveis quase universais evitaria 823.000 mortes anuais de crianças até os 24 meses e de 20.000 mulheres por câncer de mama (VICTORA et al., 2016).

O leite materno, contém todos os nutrientes essenciais para o bebê, suprimindo as necessidades nutricionais nos primeiros 6 meses e sendo também uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida. É de fácil digestão por possuir composição de proteínas e presença de biocompostos que promovem a digestão e a absorção dos nutrientes pelo bebê de forma eficiente quando comparado aos leites de outras espécies (BRASIL, 2015). Contribui ainda para fins imunológicos e conta com a presença da lipase, amilase e a beta-caseína que ajudam na digestão, apresenta ácidos graxos essenciais relacionados com a melhor acuidade visual, estudos ainda sugerem que a amamentação por pelo menos 6 meses reduz o risco de hiperatividade em crianças aos 11 anos (BATISTA et al., 2018; POTON et al., 2017).

Os benefícios do aleitamento materno mais visíveis, em comparação com lactentes que não recebem leite materno, que são parcialmente ou não exclusivamente amamentados, consistem na imediata sobrevivência e saúde do lactente, reduzindo o risco de mortalidade em menores de 6 meses (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015).

Outros benefícios para a criança elencados na literatura decorrentes da prática de amamentação é a diminuição do risco de infecções no ouvido, na garganta e no seio nasal (LI et al., 2014), diminuição da incidência da otite média aguda e otite média recorrente (BOWATTE et al., 2015; VICTORA et al., 2016). Em relação às atopias e outras condições alérgicas como eczema, dermatite atópica, alergia a proteína do leite de vaca e rinite alérgica, estudos tem demonstrado o potencial benefício do aleitamento materno (KULL, 2002; MURARO et al., 2004; BLOCH et al., 2007; LODGE et al., 2015; LIAO et al., 2014).

A amamentação está associada também a redução do risco de asma em crianças, propicia um efeito analgésico ao aliviar a dor durante procedimentos em neonatos. Reduz o risco de morte por síndrome de morte súbita infantil e morte por enterocolite necrotizante em recém nascidos pré-termo, e também o risco de obesidade e sobrepeso, de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 e a chance de febre pós-imunização. (KRAMER et al., 2001; OWEN et al., 2006; IP et al., 2009; PISACANE et al., 2010; SHAH et al., 2012; MARÍN GABRIEL et al., 2013; YAN et al., 2014; VICTORA et al., 2016).

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses, propicia menor chance de hospitalização por diarreia e por infecção do trato respiratório, pode prevenir 20% dos casos de leucemia infantil além de estar associada a menor sibilância nos primeiros 12 meses de vida (QUIGLEY; KELLY; SACKER, 2007; AMITAY; KEINAN-BOKER, 2015; VERDUCI et al., 2017). Esteve associado também a menor prevalência de sobrepeso e obesidade; efeito protetor para diabetes tipo 2, particularmente na adolescência; pressão arterial sistólica menor, efeito protetor do aleitamento materno prolongado para a saúde mental de adolescentes e aumento do desempenho em testes de inteligência na infância e adolescência

com um ganho médio de 3,44 pontos (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA et al., 2015).

Sobre o efeito a longo prazo na saúde, o aleitamento materno traz efeitos positivos ao desenvolvimento global das crianças. Existem séries de achados que associam o aleitamento materno com a melhora no desenvolvimento cognitivo, com reflexo na inteligência, controle motor, desenvolvimento motor, linguagem verbal e não-verbal, função auditiva e visual (MORTENSEN, 2002; QUIGLEY; KELLY; SACKER, 2007; BERNARD et al., 2013; BELFORT et al., 2013; HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA et al., 2015; VICTORA et al., 2016). Crianças amamentadas por pelo menos 3 a 4 meses apresentam menos desordens de comportamento na infância, como o transtorno de conduta infantil (POTON, et al., 2018). Sobre o desenvolvimento orofacial, o aleitamento materno reduz o risco de cáries dentárias e o desenvolvimento de mal oclusões (AVILA et al., 2015; PERES et al., 2015; THAM et al., 2015).

Já sobre os benefícios envolvidos para a saúde da mulher, o aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante durante os primeiros 6 meses pós-parto se associam com longos períodos de amenorreia, adiando o retorno da fertilidade, menor risco para câncer de mama e câncer de ovário (CHOWDHURY et al., 2015; AUNE et al., 2014). Os benefícios da amamentação se refletem desde o pós-parto até efeitos a longo prazo. O aleitamento está associado a mais rápida perda de peso no pós-parto (KRAMER; KAKUMA, 2012; SHARMA; DEE; HARDEN, 2014). Mulheres que amamentam tem menos chances de ter hipertensão, hiperlipidemia e doenças cardiovasculares (SCHWARZ et al., 2009). O aleitamento pode também estar associado com a redução do risco de diabetes mellitus do tipo 2 (STUEBE et al., 2009; GUNDERSON et al., 2015).

A maioria das mães podem ter sucesso na amamentação e são poucas as condições de saúde da criança e da mãe que contraindicam a amamentação temporária ou permanentemente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A amamentação fortalece os laços afetivos entre a mãe e o bebê, favorecendo intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e proteção para criança e de autoconfiança e realização para a mulher além de ser a forma mais econômica

e saudável de alimentar os bebês (BRASIL, 2019). Apesar das evidências científicas provarem a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentação, as taxas de aleitamento materno na maioria dos países, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado.

No Brasil, o impacto econômico positivo para o SUS do aumento de 10 pontos percentuais da amamentação exclusiva até os 6 meses ou da amamentação continuada até 1 ou 2 anos (dependendo da doença) se traduziria em redução de custos de pelo menos 1,8 milhões de dólares, e se aumentassem a partir dos níveis atuais até 90%, tal impacto chegaria a 6 milhões de dólares (ROLLINS et al., 2016).

2.2. BICOS ARTIFICIAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) deixa claro sua indicação contra o uso de mamadeiras e outros bicos artificiais, ao incluir essa normativa (Passo 9) no que se chama “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Quadro 1) onde foram desenvolvidas medidas abrangentes, a fim de fornecer diretrizes simplificadas para os profissionais da saúde, especialmente aqueles que trabalham nas maternidades junto ao manejo do aleitamento materno como um importante passo a ser seguido.

Quadro 1 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno propostos pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância

Passo 1	Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
Passo 2	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
Passo 3	Informar todas as gestantes sobre os benefícios 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 dos filhos.
Passo 6	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
Passo 7	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
Passo 8	Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
Passo 9	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
Passo 10	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009.

Atualmente, existe um debate se os bicos artificiais, em particular a mamadeira e a chupeta, são contraindicados para uso devido à justificativa de que geram uma dificuldade nos bebês, ou ainda, a preferência por um tipo de mecanismo de alimentação sobre o outro após a exposição (ZIMMERMAN; THOMPSON, 2015).

Nas últimas décadas estudos nacionais e internacionais relatam o uso da chupeta e da mamadeira como fatores associados à menor duração do aleitamento materno exclusivo e total (VICTORA et al., 2015; MASCARENHAS et al., 2006; PARIZOTO et al., 2009; VIEIRA et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2010).

Estudos constataram a alta prevalência do uso de bicos artificiais em lactentes menores de um ano, sendo que na literatura internacional há uma projeção de que cerca de 2/3 das mães oferecerão mamadeiras e chupetas a seus filhos em algum momento do primeiro ano de vida da criança (VOGEL; HUTCHISON; MITCHELL, 2001; LAMOUNIER, 2003). Merece destaque a introdução dos bicos artificiais já no primeiro mês de vida do lactente (VOGEL; HUTCHISON; MITCHELL, 2001).

As taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado (BRASIL, 2009). A II Pesquisa Nacional

de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM), mais recente publicação com dados nacionais, verificou que, para o total das crianças menores de 12 meses analisadas, foi frequente o uso de mamadeira (58,4%) e de chupeta (42,6%). O uso de mamadeira foi mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50,0%). Constatou-se também introdução precoce de água, chás e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente – já no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009).

Os fatores associados com a cessação muito precoce do aleitamento materno exclusivo ou, ainda, de qualquer tipo de aleitamento tem sido estudado ao redor do mundo. O uso dos bicos, em especial a chupeta, aponta como fator proximal fortemente associado a interrupção do aleitamento materno exclusivo (BOCCOLINI et al., 2017).

As experiências orais precoces, que favoreçam o surgimento de mecanismos de sucção diferentes dos utilizados no aleitamento materno, podem causar alteração na pega e, conseqüentemente, fracasso no aleitamento. E essas experiências constituem o escopo da escolha de uso ou abandono dos bicos artificiais por profissionais de saúde ou pais e cuidadores (MEDEIROS; FERREIRA; FELÍCIO, 2009; SMITH; BECKER, 2016).

Trabalhar as questões pertinentes ao uso bicos artificiais ainda constitui um desafio, uma vez que mamadeiras e chupetas apresentam peculiaridades que as distinguem. As primeiras têm como função principal a alimentação. As últimas têm significados culturais mais arraigados, como por exemplo: consolo para o bebê; descanso para a mama puerperal ferida, estímulo para o bebê que mama muito e símbolo de infância, de bebê acalentado e satisfeito (SUDO, 2012).

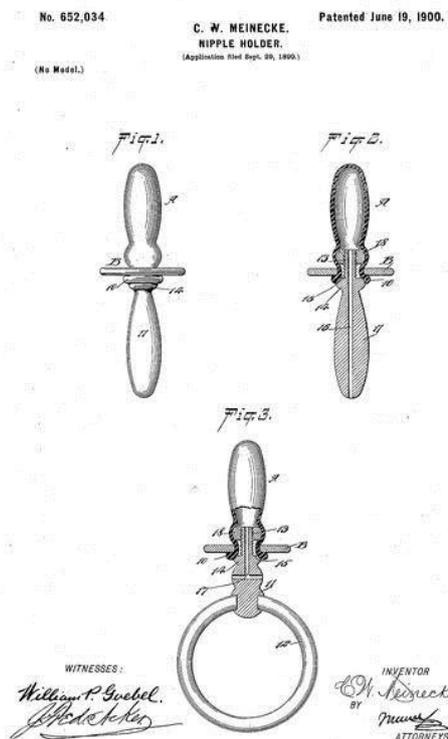
2.2.1. Chupeta

As chupetas vêm de um longo período histórico de utilização, constituíam-se de objetos embebidos em alimentos como mel ou açúcar. Também existem referências de que as chupetas pudessem ser embebidas em produto alcoólico ou opiáceo. O termo em inglês “pacifier” parece traduzir melhor para o que estes instrumentos foram destinados, pois vem de “pacify” que significa “acalmar” ou “pacificar” (CASTILHO; ROCHA, 2009).

Após a idade média, velas de cera ou bastões de raiz de textura gomosa e sabor adocicado como o alcaçuz, mergulhados no mel, eram recomendadas como mordedores (LEVIN, 1971). Essas peças eram, inicialmente, feitas em metal, formadas por apito, guizos e uma porção dura de coral, osso, marfim ou madrepérola (BABY-BOTTLE MUSEUM, 2016). Sua finalidade não se restringia só ao alívio da dor por ocasião da erupção dentária, mas também era provida de um significado místico, uma vez que os guizos e o apito serviam para afastar os maus espíritos e as doenças que eles acreditavam ser responsáveis pelas altas taxas de mortalidade infantil (CASTILHO; ROCHA, 2009).

Entretanto, foi no final do século XIX e início do século XX que, com a utilização da borracha, o objeto tomou o formato que se conhece atualmente. A patente registrada pelo farmacêutico Christian W. Meinecke (FIGURA 1) é considerada oficialmente como a invenção da chupeta, com o formato de bico atual, confeccionado a partir de mordedores de borracha (SCHWARTZ; GUTHRIE, 2008; CASTILHO; ROCHA, 2009; CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Figura 1 - Patente da chupeta registrada em 1900.



Fonte:(MEINECKE, 1900).

A chupeta, inicialmente manufaturada em várias peças (bico, aparador de lábios e uma argola que permitia ser segurada ou atada por uma fita ao pescoço) passou a ser apresentada em uma peça única que engloba o bico, anteparo para os lábios e uma porção esférica por onde pode ser segurada. A peça de forma arredondada que toca os lábios tomou “forma de rim”, permitindo a liberação das narinas na porção superior. Apareceram também tampas que as ocluem e evitam contaminação quando não estão sendo usadas, além dos modelos com bicos ortodônticos, na tentativa de minimizar os efeitos deletérios causados pelos bicos tradicionais (CASTILHO; ROCHA, 2009).

Tem se evidenciado através de estudos a alta prevalência do uso da chupeta já no primeiro mês de vida, inclusive entre os recém nascidos de baixo peso ao nascer (VICTORA et al., 2016; DA CUNHA; LEITE; MACHADO, 2005). A maior parte das crianças recebe a chupeta entre o primeiro dia e a primeira semana de vida, sendo que a proporção de uso da chupeta chega a aumentar de 24% na primeira semana para 47% aos dois meses de vida (VIEIRA et al., 2014).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS2006), realizada em todos os centros urbanos e rurais brasileiros, encontrou que 27,6% de crianças menores de 24 meses usavam chupeta, sendo que no ambiente urbano essa prevalência foi de 29,5% e no ambiente rural, de 19,7% (BRASIL, 2009).

Na I Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada nas capitais brasileiras (exceto Rio de Janeiro) em 1999, identificou-se que a prevalência do uso de chupeta foi de 57,7% em crianças menores de um ano. Na II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, 9 anos após, realizada em 2008, verificou-se redução de 15,1 pontos percentuais (57,7% – 42,6%), no uso da chupeta para o conjunto das capitais brasileiras e DF no período analisado (1999-2008). (BRASIL, 2009).

Um estudo realizado no Brasil com 903 crianças entre 3 a 5 anos, avaliou o aleitamento materno como fator de proteção contra a instalação de hábitos bucais deletérios e encontrou associação entre o desmame precoce e o hábito de usar chupetas, onde crianças expostas ao desmame precoce tiveram chance quatro vezes maior de adquirir o hábito de sucção de chupetas (MIOTTO et al., 2014).

A sucção não nutritiva é um reflexo natural para recém-nascidos e bebês e é reconhecido como um mecanismo reconfortante. A chupeta tem sido usada como um método para satisfazer esse desejo inato. Quando usado por curtos períodos, é considerada uma rotina saudável; no entanto, seu uso prolongado é prejudicial (PEIXOTO, et al., 2020).

As chupetas estiveram associadas a efeitos benéficos até o início dos anos 90, quando um movimento anti-chupeta espalhou preocupações sobre seu uso. A literatura relata alguns benefícios sobre a chupeta, incluindo efeitos analgésicos, períodos mais curtos de hospitalizações em bebês prematuros e menor risco de ocorrer a síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) (PEIXOTO, et al., 2020).

As complicações potenciais do uso de chupeta incluem impacto negativo sobre amamentação, má oclusão dentária e otite média. O uso de chupeta pode estar

associado a desmame precoce ou ser um marcador de dificuldades para amamentar; portanto, deve ser evitado até que a amamentação esteja bem estabelecida (geralmente com um mês de vida dos bebês) (PEIXOTO, et al., 2020).

2.2.2. Mamadeira

Com o passar dos anos, a introdução de produtos industrializados fez com que o aleitamento fosse influenciado ao movimento industrial. Os primeiros registros são de estudos que mostravam vasos, datados de 2000 a.C., sugerem que a utilização do leite animal era de uso comum. Vários vasos demonstraram similaridade nos formatos. Os jarros mais antigos feitos de barro tinham um orifício maior onde o alimento era colocado e outro menor onde era dispensado. Esse bico menor era introduzido na boca do bebê (FIGURA 2) (AUSTIN et al., 2013; CASTILHO; BARROS FILHO; COCETTI, 2010). Estes vasos, que pareciam ser de perfumes ou lâmpadas de óleo, continham vestígios de substâncias que somente eram encontradas em leite animal (BÉRENGER-BADEL, 2006).

A presença de recipientes de barro ao lado de corpos de lactentes encontrados em sítios arqueológicos dos séculos V e VIII sugerem que os bebês gregos eram alimentados por objetos alternativos à amamentação. Escavações de tumbas de bebês que viveram há 3.000 anos revelaram a existência de peças feitas de argila, em forma de porco, sapo ou cavalo, que possuíam um orifício pelo qual era introduzido mel e outro que permitia que a criança sugasse o seu conteúdo (BABY-BOTTLE MUSEUM, 2016).

Os chifres de animais eram comumente utilizados durante a Idade Média como recipientes para armazenar líquidos e foram empregados para alimentar bebês (BABY-BOTTLE MUSEUM, 2016).

Vasilhas de barros com bicos laterais finos e compridos, cujo formato se mostra adequado para o uso como mamadeira, já eram conhecidas, as mais antigas possuem 5.000 anos de idade. Pesquisas e análises químicas mostraram que em

restos de objetos antigos achados (FIGURA 2) continham moléculas de ácidos graxos, que são produtos típicos da degradação da gordura animal, sugerindo que o conteúdo interno do objeto fosse leite animal, e a utilização do mesmo associado ao leite humano (DUNNE et al., 2019).

Figura 2 - Objetos onde o leite era armazenado e oferecido ao bebê.



Fonte: (Dunne et al., 2019).

Muitos dispositivos diferentes foram usados para dar leite animal para bebês. Alguns desses dispositivos eram feitos de madeira, cerâmica e chifres de vaca. Segundo estudiosos das Histórias Antiga, Medieval e Moderna as altas taxas de mortalidade infantil foram relacionadas ao uso das mamadeiras mediante a frágil medida de higiene (ARIES; FLAKSMAN, 2006; BABY-BOTTLE MUSEUM, 2016).

Porém, a mamadeira com características que se conhece hoje advém da França. Bicos foram introduzidos no século XIX, e eram originalmente feitos de couro e vieram em substituição à cortiça. Em 1845, o primeiro bico de borracha foi introduzido. (BARNES, 1987; REA, 1990; STEVENS; PATRICK; PICKLER, 2009).

No início do século passado, as mamadeiras assumiram forma cilíndrica cônica e, em 1950, a Pyrex® introduziu no mercado a “mamadeira de vidro resistente ao calor” (FIGURA 3), que se adaptava aos esterilizadores (CASTILHO; BARROS FILHO; COCETTI, 2010).

Nos últimos 30 anos houve grande preocupação das ciências médicas com o impacto que o uso desses bicos poderia causar no desenvolvimento da criança, mediante tal problemática, a indústria criou e vem criando bicos de silicone com diferentes formatos: anatômicos, ortodônticos, boca larga etc., cada bico é recomendado para uma faixa etária e tipo de fluxo/líquido que será oferecido. Todos visando mamadeiras “mais confortáveis” ao bebê, proporcionando a ele uma mamada mais “natural” e com um “menor” dano a saúde. A existência dessa profusão de bicos e o argumento de que existe um bico ideal para cada fase do desenvolvimento do bebê vem sendo uma estratégia usada pela indústria e pelo marketing para aumentar o consumo desse produto (BUCCINI, 2012).

Figura 3 – Mamadeiras de vidro Pyrex®.



Fonte:(BABY-BOTTLE MUSEUM, 2016).]

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006), realizada em centros urbanos e rurais com crianças menores de 24 meses, encontrou uma alta prevalência de crianças que usavam mamadeira (53,8%), sendo que no ambiente urbano essa prevalência foi de 55,4% e no ambiente rural, de 47,5%. A alta prevalência também foi encontrada em menores de 12 meses no Brasil, segundo a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno (58,4%). O uso da mamadeira tem sido relacionado, principalmente ao oferecimento de chás e água, apesar de a criança amamentada no peito não precisar receber suplementação hídrica nos primeiros seis meses, mesmo em locais secos e quentes (BRASIL, 2009; VENANCIO et al., 2016).

2.3. CONFUSÃO DE BICOS

No primeiro esquema de definição sobre a confusão de bicos criado, os autores observaram dificuldades do recém-nascido quanto ao aprendizado da correta técnica de sucção e acoplamento ao peito (pega ótima) causado pelo contato precoce deste com bicos artificiais, sejam de mamadeira, chupeta ou protetores de mamilos em geral. Denomina-se portanto, “confusão de bicos” as dificuldades na amamentação que surgem posteriormente à introdução do bico artificial (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995; FRANÇA et al., 2008).

Classifica-se a confusão de bicos em dois tipos: A tipo “A” foi definida como uma dificuldade do neonato em demonstrar uma correta configuração oral, técnica de pega e padrão de sucção necessário para extrair o leite do seio materno após a exposição a um bico artificial. A do tipo “B” é quando bebê, com maior idade, pega bem o seio materno e recusa a beber líquidos de uma “bottle”, que pode ser traduzido como mamadeira ou outro recipiente para oferecer líquidos na ausência da nutriz. Nos dois casos, o bebê possuiria um mecanismo de escolha de um método de alimentação sobre o outro (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995).

O Manual de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) salienta que depois de experimentarem a mamadeira, algumas crianças passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Neste cenário a confusão de bicos é gerada pois existe uma diferença no fluxo de leite que emana das mamadeiras e do seio materno (REA, 1990).

Outros autores associam a confusão de bicos à sucção de chupeta. Apontam ainda que a confusão pode levar a um menor interesse ao seio materno, ocasionando mamadas mais curtas e em menor frequência, afetando a produção de leite. Com a progressiva taxa de sucção ao seio e o uso concomitante de chupeta a criança estaria exposta a um pobre ganho de peso (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995; HOWARD et al., 1999; GOMES et al., 2006; NELSON, 2012; JAAFAR et al., 2016).

O conceito ampliado de confusão entre os bicos estabelece que o bebê apresenta uma resposta às várias características mecânicas e de fluxo de líquido por um bico artificial comparado com o seio que, por sua vez, faz com que o bebê prefira um mecanismo de alimentação sobre o outro (DOWLING; THANATTHEERAKUL, 2001).

O termo confusão de bicos foi espalhado pelo mundo e passou a ser referenciado por organizações, como a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) através dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Na contramão, outra organização importante, a Academia Americana de Pediatria, liberava a chupeta como forma de prevenção da Síndrome da Morte Súbita em Bebês desde que o aleitamento estivesse estabelecido, avivando ainda mais o debate sobre a questão (MOON, 2016).

Segundo autores existem evidências de que a confusão está mais relacionada com o uso de mamadeiras do que com o uso de chupetas, a principal dificuldade em estudar conclusivamente a confusão de bicos é estabelecer uma relação de causalidade entre o uso dos bicos e a característica de recusa do seio materno apresentada pelos bebês (ZIMMERMAN; THOMPSON, 2015).

Alguns recém-nascidos apresentam o fenômeno da confusão de bicos mediante apenas um ou dois contatos com um bico artificial, enquanto outros conseguem passar uma semana com a utilização deste e mamar no peito concomitantemente. Esse fenômeno pode acontecer devido à habilidade mais limitada do bebê para se adaptar a várias configurações orais com diferentes bicos. A criança que faz uso de bicos artificiais pode evidenciar dificuldades para sugar o leite do seio materno, já que há uma diferença no processo de sucção, podendo reduzir o número de mamadas, o que gera uma menor estimulação da mama e menor produção de leite, acelerando o desmame e, conseqüentemente, reduzindo os benefícios da prática da amamentação para sua saúde e desenvolvimento (BUCCINI, 2012).

2.4. O MECANISMO DA SUCÇÃO

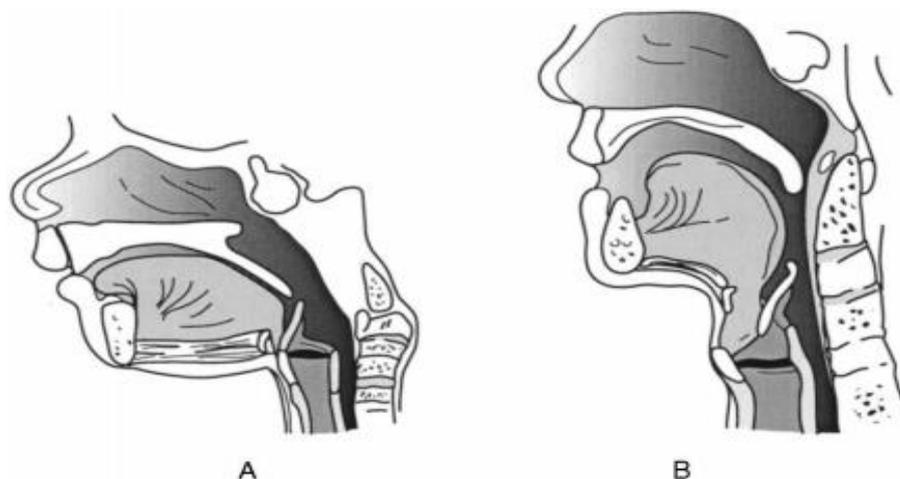
Durante os primeiros meses da vida, os recém-nascidos apresentam algumas características que são inerentes ao seu estágio de desenvolvimento e perfeitamente encaixados para suas necessidades fisiológicas (SILVA et al., 2008). Dentre as experiências vivenciadas pelo bebê, o aleitamento materno merece destaque, pois é crucial na prevenção de possíveis alterações no complexo craniofacial (MEDEIROS; FERREIRA; FELÍCIO, 2009).

Os bebês já nascem com reflexos inatos que os deixam aptos para a pega no seio materno. Os reflexos adaptativos principais - busca, sucção e deglutição - ajudam o bebê a sobreviver e garantem a alimentação na fase inicial (SANCHES, 2004; CASTILHO; ROCHA, 2009).

Além disso, apresentam características anatômicas diferenciadas que facilitam a alimentação (FIGURA4). A mandíbula do bebê é curta e retraída comparada com a do adulto. A língua ocupa praticamente todo espaço da cavidade oral, desde a gengiva até o palato. O palato é curto, mais longo e posicionado mais próximo a base do crânio. A laringe e o osso hioide estão em posição mais alta. A epiglote toca a parte posterior do palato mole (MATSUO; PALMER, 2008). O bebê possui almofadas de gordura localizadas entre os músculos bucinador e masseter, essas almofadas promovem estabilidade durante a sucção (ARVEDSON, 2006).

Uma alimentação pela via oral nos neonatos depende do adequado desenvolvimento da sucção e da deglutição e sua respectiva coordenação com a respiração. A sucção se refere a fase oromotora cíclica da alimentação, onde uma pressão intraoral negativa é produzida pelos lábios, língua e mandíbula (estão em posição baixa). A deglutição envolve o coordenado movimento de produção de um bolus ou líquido e seu transporte da cavidade oral para a cavidade faríngea através de um esfíncter esofágico superior relaxado, seguindo para o esôfago distal e o estômago (WOLFF, 1968).

Figura 4 - Diferenças observadas na cavidade oral do bebê (A) e do adulto (B).



Fonte: (RUDOLPH; THOMPSON LINK, 2002).

Os bebês utilizam dois tipos de sucção, a sucção nutritiva é o processo de obtenção de algum líquido, com a taxa de uma sucção por segundo, em um fluxo constante de alimentação. Na sucção não-nutritiva ocorrem, em média, duas ou mais sucções por segundo, na ausência de alimento, e é usada para satisfazer o impulso de sucção básica de um bebê (LAU; SCHANLER, 1996; (HARDING; LAW; PRING, 2006).

Além dessas habilidades orais, para que a alimentação ocorra de forma adequada e segura é necessário haver coordenação da sucção com a deglutição e a respiração (CASTILHO; FILHO, 2010). Durante a amamentação, sucção, deglutição e a respiração são coordenadas pelo sistema nervoso central de maneira que permite que o lactente continue alimentando sem interrupções (ELAD et al., 2014).

A sucção do lactente é uma das funções do sistema estomatognático, um conjunto de estruturas dinâmicas e estáticas que desempenham funções neurovegetativas (além da sucção, a mastigação, a deglutição e a respiração) e funções adaptativas (a fala, o beijo, expressão facial). Por isso, problemas na movimentação dessas estruturas ou funções durante a amamentação podem comprometer não apenas o desenvolvimento motor oral da criança, mas ter reflexos sobre todo o desenvolvimento infantil (GOMES et al., 2006; SILVEIRA et al., 2013).

A sucção necessária ao aleitamento materno faz com que ocorra o desenvolvimento motor-oral adequado, promovendo o estabelecimento correto das funções realizadas pelos órgãos fonoarticulatórios (NEIVA et al., 2003). De posse de todas essas habilidades, é necessário ainda que haja uma perfeita harmonia para estabelecer o processo de lactação pois é uma ação conjunta entre mãe e bebê.

Apesar da sucção ser um ato reflexo, a ordenha do leite não é, necessitando que o bebê aprenda a retirar o leite, adaptando suas condições orais anatômicas para o encaixe na mama (pega); nem sempre esse encaixe é fácil, e podem ocorrer algumas dificuldades no decorrer do processo (SANCHES, 2004).

A sucção efetiva ao seio materno, a estimulação do bico e a remoção do leite são dadas em primeira ordem pela pega e posição do bebê no seio (FIGURA 5). Uma vez posicionado numa posição confortável (mãe e bebê), o estímulo tátil no lábio inferior e comissuras labiais do bebê o faz abrir a boca de forma ampla. O bebê deverá ser capaz de abocanhar todo complexo aréolomamilar. Os lábios devem estar virados para fora (principalmente o inferior) e a língua posicionada além da gengiva inferior se tornando canolada ao redor do seio (EGLASH; MONTGOMERY; WOOD, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; DAHL, 2015).

O bico fica alojado na parte posterior da cavidade oral. O vedamento é dado quando o seio está perfeitamente selado pelos lábios e língua. A boca do bebê permanece em abertura ampla (DAHL, 2015).

Assim que o bebê suga, uma onda passa através da língua, da ponta até a base, pressionando o bico do seio contra o palato duro, perfazendo o ciclo de sucção seio. Ao mesmo tempo, a mandíbula ajuda a pinçar o leite através dos ductos. A língua se move em todo o caminho abaixo do bico pressionando-o contra o palato duro. A onda de compressão vai até a altura do palato mole, onde a base da língua veda contra o véu palatino (WOOLRIDGE, 1986). O leite é ejetado quando o lactente abaixa a parte média e posterior da língua, aumentando a pressão intraoral (GEDDES et al., 2008). O palato mole fecha a cavidade nasal. O

complexo hiolaríngeo se move para cima e para frente para fechar a traqueia e o espaço faríngeo é reduzido progressivamente, impulsionando o bolo de leite para o esôfago (WOOLRIDGE, 1986)

Figura 5– A pega adequada.



Fonte: (DAHL, 2015)

Nesse processo, o bebê deve apresentar bons reflexos orais, vedamento labial externo completo redor da aréola, movimentação cíclica mandibular, ritmo da sucção e coordenação entre a sucção, deglutição e a respiração (AVERDSON, 2006). Observa-se que o ato de não amamentar pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, devido aos diversos processos orais envolvidos na amamentação. O estímulo ao aleitamento materno é a melhor prevenção para problemas no sistema estomatognático, pois através dele, a criança tem o correto desenvolvimento de oclusão, de respiração e nos aspectos motores orais. O aleitamento materno além de fornecer todos os nutrientes que o bebê precisa, desenvolve estruturas ósseas e musculares sendo um estímulo fisiológico ideal para o adequado crescimento craniofacial. (NEIVA et al., 2003; TRAWITZKI et al., 2005; ANTUNES et al., 2008).

2.5. IMPACTOS DO USO DE BICOS ARTIFICIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA

Não amamentar tem importante efeito adverso através do tempo nos vários aspectos da vida, tanto para a mãe quanto para o bebê. O aleitamento materno promove uma alimentação e nutrição completa respondendo às necessidades individuais do bebê e promove uma imunidade ativa sob demanda sobre patologias que pode acometer cada bebê. Apesar disso, existem situações adversas que devem ser levados em consideração para opção para o uso de bicos artificiais, sendo estas que impedem de serem amamentados, cita-se: alguma condição morfológica, funcional e biológica do bebê ou da mãe. Para tais situações os bicos trazem os maiores benefícios pois promovem a estabilidade emocional da criança, nutrem e garantem a sua sobrevivência (MCNAIR et al., 2013).

Em condições saudáveis com plenas condições de aleitamento, a introdução das mamadeiras e chupetas tem como principal desfecho o desmame precoce. Estudos observacionais têm encontrado associações entre a introdução precoce de comidas e líquidos e a curta duração do aleitamento materno. Esse efeito pode ser explicado pelas dificuldades no desenvolvimento das habilidades de aleitamento quando o recém-nascido é também alimentado por uma mamadeira ou bico artificial em um evento cíclico que ainda leva a mãe a pensar que o seu leite é insuficiente para alimentar o bebê, fazendo com que a mesma tenha mais confiança na alimentação artificial (CHANTRY et al., 2014; RIGOTTI; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2015).

Entre os riscos que a adição precoce de alimentação complementar pode trazer aos bebês, há a associação maléfica: na duração do aleitamento; ao sistema imunológico do bebê; na morbidade; na mortalidade; os laços entre mãe e filho; no crescimento e desenvolvimento do bebê; na segurança materna e na icterícia fisiológica (SMITH; BECKER, 2016).

As pesquisas demonstram também riscos e efeitos positivos do uso de chupetas em bebês. Um dos principais benefícios apontados é a redução do risco da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SIDS) (HAUCK, 2005). A Academia

Americana de Pediatria recomenda o uso da chupeta durante o sono assim que o aleitamento esteja estabelecido para a redução do risco dessa síndrome (MOON, 2016).

Outro benefício está relacionado ao estado de stress de um bebê, sendo essencial o uso da chupeta quando o bebê é afastado completamente dos pais para que o mesmo possa ter experiências de sucção não-nutritiva que favoreçam algum estímulo ao desenvolvimento global, mecanismo de autoconsolo e calma (NELSON, 2012).

Um dos principais prejuízos das chupetas está relacionado aos efeitos do uso prolongado desse bico sobre o desenvolvimento da oclusão (CHEN; XIA; GE, 2015). O uso da chupeta além de 3 anos de idade contribui para uma alta incidência na mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. Quanto maior a longevidade do uso da chupeta maiores são os prejuízos (POYAK, 2006). O uso da chupeta está associado a um maior risco de desenvolvimento de mal oclusões comparado inclusive com a sucção digital (DOĞRAMACI; ROSSI-FEDELE, 2016). O fato de o uso ser bico ortodôntico ou convencional não aparenta ser significativa nas implicações sobre o sistema estomatognático (CORRÊA et al., 2016).

Segundo uma revisão sistemática, onde foram incluídos dezenove artigos, o uso de chupeta foi unanimemente definido como um fator de risco para a redução da duração da amamentação sendo esta exclusiva ou não e que vários fatores, relacionados à mãe, à criança, o pai e o cuidado hospitalar, interferem na duração da amamentação (SANTOS NETO et al., 2008).

Para a saúde auditiva, o uso de chupetas está associado com a otite média aguda recorrente, sendo que a curta duração do aleitamento é um fator que pode causar essa doença (ROVERS et al., 2008; SALAH et al., 2013).

A revisão sistemática conduzida pela Colaboração Cochrane que, incluiu apenas dois ensaios clínicos envolvendo 1302 bebês a termo saudáveis na análise, concluiu que o uso de chupetas seja iniciado após o nascimento ou após a lactação estar estabelecida não afetou significativamente a prevalência ou a

duração do aleitamento materno exclusivo ou parcial até 4 meses de idade (JAAFAR et al., 2016).

2.6. DETERMINANTES DO USO DE BICOS ARTIFICIAIS

Informações sobre os determinantes do uso de bicos artificiais são de extrema relevância devido o seu potencial de interferência sobre as práticas de alimentação e desenvolvimento infantil (BUCCINI, 2012).

Para determinar os fatores do uso de bicos artificiais, buscou-se na literatura pesquisas recentes que estudaram os determinantes do uso dos bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira) (BEZERRA et al., 2019; BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014).

Foram levantadas algumas características dos bebês e das mães que influenciam seu uso, contudo observa-se que essas características variam de acordo com diferenças individuais e culturais. Foi observado que o uso mais frequente de bicos artificiais (uso de mamadeira e/ou chupeta) são filhos de mães mais jovens, primíparas (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014), que trabalham fora do lar (BEZERRA et. al., 2019;BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014), que apresentaram dificuldade para amamentar (BEZERRA et. al., 2019;BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014) com ausência da amamentação na primeira hora de vida do bebê e ingestão de chá no primeiro dia em casa (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014), sendo a criança do sexo masculino (BEZERRA et. al., 2019;BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014).

A TABELA 1 sintetiza as variáveis encontradas e direciona a construção do modelo teórico de análise para o uso de chupetas e mamadeiras.

Tabela 1 - Resumo das variáveis.

Variáveis relacionadas à Mãe
Idade
Primiparidade
Trabalho
Variáveis Relacionadas à Criança
Sexo
Peso
Tipo de Parto
Variáveis Relacionadas à Alimentação
Aleitamento na primeira hora do nascimento
Ingestão de chá/outros líquidos
Dificuldade na amamentação

Fonte: Próprio Autor.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

- Analisar a influência dos determinantes no uso de chupetas ou mamadeiras no período perinatal e neonatal de bebês nascidos em três maternidades do Espírito Santo.

3.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil materno e gestacional da população alvo e dos bebês que fazem o uso de chupetas ou mamadeiras;
- Descrever os fatores determinantes do uso de chupetas ou mamadeiras no período perinatal e neonatal.

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo. São estudos longitudinais aqueles em que existe uma sequência temporal conhecida entre uma exposição e o aparecimento do desfecho. E prospectivo se refere à quando os dados do estudo foram coletados em relação ao investigador, envolvendo a coleta de dados novos, onde o desfecho ainda não ocorreu (MEDRONHO, 2007).

4.2. LOCAL DA COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada em três maternidades do estado do Espírito Santo, duas na região de saúde Metropolitana e uma na região Norte. Essas instituições concentraram a maior proporção de partos público, privado ou por convênio nas regiões em que se localizam. Na região Metropolitana, dos 31.863 nascimentos em 2017, 13,6% (n = 4.336) e 6,3% (n = 2.003) aconteceram nas maternidades que foram estudadas. Os outros 80,1% dos nascimentos ocorreram em 62 maternidades localizadas na mesma região e em outras do estado (TABNET, 2018). Na região Norte, dos 6.035 nascimentos em 2017, 38,3% (n = 2.309) ocorreram na maternidade incluída no estudo, sendo ela filantrópica e presta serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os demais nascimentos aconteceram em outras 33 maternidades localizadas no estado (TABNET, 2018).

A escolha por estas maternidades levou em conta o maior número de nascimentos, outro ponto considerado na escolha das maternidades na região Metropolitana foi uma maternidade ser 80 a 100% SUS e a outra ser 100% particular ou conveniada à saúde suplementar.

4.3. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRAGEM

Foram incluídas na pesquisa as mães de crianças nascidas vivas entre agosto de 2019 e Março de 2020 em três maternidades do estado do Espírito Santo. A pesquisa foi realizada adotando-se amostra por conveniência, de acordo com o levantamento histórico do número de partos realizados nas maternidades.

Foi proposto a entrevista para todas as mães de crianças, porém houve recusas, consideradas perdas da amostra, um dos principais motivos da recusa foi a indisposição para responder ao questionário na maternidade e posteriormente na sequência da pesquisa, no contato telefônico com números inconsistentes, resultando em uma amostra por conveniência.

O Espírito Santo (ES) é o menor estado da região sudeste com área geográfica de 46.074,447 km² e um dos menores do Brasil. Sua população está estimada em 4.064.052 habitantes, distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. O Índice de Desenvolvimento Humano (2010) do ES era de 0,740 ocupando o 7º lugar no ranking nacional. O rendimento nominal mensal domiciliar per capita foi de R\$ 1.477,00, que coloca o ES na 8ª posição dentre os estados da federação (BRASIL, 2020).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, de 2011, recompôs a geopolítica de saúde do estado e dividiu o Estado em quatro Regiões de Saúde, como mostrado na FIGURA 6: Norte (em azul), Metropolitana (em rosa), Sul (em verde) e Central (em rosa). A regionalização da saúde do estado do Espírito Santo tem como objetivos alvos: o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; o acesso assegurado a todos; a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; e a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis. Também aponta a necessidade de se avançar na equidade da política de saúde, para reduzir as desigualdades regionais, racionalizar gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região (ESPÍRITO SANTO, 2016).

FIGURA 6 - Regionalização em Saúde do Espírito Santo (PDR) de 2011.



Fonte: (ESPÍRITO SANTO, 2016).

4.3.1. Critérios de Inclusão

Mães de bebês nascidos vivos a termo e bebês dessas mães, cujo parto/nascimento tenha sido realizado em uma das três maternidades localizadas nas regiões de saúde Metropolitana e Norte do estado do Espírito Santo, no período de Agosto de 2019 a Março de 2020, e ter residência fixa no Estado do Espírito Santo.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Mães e bebês com condições de saúde ou anomalias genéticas que justifiquem evitar o aleitamento e os partos gemelares.

4.4. COLETA DE DADOS

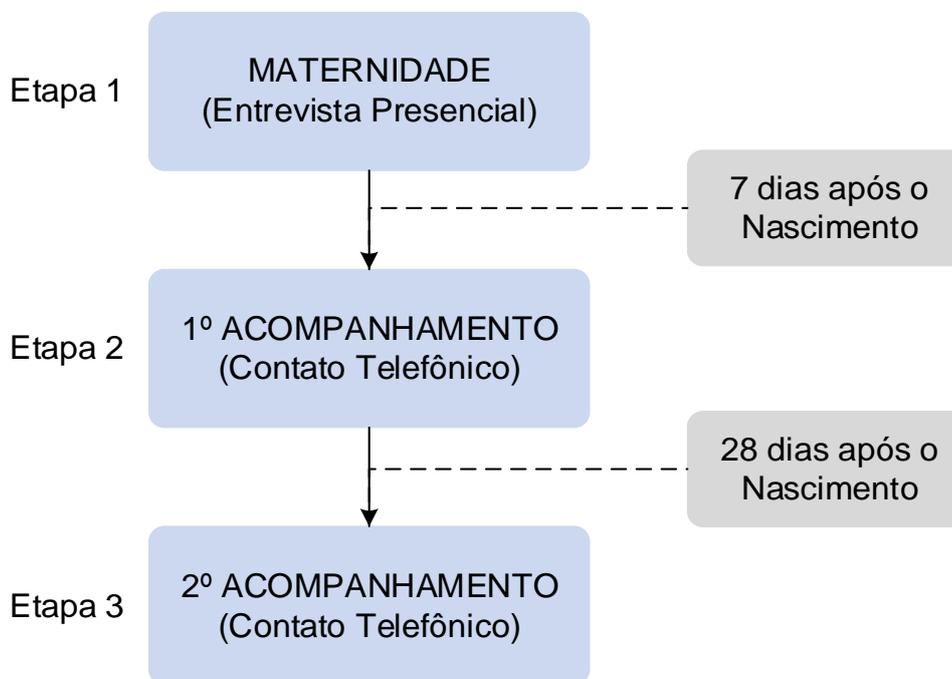
Trata-se de uma pesquisa com a parceria da Universidade Vila Velha (UVV), dispondo de boa parte da equipe para coleta de dados. Os questionários foram construídos com base no questionário utilizado na coorte de Pelotas-RS 2015 adaptado para esse estudo. A equipe de trabalho foi composta por 76 entrevistadores, todos da área da saúde onde passaram por treinamento prévio, onde foram informados e treinados para que não ocorresse vieses de informação e para padronização de todo o processo de obtenção das informações. Foram realizadas visitas diárias através de escalas aos hospitais, de segunda a sábado, para registro dos nascimentos, e entrevista com aplicação do questionário correspondente a maternidade (APÊNDICE A), com as mães ou responsável pelo recém-nascido, sob supervisão direta dos coordenadores, formados por mestrandos, doutorandos, mestres e doutores em saúde.

As três maternidades foram visitadas diariamente para registro dos nascimentos e coleta dos primeiros registros, após, os recém-nascidos foram acompanhados e as entrevistas consequentes foram realizadas (FIGURA 7), após 7 dias do nascimento, onde foi aplicado o segundo questionário correspondente ao primeiro acompanhamento (APÊNDICE B), por contato telefônico, e no terceiro momento quando completaram 28 dias de vida, com a aplicação do terceiro questionário, correspondente ao segundo acompanhamento (APÊNDICE C).

Os pesquisadores principais (coordenadores) atuaram como supervisores do trabalho de campo e ficaram responsáveis por treinar os entrevistadores. Em cada maternidade houve um pesquisador responsável pela guarda dos formulários de

registro da pesquisa, os quais foram armazenados em local seguro para minimizar o risco de exposição das informações do participante da pesquisa.

Figura 7 - Fluxograma com as etapas para Coleta de Dados.



Fonte: Próprio autor.

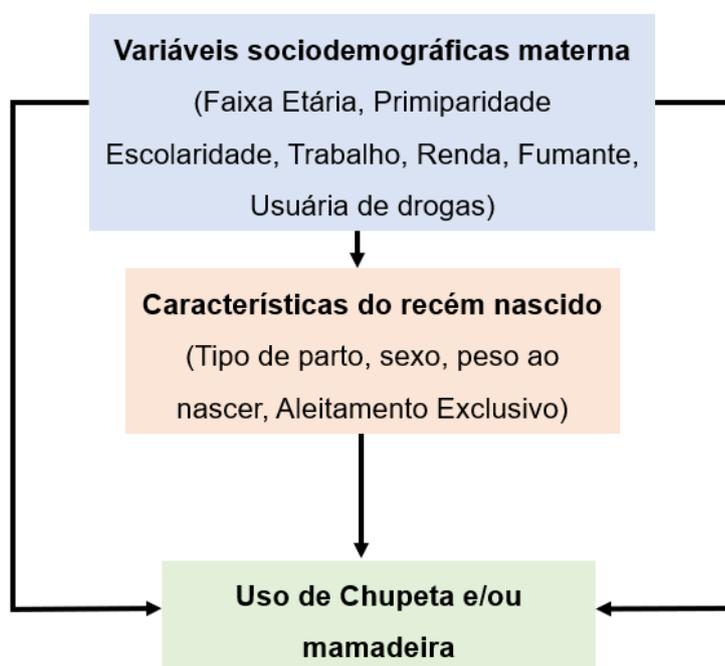
A digitação dos dados foi realizada pelos monitores da pesquisa e os formulários ficaram armazenados em local seguro na UVV (Universidade Vila Velha) sob a guarda da coordenação da pesquisa. No sistema de informação não foi digitado o nome do participante da pesquisa, sendo sua identificação realizada através do seu número de registro.

A digitação das informações foi realizada por duplas de digitadores e conferida por uma terceira pessoa, para identificar e solucionar possíveis inconsistências nos dados coletados. Um membro da equipe executora fez a supervisão em campo e ligou para 5% das entrevistadas, questionando o nome da mãe, data de nascimento da criança, hospital de nascimento, e algumas perguntas do questionário, para avaliar a concordância entre as respostas das equipes de entrevistadores de campo com as fornecidas no contato telefônico.

4.5. MODELO TEÓRICO E VARIÁVEIS

O modelo teórico (FIGURA 8) foi realizado conforme informações da literatura anteriormente apresentadas no referencial teórico, direcionando a escolha das variáveis para análise. A hipótese que norteou a construção desse modelo é de que o uso de chupeta ou mamadeira esteja relacionado com os fatores sociodemográficos da família e determinantes em saúde.

FIGURA 8 – Modelo Teórico para uso de chupeta e/ou mamadeira.



Fonte: Próprio autor.

A variável dependente sendo o uso de chupetas e mamadeiras, até o período considerado no estudo (28 dias). A entrevista foi realizada em dois momentos, no 1º acompanhamento, com 7 dias de vida do bebê e no 2º acompanhamento, com 28 dias pós-parto.

As variáveis independentes foram: Variáveis sociodemográficas materna (Faixa Etária, Primiparidade, Renda, Escolaridade, Trabalho, Fumante, Usuária de Drogas); Características do recém-nascido (Tipo de parto, sexo, peso ao nascer, Aleitamento Materno Exclusivo).

4.6. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados estão apresentados em tabelas de frequência e figuras. As variáveis utilizadas no estudo foram as apresentadas anteriormente. Na análise descritiva dos dados, foi utilizado tabelas de frequência absoluta (numérica) e relativa (percentual). A relação entre o uso de chupeta ou mamadeira, e os dados relacionados à mãe e ao recém-nascido foi realizada através do teste qui-quadrado. Regressão logística foi útil para avaliar as variáveis que mais influenciam os bebês a usarem chupeta ou mamadeira. O Nível de significância adotado foi de 5%. O pacote estatístico IBM SPSS 20.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto parte de um maior, intitulado “A Influência dos determinantes precoces nos desfechos em saúde no período perinatal e natal” aprovado e financiado pelo DECIT/SCTIE/MS/SESA-PPSUS e CNPq/FAPES, no Edital nº 25/2018 da Fundação de Amparo à pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), no qual foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vila Velha (CEP-UVV) sob o número 3.033.870 (ANEXO 1) e também para anuência e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das maternidades envolvidas, pareceres nº 3.269.032 e 3.356.606.

A entrevista com as mães e as ligações telefônicas somente aconteceu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) pela mãe ou responsável pela criança durante a permanência no hospital. Será garantido à mãe o sigilo sobre os dados coletados e sobre seus dados de identificação, os quais serão utilizados durante o acompanhamento. Após o término da pesquisa, esses dados serão apagados.

5. RESULTADOS

Das 3.429 mães entrevistadas incluídas na pesquisa, 69,7% apresentaram idade entre 20 e 34 anos e 30,5% informaram ter entre 12 a 14 anos de estudos completos. A maioria (51,6%) afirmou trabalhar e 47% relatou ter renda familiar mensal de até dois salários mínimos (TABELA 2).

Tabela 2 - Distribuição das características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=3429).

Característica	n	%
Faixa etária		
Até 19 anos	426	12,4
20 – 34 anos	2389	69,7
35 anos ou mais	594	17,3
Ignorado	20	0,6
Anos de estudo		
Até 4 anos	38	1,1
5 – 8 anos	371	10,8
9 – 11 anos	794	23,2
12 – 14 anos	1047	30,5
15 anos ou mais	769	22,4
Ignorado	410	12,0
Trabalho		
Não	1613	47,0
Sim	1769	51,6
Ignorado	47	1,4
Renda familiar		
Até 1 SM	654	19,1
Entre 1 e 2 SM	955	27,9
Entre 2 – 3 SM	539	15,7
Entre 3 – 4 SM	288	8,4
Entre 4 – 5 SM	217	6,3
Mais 5 SM	433	12,6
Ignorado	343	10,0
Fumante		
Não	3155	92,0
Sim	206	6,0
Ignorado	68	2,0
Uso de drogas durante gravidez		
Não	3241	94,5
Sim	69	2,0
Ignorado	119	3,5
Primípara		
Não	2007	58,6
Sim	1404	40,9
Ignorado	18	0,5
Total	3429	100,0

Observou-se que a maioria das crianças foram do sexo masculino (51,5%), nascidas através de parto por cesárea (56,8%), apresentando peso adequado (2500 a 3999 gramas) (87,3%). 25% (n=861) das crianças fizeram uso de chupeta ou mamadeira em algum momento no período neonatal, grupo esse com as mesmas características dos recém-nascidos incluídos no estudo (TABELA 4).

Tabela 3 - Distribuição das características dos recém-nascidos, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=3429).

Característica	n	%
Tipo de parto		
Cesárea	1951	56,8
Vaginal	1449	42,3
Fórceps	3	0,1
Ignorado	26	0,8
Sexo		
Masculino	1765	51,5
Feminino	1624	47,4
Ignorado	40	1,1
Peso ao nascer (gramas)		
Até 2499	148	4,3
2500 – 2999	684	19,9
3000 – 3999	2309	67,4
4000 ou mais	223	6,5
Ignorado	65	1,9
Total	3429	100,0

Fonte: Próprio autor.

TABELA 4 - Distribuição das características dos recém-nascidos que utilizaram chupetas e/ou mamadeiras no 2º acompanhamento (período neonatal), em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=861). (continua)

Característica	n	%
Tipo de parto		
Cesárea	522	60,6
Vaginal	329	38,2
Fórceps	1	0,1
Ignorado	9	1,0
Sexo		
Masculino	470	54,6
Feminino	380	44,1
Ignorado	11	1,3
Peso ao nascer (gramas)		
Até 2499	26	3,0
2500 – 2999	171	19,9

Tabela 4 - Distribuição das características dos recém-nascidos que utilizaram chupetas e/ou mamadeiras no 2º acompanhamento (período neonatal), em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=861). (conclusão)

Característica	n	%
3000 – 3999	585	67,9
4000 ou mais	62	7,2
Ignorado	17	2,0
Total	861	100,0

Fonte: Próprio autor.

Em relação ao uso de chupeta, mamadeira e aleitamento materno exclusivo, no primeiro e segundo acompanhamento da pesquisa, 85,5% dos bebês estavam em amamentação exclusiva em primeiro momento, já durante o segundo acompanhamento, 76,3% das mães relataram amamentação exclusiva. 45,5% dos bebês não usavam chupeta no período perinatal e 61,8% não usavam mamadeiras. Do primeiro para o segundo acompanhamento, houve um aumento no uso de mamadeiras, de 6,1% para 12,7% (TABELA 5).

TABELA 5 –Uso de chupetas, mamadeiras e aleitamento materno exclusivo, dos recém-nascidos durante os acompanhamentos, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021 (n=3429).

Característica	1º Acompanhamento		2º Acompanhamento	
	nº	%	nº	%
Aleitamento materno exclusivo				
Não	453	13,2	763	22,3
Sim	2932	85,5	2619	76,3
Ignorado	44	1,3	47	1,4
Uso da chupeta				
Não	1559	45,5	1046	30,5
Sim	775	22,6	774	22,6
Ignorado	1095	31,9	1609	46,9
Uso da mamadeira				
Não	2119	61,8	1378	40,2
Sim	209	6,1	434	12,7
Ignorado	1101	32,1	1617	47,1

Fonte: Próprio autor.

Na análise bivariada entre uso de chupeta no primeiro acompanhamento (período perinatal) e os dados relacionados às mães participantes da pesquisa, nota-se que houve associação significativa com a variável faixa etária ($p=0,013$) e primiparidade (0,003) e que não houve associação significativa com as demais variáveis (TABELA 6).

Ao se avaliar a força de associação, verificou-se que mães com idade até 19 anos (OR=1,358, IC 95% = 1,048-1,760) tiveram 35% mais chance de que seus filhos usem chupeta durante o período perinatal, ainda mães primíparas (OR= 1,284, IC 95% = 1,079-1,528) apresentaram 28% mais chance do uso de chupeta nos bebês (TABELA 6).

Tabela 6 – Associação entre uso de chupeta durante o 1º acompanhamento (período perinatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de chupeta		Não usa chupeta		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Faixa etária						
Até 19 anos	108	39,4	166	60,6	0,013	1,358 1,048 – 1,760
20 anos ou mais	663	32,4	1384	67,6		
Anos de estudo						
Até 14 anos	500	33,9	974	66,1	0,198	1,099 0,895 – 1,349
15 anos ou mais	185	31,8	396	68,2		
Trabalha						
Não	362	34,4	690	65,6	0,109	1,120 0,941- 1,333
Sim	400	31,9	854	68,1		
Renda familiar						
Até 5 SM	582	32,6	1201	67,4	0,331	1,065 0,830 – 1,367
Mais 5 SM	111	34,0	215	66,0		
Fumante						
Não	711	32,9	1451	67,1	0,288	1,131 0,780 – 1,640
Sim	46	35,7	83	64,3		
Uso de drogas						
Não	731	33,2	1472	66,8	0,271	1,268 0,687– 2,341
Sim	17	38,6	27	61,4		
Primiparidade						
Não	417	31,0	930	69,0	0,003	1,284 1,079– 1,528
Sim	357	36,5	620	63,5		

Fonte: Próprio autor.

Já na análise bivariada entre uso de chupeta no segundo acompanhamento (período neonatal) e os dados relacionados às mães participantes da pesquisa nota-se que houve associação significativa apenas com a variável primiparidade (p=0,000), ao se avaliar a força de associação, observa-se que mães primíparas, mantiveram a relação encontrada no primeiro acompanhamento (OR= 1,424, IC 95% = 1,179-1,719) e apresentaram 42% mais chance dos seus filhos usarem chupeta(TABELA 7).

Tabela 7 – Associação entre o uso de chupeta durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de chupeta		Não usa chupeta		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Faixa etária						
Até 19 anos	97	47,5	107	52,5	0,072	1,257 0,938 – 1,683
20 anos ou mais	673	41,9	933	58,1		
Anos de estudo						
Até 14 anos	476	42,1	654	57,9	0,323	1,058 0,853 – 1,312
15 anos ou mais	211	43,5	274	56,5		
Trabalha						
Não	339	43,3	444	56,7	0,293	1,059 0,877 – 1,278
Sim	427	41,9	592	58,1		
Renda familiar						
Até 5 SM	577	41,9	800	58,1	0,255	1,102 0,847 – 1,433
Mais 5 SM	120	44,3	151	55,7		
Fumante						
Não	717	42,6	968	57,4	0,471	1,037 0,689 – 1,560
Sim	43	43,4	56	56,6		
Uso de drogas						
Não	728	42,4	988	57,6	0,403	1,158 0,588 – 2,278
Sim	14	38,9	22	61,1		
Primiparidade						
Não	408	38,9	640	61,1	0,000	1,424 1,179 – 1,719
Sim	363	47,6	400	52,4		

Fonte: Próprio autor.

Observando os dados da Tabela 8, sobre o uso de chupeta no período perinatal (1º acompanhamento) em relação aos dados do recém-nascido, nota-se que houve associação significativa com as variáveis: Sexo ($p=0,030$), Peso ($p=0,000$) e amamentação exclusiva ($p=0,000$) (TABELA 8).

Ao se avaliar a força de associação, verificou-se que bebês do sexo masculino (OR=1,186, IC 95% = 0,996-1,411), tem 18% mais chance de usarem chupeta no período perinatal. Já em relação ao peso, recém-nascidos com 2500 gramas ou mais (OR=2,307, IC 95% = 1,383-3,821) apresentaram 2,3 mais chances de usarem chupeta. Em relação ao aleitamento exclusivo durante o período perinatal (OR=1,817 IC 95% = 1,396-2,365), bebês que não estavam em aleitamento materno exclusivo, apresentaram 81% mais chance de usarem chupeta (TABELA 8).

Tabela 8 – Associação entre o uso de chupeta durante o 1º acompanhamento (período perinatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de chupeta		Não usa chupeta		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	426	34,9	796	65,1	0,030	1,186 0,996–1,411
Feminino	339	31,1	751	68,9		
Tipo de parto						
Vaginal	300	31,2	663	68,8	0,051	1,164 0,975–1,388
Cesárea	467	34,5	887	65,5		
Peso (gramas)						
Até 2499	19	18,1	86	81,9	0,000	2,307 1,383–3,821
2500 ou mais	740	33,8	1452	66,2		
Amamentação exclusiva						
Não	116	45,7	138	54,3	0,000	1,817 1,396–2,365
Sim	657	31,6	1420	68,4		

Fonte: Próprio autor.

Já na análise bivariada entre uso de chupeta no segundo acompanhamento (período neonatal) e os dados relacionados ao recém-nascido, nota-se que houve associação significativa com as mesmas variáveis: Sexo ($p=0,001$), Peso ($p=0,037$) e Aleitamento Exclusivo ($p=0,000$) (TABELA 9).

Verificando a força de associação, bebês do sexo masculino (OR=1,360, IC 95% = 1,127-1,641), apresentaram 36% mais chances de usarem chupeta em relação aos bebês do sexo feminino, sobre o peso, bebês com 2500 gramas ou mais (OR=1,542, IC 95% = 0,978-2,429) tiveram 1,5 mais chances de usarem chupeta. Em relação ao aleitamento materno exclusivo (OR=1,732, IC 95% = 1,390-2,159), os recém-nascidos que não estavam sob a condição, apresentaram 73% mais chances de usarem a chupeta (TABELA 9).

Tabela 9 – Associação entre o uso de chupeta durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de chupeta		Não usa chupeta		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	445	45,9	524	54,1	0,001	1,360 1,127–1,641
Feminino	321	38,4	514	61,1		
Tipo de parto						
Vaginal	314	41,9	436	58,1	0,368	1,038 0,859–1,254
Cesárea	453	42,8	606	57,2		
Peso (gramas)						
Até 2499	29	33,0	59	67,0	0,037	1,542 0,978–2,429
2500 ou mais	738	43,1	974	56,9		
Amamentação exclusiva						
Não	221	53,0	196	47,0	0,000	1,732 1,390–2,159
Sim	552	39,4	848	60,6		

Fonte: Próprio autor.

Na análise bivariada entre uso de mamadeira no primeiro acompanhamento (período perinatal) e os dados relacionados às mães participantes da pesquisa, nota-se que houve associação significativa com a variável escolaridade ($p=0,012$) e renda familiar (0,003) e que não houve associação significativa com as demais variáveis (TABELA 10).

Ao se avaliar a força de associação, verificou-se que mães com escolaridade de 15 anos ou mais de estudo ($OR=1,473$, $IC\ 95\% = 1,069-2,029$) tiveram 47% mais chances de que seus filhos usem mamadeira durante o período perinatal, ainda mães com renda familiar com mais de 5 salários-mínimos ($OR= 1,734$, $IC\ 95\% = 1,197-2,513$) apresentaram 73% mais chances do uso de mamadeira nos bebês (TABELA 10).

Tabela 10 – Associação entre uso de mamadeira durante o 1º acompanhamento (período perinatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de mamadeira		Não usa mamadeira		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Faixa etária						
Até 19 anos	27	9,8	248	90,2	0,337	1,118 0,731–1,711
20 anos ou mais	181	8,9	1859	91,1		
Anos de estudo						
Até 14 anos	116	7,9	1351	92,1	0,012	1,473 1,069–2,029
15 anos ou mais	65	11,2	514	88,8		
Trabalha						
Não	92	8,7	962	91,3	0,419	1,042 0,781–1,390
Sim	113	9,1	1134	90,9		
Renda familiar						
Até 5 SM	137	7,7	1640	92,3	0,003	1,734 1,197–2,513
Mais 5 SM	41	12,7	283	87,3		
Fumante						
Não	191	8,8	1968	91,2	0,467	1,066 0,578–1,967
Sim	12	9,4	116	90,6		
Uso de drogas						
Não	193	8,8	2004	91,2	0,091	1,964 0,864–4,466
Sim	7	15,9	37	84,1		
Primiparidade						
Não	112	8,3	1231	91,7	0,105	1,213 0,912–1,613
Sim	97	9,9	879	90,1		

Fonte: Próprio autor.

Já na análise bivariada entre uso de mamadeira no segundo acompanhamento (período neonatal) e os dados relacionados às mães participantes da pesquisa nota-se que houve associação significativa apenas com a variável renda familiar ($p=0,001$), ao se avaliar a força de associação, observa-se que mães com renda familiar com mais de 5 salários mínimos (OR= 1,578, IC 95% = 1,184-2,103), apresentaram 1,5 mais chances dos seus filhos usarem mamadeira (TABELA 11).

Tabela 11 – Associação entre uso de mamadeira durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e as características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de mamadeira		Não usa mamadeira		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Faixa etária						
Até 19 anos	43	21,3	159	78,7	0,201	1,184 0,829–1,690
20 anos ou mais	388	24,3	1212	75,8		
Anos de estudo						
Até 14 anos	266	23,7	856	76,3	0,287	1,082 0,845–1,385
15 anos ou mais	122	25,2	363	74,8		
Trabalha						
Não	187	24,1	590	75,9	0,430	1,026 0,824–1,277
Sim	240	23,6	777	76,4		
Renda familiar						
Até 5 SM	304	22,2	1068	77,8	0,001	1,578 1,184–2,103
Mais 5 SM	84	31,0	187	69,0		
Fumante						
Não	391	23,3	1289	76,7	0,065	1,454 0,933–2,268
Sim	30	30,6	68	69,4		
Uso de drogas						
Não	408	23,9	1300	76,1	0,355	1,225 0,586–2,563
Sim	10	27,8	26	72,2		
Primiparidade						
Não	112	8,3	1231	91,7	0,105	1,213 0,912–1,613
Sim	97	9,9	879	90,1		

Fonte: Próprio autor.

Observando os dados da Tabela 12, sobre o uso de mamadeira no período perinatal (1º acompanhamento) em relação aos dados do recém-nascido, nota-se que houve associação significativa apenas com a variável tipo de parto ($p=0,001$). Ao se avaliar a força de associação, verificou-se que bebês nascidos através do parto cesárea ($OR=1,651$, $IC\ 95\% = 1,214-2,244$), tiveram 65% mais chance de usarem mamadeira no período perinatal. (TABELA 12).

Tabela 12 – Associação entre o uso de mamadeira durante o 1º acompanhamento (período neonatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de mamadeira		Não usa mamadeira		p-valor	Odds Ratio
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	105	8,6	1115	91,4	0,305	1,089 0,818–1,450
Feminino	101	9,3	985	90,7		
Tipo de parto						
Vaginal	64	6,7	894	93,3	0,001	1,651 1,214–2,244
Cesárea	143	10,6	1210	89,4		
Peso (gramas)						
Até 2499	11	10,6	93	89,4	0,330	1,208 0,636–2,296
2500 ou mais	195	8,9	1992	91,1		

Fonte: Próprio autor.

Já na análise bivariada entre uso de mamadeira no segundo acompanhamento (período neonatal) e os dados relacionados ao recém-nascido, nota-se que houve associação significativa com as variáveis: Tipo de parto ($p=0,001$) e Peso ($p=0,041$) (TABELA 13).

Verificando a força de associação, bebês nascidos de parto cesárea ($OR=1,450$, $IC\ 95\% = 1,157-1,815$), apresentaram 45% mais chances de usarem mamadeira em relação aos bebês nascidos de parto vaginal, sobre o peso, bebês até 2499 gramas ($OR=1,566$, $IC\ 95\% = 0,984-2,492$) tiveram 1,5 mais chances de usarem mamadeira durante o período neonatal (TABELA 13).

Tabela 13 – Associação entre o uso de mamadeira durante o 2º acompanhamento (período neonatal) e dados relacionados ao recém-nascido, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Característica	Uso de mamadeira		Não usa mamadeira		p-valor	Odds Ratio IC
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	235	24,4	728	75,6	0,331	1,056 0,850–1,313
Feminino	195	23,4	638	76,6		
Tipo de parto						
Vaginal	150	20,1	596	79,9	0,001	1,450 1,157–1,815
Cesárea	282	26,7	773	73,3		
Peso (gramas)						
Até 2499	28	32,6	58	67,4	0,041	1,566 0,984–2,492
2500 ou mais	402	23,6	1304	76,4		

Fonte: Próprio autor.

Foi utilizado modelo de regressão logística para verificar a associação do uso de chupeta entre as demais variáveis de interesse (TABELA 14). Verificou-se que os fatores relacionados à maior probabilidade do uso da chupeta, considerando os dois acompanhamentos, são:

- Sexo do recém-nascido (o sexo feminino atuou como fator de proteção ao uso de chupeta, bebês do sexo masculino apresentam 24% mais chance de usar chupeta);
- Peso do recém-nascido (crianças com 2500 gramas ou mais, apresentam 2,1 vezes mais chance em usar chupeta);
- Primiparidade Materna (bebês filhos de mães primíparas, tem 1,4 vezes mais chance de usar chupeta);
- Aleitamento Materno Exclusivo (bebês sem aleitamento materno exclusivo, tem 83% mais chance em usar chupeta).

Tabela 14 – Regressão logística do uso de chupeta, considerando os dois acompanhamentos, com fatores relacionados ao recém-nascido e características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Variáveis	B	Sig.	OR	Intervalo de Confiança	
				LI	LS
Sexo RN	-0,221	0,009	1,247	1,057	1,473
Peso RN	0,755	0,000	2,127	1,391	3,254
Primiparidade	0,343	0,000	1,408	1,191	1,666
Aleitamento exclusivo	0,657	0,000	1,930	1,575	2,364
Constante	-0,478	0,000	1,163	-	-

Fonte: Próprio autor.

Utilizando a regressão logística para verificar a associação do uso de mamadeira entre as demais variáveis de interesse (TABELA 15). Verificou-se que os fatores relacionados à maior probabilidade do uso de mamadeira, considerando os dois acompanhamentos, são:

- Renda Familiar (crianças nascidas em famílias com renda com 5 salários mínimos ou mais, apresentam 40% mais chance de usar mamadeira);
- Primiparidade Materna (bebês filhos de mães primíparas, tem 3,8 vezes mais chance de usar mamadeira, sendo a primiparidade fator de proteção ao uso de mamadeira);

- Tipo de Parto (bebês nascidos de parto cesárea, apresentam 28% mais chance do uso da mamadeira).

Tabela 15 – Regressão logística do uso da mamadeira, considerando os dois acompanhamentos, com fatores relacionados ao recém-nascido e características maternas, em três maternidades do Espírito Santo, Vitória – ES, 2021.

Variáveis	B	Sig.	OR	Intervalo de Confiança	
				LI	LS
Renda familiar	0,338	0,023	1,402	1,047	1,876
Primiparidade	-1,344	0,000	3,831	1,980	7,407
Tipo de parto	0,248	0,033	1,282	1,020	1,610
Constante	2,522	0,000	12,455	-	-

Fonte: Próprio autor.

6. DISCUSSÃO

A literatura e os órgãos de saúde incentivam que o aleitamento materno seja exclusivo pelo tempo adequado na busca por garantir aos recém-nascidos todos os benefícios que o leite materno proporciona, a prevenção da instalação de hábitos bucais é um deles. Na história da humanidade o uso de chupetas e mamadeiras assumiram um papel sociocultural importante e arraigado, estando ligado aos processos de revolução industrial e inclusão da mulher no mercado de trabalho, atualmente esses objetos estão relacionados por fazerem parte da infância.

O percentual do uso de bicos (chupeta ou mamadeira) ora encontrado no presente estudo ao final a do período neonatal foi de 25%, apesar de elevada, foi aquém do encontrado no estudo utilizando dados da “II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal”, onde 33,5% das crianças menores de 12 meses, usavam bicos artificiais. O percentual abaixo, provavelmente, se dá pela influência deste estudo em analisar os determinantes precocemente (período perinatal e neonatal), o avançar da idade da criança, está associado ao aumento no uso de bicos artificiais (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014).

Quanto ao uso isolado de cada um desses bicos artificiais, observa-se um percentual de uso de chupeta maior do que a relatada no inquérito nacional (9,1%), enquanto que o percentual de uso de mamadeira foi inferior a reportada nesse mesmo inquérito (24,8%) (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014).

Alguns estudos da literatura apontam a primiparidade como fator de risco para o uso de chupetas e mamadeiras, achado semelhante do presente estudo, esse fato encontrado pode ser explicado através da função das chupetas, que são utilizadas como um mecanismo para acalmar os bebês, e das mamadeiras, utilizadas como forma de alimentação para as mães sem experiência anterior que buscam nesses utensílios ajuda para acalmar o choro, suporte para espaçar as mamadas e acalantar a mama que por ventura esteja ferida (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO,

2014; SERTÓRIO; SILVA, 2005; SOARES et al., 2003; JAAFAR et al., 2016; SPINELLI; SOUZA; SOUZA, 2002).

Mães mais jovens, aparecem relacionadas a maior chance dos filhos utilizarem chupeta durante os primeiros dias de vida, dado similar aos encontrados em outros estudos (SILVA, 1994; BUCCINI et al., 2011; KRAMER et al., 2001; SERTÓRIO; SILVA, 2005; TOMASI; VICTORA; OLINTO, 1994; BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014). É relatado que desde o nascimento do filho a mãe passa por um processo de aprendizado para conhecer/compreender a linguagem dos seus bebês e pouco são orientadas sobre como manejar o choro/comportamento da criança. Portanto, pode-se supor que mães menos experientes e mais jovens fiquem mais ansiosas em manejar o choro/comportamento da criança e utilizem mais a chupeta como objeto de acalento.

No presente estudo, houve associação significativa entre bebês do sexo masculino e o uso de chupeta, fato corroborado em outros estudos (SOARES et al., 2003; BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014) sobre a utilização da chupeta, que identificaram a associação entre o uso mais frequente e o sexo masculino, porém o fato de que os meninos são mais propensos a usar chupetas ainda necessita de uma explicação, os autores citados acima, sugerem que essa questão seria melhor respondida mediante estudos etnográficos e qualitativos.

O peso do recém-nascido associou-se ao uso de chupetas e mamadeiras, crianças com peso considerado normal ao nascer apresentaram 2,1 vezes mais chance de usarem chupetas e 50% mais chance de usarem mamadeira, tal informação pode ser explicada com o fato de que o aumento de peso nessas crianças está associado ao uso de fórmulas como complemento alimentar através das mamadeiras (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014; BUCCINI et al., 2011; FRANÇA et al., 2008).

O aleitamento materno é considerado uma estratégia fundamental para promoção e proteção da saúde de crianças, tendo em vista seus benefícios e são eles aproveitados em sua plenitude quando a amamentação é praticada de forma

exclusiva até o sexto mês de vida do lactente. A não amamentação exclusiva, favorece o surgimento da confusão de bicos, conseqüentemente colaborando para o uso de outros bicos, este fato foi evidenciado no presente estudo, onde bebês sem o aleitamento materno exclusivo, apresentaram 83% mais chances de utilizarem a chupeta. Este dado é relevante em termos de atenção dispensada à tríade mãe/bebê/família em termos de prevenção do desmame precoce. Estudos relacionam a amamentação com o favorecimento do estabelecimento do vínculo mãe-bebê, fatores que permeiam a decisão pela utilização ou não de chupeta (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007).

Em referência ao uso exclusivo de chupeta, alguns autores (KRAMER et al., 2001; VICTORA et al., 1997; BATISTA et al., 2018; PINTO et al., 2003; GOMES et al., 2006; BEZERRA et. al., 2019) apontam este evento como um marcador de dificuldades no aleitamento materno. As dificuldades enfrentadas pelas mães no processo de aleitamento podem favorecer o uso de chupeta, considerando a função já mencionada de “calmante infantil”. Assim, a necessidade de acalmar o choro dos recém-nascidos, que se intensifica na presença de dificuldade em amamentar, pode levar as mães a oferecerem chupeta aos seus filhos, cujo hábito uma vez instalado, pouco se altera com o passar do tempo. Além disso, as chupetas podem ser usadas como um mecanismo para diminuir e espaçar as mamadas em mulheres com dificuldades de amamentar, aliviando assim o desconforto durante o processo de amamentação. A substituição da amamentação natural por mamadeira, por sua vez, também pode desencadear prejuízos ao desenvolvimento do sistema sensório motor-oral, devido à falta de estimulação correta das estruturas orofaciais, favorecendo a instalação de hábitos de sucção oral, como a o uso da chupeta. Dessa forma, é provável que a dificuldade no aleitamento materno, favoreça a oferta de chupeta ou mamadeira, e o uso de algum desses bicos também possa favorecer o uso do outro (KRAMER et al., 2001; VICTORA et al., 1997; BATISTA et al., 2018; PINTO et al., 2003; GOMES et al., 2006; BEZERRA et. al., 2019).

Foi observado no presente estudo a associação entre o parto cesárea e o uso de mamadeiras nos primeiros dias de vida do bebê, resultado similar de muitos estudos (SOARES et al.,2003; ARAÚJO; SCHMITZ, 2007; BATISTA, 2018) que

observaram mulheres que realizaram parto cesárea oferecem mais a mamadeira, mulheres com parto cesáreo apresentaram retardo significativo no início da amamentação, relacionando o período pós cirúrgico em que a mãe foi submetida, o que pode levar à diminuição na frequência da amamentação e consequente aumento na utilização de bicos artificiais (SOARES et al.,2003; ARAÚJO; SCHMITZ, 2007; BATISTA, 2018). Observa-se 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. 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, quando comparadas com as que tiveram parto via vaginal. Dentre os inúmeros fatores destacam-se os que podem estar associados a esse processo, cor da pele da mãe, nível socioeconômico e aspectos culturais (VICTORA et al., 1997).

A respeito dos achados do presente trabalho, em que crianças nascidas em famílias com renda de 5 salários mínimos ou mais, apresentam 40% mais chances de usarem mamadeira, uma vez que a literatura (BARROS et al., 1995; BEZERRA, et al., 2019) demonstra que o uso de mamadeiras e chupetas pode estar relacionado a classe socioeconômica visto que há maior facilidade em adquirir o utensílio, bem como maior acesso a redes de apoio, ou até mesmo retorno das mães ao mercado de trabalho (BARROS et al., 1995; BEZERRA, et al., 2019).

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados sob o entendimento de algumas limitações. O fato das características e informações das mães muitas vezes não serem respondidas por elas mesmas e sim por avós ou maridos acompanhantes na maternidade, a situação de vulnerabilidade em que essas mães se encontravam, por terem passado por um processo de gestação e parto e as questões emocionais e psicológicas envolvidas no contexto, o próprio número de questões inseridas no instrumento utilizado para as entrevistas, deve ser levado em consideração, melhorias contínuas para melhor experiência na coleta de dados para pesquisa em saúde deve ser considerado.

7. CONCLUSÃO

- O estudo encontrou uma elevada prevalência de uso de chupeta e/ou mamadeira em bebês durante o período neonatal. Pode-se observar que o uso de mamadeiras se associou a fatores e características maternas, como a renda familiar, tipo de parto realizado e primiparidade. Em relação aos determinantes associados ao uso de chupeta, evidencia-se majoritariamente características dispostas ao recém-nascido, como o sexo, peso e aleitamento exclusivo, além da primiparidade materna.
- Das 3429 mães entrevistadas incluídas na pesquisa, 69,7% apresentaram idade entre 20 e 34 anos e 30,5% informaram ter entre 12 a 14 anos de estudos completos. A maioria (51,6%) afirmou trabalhar e 47% relatou ter renda familiar mensal de até dois salários mínimos. Observou-se que a maioria das crianças foram do sexo masculino (51,5%), nascidas através de parto por cesárea (56,8%), apresentando peso adequado (2500 a 3999 gramas) (87,3%). 25% (n=861) das crianças fizeram uso de chupeta ou mamadeira em algum momento no período neonatal, grupo esse com as mesmas características dos recém-nascidos incluídos no estudo.
- Os fatores que determinam a ocorrência do uso dos bicos artificiais são complexos, envolvendo aspectos culturais, características da mãe como: primiparidade, renda e tipo de parto. Bem como características do bebê (sexo, peso) bem como na oferta ou não do aleitamento materno exclusivo, na ausência deste, há a inserção da chupeta podendo levar ao uso concomitante das mamadeiras garantindo a nutrição. Os resultados demonstram a necessidade de intensificação das orientações pré e pós natais sobre amamentação e uso dos bicos artificiais, principalmente, em mães mais jovens, bem como a construção de ações efetivas e multidisciplinares, que possibilitem desenvolver um trabalho com estratégias para garantia da informação e acompanhamento sobre aleitamento materno exclusivo, dentro das relações familiares e sociais, com o objetivo de reduzir o uso de chupeta e mamadeira e as

consequências negativas associadas ao uso desses bicos. Sendo assim, a compreensão dos determinantes associados ao uso de chupeta e mamadeira no período perinatal e neonatal pelos serviços e profissionais de saúde permite a adoção de estratégias para a prevenção e enfrentamento do desmame precoce, tanto por meio de ações individuais ou coletivas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. S. L. de et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 371–378, mar. 2010.

AMITAY, E. L.; KEINAN-BOKER, L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-Analysis and Systematic Review. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 6, p. e151025, jun. 2015.

ANTUNES, L. dos S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 103–109, fev. 2008.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 22, n. 2., p. 91-9, 2007.

ARIES, P.; FLAKSMAN, D. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ARVEDSON, J.C. Swallowing and feeding in infants and young children. **Nature**. 2006. Disponível em: <<http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo17.html>>. Acesso em 5 nov. 2020.

AUNE, D. et al. Breastfeeding and the Maternal Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Dose–Response Meta-Analysis of Cohort Studies. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 24, n. 2, p. 107–115, fev. 2014.

AUSTIN, C. et al. Barium Distributions in Teeth Reveal Early-Life Dietary Transitions in Primates. **Nature**, v. 498, n. 7453, p. 216–219, jun. 2013.

AVILA, W. M. et al. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v. 10, n. 11, p. e0142922, nov. 2015.

BABY-BOTTLE MUSEUM. **The history of the feeding bottle.** <<http://www.babybottle-museum.co.uk/articles.html>>. 2006. Acesso em: 5 nov. 2020.

BAGCI BOSI, A. T. et al. Breastfeeding Practices and Policies in WHO European Region Member States. **Public Health Nutrition**, v. 19, n. 4, p. 753–764, mar. 2016.

BARNES, L. A. History of Infant Feeding Practices. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 46, n. 1, p. 168–170, jul. 1987.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; SEMER, T. C.; TONIOLI FILHO, S.; TOMASI, E.; WEIDERPASS, E. Use of pacifiers is associated with decrease breastfeeding duration. **Pediatrics**, v. 95, p. 497-9, 1995.

BARTICK, M. C. et al. Disparities in Breastfeeding: Impact on Maternal and Child Health Outcomes and Costs. **The Journal of Pediatrics**, v. 181, p. 49- 55.e6, fev. 2017.

BATISTA, C. L. C. et al. Association between Pacifier Use and Bottle-Feeding and Unfavorable Behaviors during Breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 6, p. 596–601, nov. 2018.

BELFORT, M. B. et al. Infant Feeding and Childhood Cognition at Ages 3 and 7 Years: Effects of Breastfeeding Duration and Exclusivity. **JAMA Pediatrics**, v. 167, n. 9, p. 836, set. 2013.

BÉRENGER-BADEL, A. COULON (Gérard). – L'Enfant en Gaule romaine: Deuxième édition entièrement revue et augmentée, Paris : Errance, Hespérides, 2004. – 207 p. **Histoire de l'éducation**, n. 109, p. 119–121, jan. 2006.

BERNARD, J. Y. et al. Breastfeeding Duration and Cognitive Development at 2 and 3 Years of Age in the EDEN Mother–Child Cohort. **The Journal of Pediatrics**, v. 163, n. 1, p. 36- 42.e1, jul. 2013.

BEZERRA, V. M. et al. Prevalence and determinants of the use of pacifiers and feedingbottle: a study in Southwest Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 311–321, jun. 2019.

BLOCH, A. M. et al. Does Breastfeeding Protect against Allergic Rhinitis during Childhood? A Meta-Analysis of Prospective Studies. **Acta Paediatrica**, v. 91, n. 3, p. 275–279, jan. 2007.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 108, dez. 2017.

BOWATTE, G. et al. Breastfeeding and Childhood Acute Otitis Media: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 85–95, dez. 2015.

BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (Org.). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. 1. ed ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde : Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.

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

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Alimentação e Nutrição - Glossário Temático. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2a ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015.

BUCCINI, G. dos S. **Determinantes do uso da chupeta e mamadeira em crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. 2012. Mestrado em Nutrição em Saúde Pública–Universidade de São Paulo, São Paulo,

2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-05092012-111455/>>. Acesso em: 15 out. 2020.

BUCCINI, G. dos S. et al. Pacifier Use and Interruption of Exclusive Breastfeeding: Systematic Review and Meta-Analysis: Pacifier and Exclusive Breastfeeding Interruption. **Maternal & Child Nutrition**, v. 13, n. 3, p. e12384, jul. 2017.

BUCCINI, G. dos S.; BENÍCIO, M. H. D.; VENANCIO, S. I. Determinants of using pacifier and bottle feeding. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 571–582, ago. 2014.

BUCCINI, G. dos S.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; VENANCIO, S. I. Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 3, p. NP52–NP60, ago. 2016.

BUCCINI, G. S.; SANCHES, M. T. C.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BONAMIGO, A. W. Acompanhamento de recém nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das equipes de Saúde da Família. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v. 11, n. 3, p. 239-47, 2011.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. de A. Alimentos Utilizados Ao Longo Da História Para Nutrir Lactentes. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 179–188, jun. 2010.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. de A.; COCETTI, M. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1401–1410, jun. 2010.

CASTILHO, S. D.; FILHO, A. de A. B. The history of infant nutrition. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 179–188, jun. 2010.

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

CHANTRY, C. J. et al. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. **The Journal of Pediatrics**, v. 164, n. 6, p. 1339- 1345.e5, jun. 2014.

CHEN, X.; XIA, B.; GE, L. Effects of Breast-Feeding Duration, Bottle-Feeding Duration and Non-Nutritive Sucking Habits on the Occlusal Characteristics of Primary Dentition. **BMC Pediatrics**, v. 15, n. 1, p. 46, dez. 2015.

CHOWDHURY, R. et al. Breastfeeding and Maternal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 96–113, dez. 2015.

CORRÊA, C. de C. et al. Interferência dos bicos ortodônticos e convencionais no sistema estomatognático: revisão sistemática. **CoDAS**, v. 28, n. 2, p. 182–189, abr. 2016.

CRUZ, S.H. D.; GERMANO, J. D. A.; TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 259-67, 2010.

DA CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. M.; MACHADO, M. M. T. Breastfeeding and Pacifier Use in Brazil. **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 72, n. 3, p. 209–212, mar. 2005.

DAHL, L. **Clinician's Guide to Breastfeeding**. Cham: Springer International Publishing, 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-18194-3>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

DOĞRAMACI, E. J.; ROSSI-FEDELE, G. Establishing the Association between Nonnutritive Sucking Behavior and Malocclusions: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 147, n. 12, p. 926- 934.e6, 2016.

DOWLING, D. A.; THANATTHEKUL, W. Nipple Confusion, Alternative Feeding Methods, and Breast-Feeding Supplementation: State of the Science. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 1, n. 4, p. 217–223, dez. 2001.

DUNNE, J. et al. Milk of Ruminants in Ceramic Baby Bottles from Prehistoric Child Graves. **Nature**, v. 574, n. 7777, p. 246–248, out. 2019.

EGLASH, A.; MONTGOMERY, A.; WOOD, J. Breastfeeding. **Disease-a-Month**, v. 54, n. 6, p. 343–411, jun. 2008.

ELAD, D. et al. Biomechanics of Milk Extraction during Breast-Feeding. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 14, p. 5230–5235, abr. 2014.

ESPÍRITO SANTO. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Secretária de Saúde**. Vitória, 2016. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf> . Acesso em: 14 de out. 2020.

FELDENS, C. et al. Advising mothers about breastfeeding and weaning reduced pacifier use in the first year of life: A randomized trial. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 41, dez. 2012.

FRANÇA, M. C. T. et al. Uso de Mamadeira No Primeiro Mês de Vida: Determinantes e Influência Na Técnica de Amamentação. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 607–614, ago. 2008.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Involvement of maternal grandmother and teenage mother in intervention to reduce pacifier use: a randomized clinical trial. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 95, n. 2, p. 166–172, mar. 2019.

GÓES, M. P. S. de et al. Persistência de hábitos de sucção não nutritiva: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 3, p. 247–257, set. 2013.

GOMES, C. F. et al. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 2, p. 103–109, abr. 2006.

GUNDERSON, E. P. et al. Lactation and Progression to Type 2 Diabetes Mellitus After Gestational Diabetes Mellitus: A Prospective Cohort Study. **Annals of Internal Medicine**, v. 163, n. 12, p. 889, dez. 2015.

HARDING, C.; LAW, J.; PRING, T. The use of non-nutritive sucking to promote functional sucking skills in premature infants: An exploratory trial. **Infant**, v. 2, p. 238–242, jan. 2006.

HAUCK, F. R. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-Analysis. **PEDIATRICS**, v. 116, n. 5, p. e716–e723, nov. 2005.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Long-Term Consequences of Breastfeeding on Cholesterol, Obesity, Systolic Blood Pressure and Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 30–37, dez. 2015.

HOWARD, C. R. et al. The Effects of Early Pacifier Use on Breastfeeding Duration. **PEDIATRICS**, v. 103, n. 3, p. e33–e33, mar. 1999.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil**, 2020. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama> >. Acesso em: 14 de out. 2020.

IP, S. et al. A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. **Breastfeeding Medicine**, v. 4, n. s1, p. S-17-S-30, out. 2009.

JAAFAR, S. H. et al. Effect of Restricted Pacifier Use in Breastfeeding Term Infants for Increasing Duration of Breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 30 ago. 2016. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007202.pub4>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

KRAMER, M. S.; BARR, R. G; DAGENAIS, S.; YANG, H.; JONES, P.; CIOFANI, L. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled. **JAMA**, v.286, n.3, p. 322-6, 2001

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 15 ago. 2012. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517.pub2>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

KULL, I. Breast feeding and allergic diseases in infants--a prospective birth cohort study. **Archives of Disease in Childhood**, v. 87, n. 6, p. 478–481, dez. 2002.

LAMOUNIER, J. A. O Efeito de Bicos e Chupetas No Aleitamento Materno. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 284–286, ago. 2003.

LAU, C.; SCHANLER, R. J. Oral Motor Function in the Neonate. **Clinics in Perinatology**, v. 23, n. 2, p. 161–178, jun. 1996.

LEONE, C. R.; SADECK, L. dos S. R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 21–26, 2012.

LEVIN, S. Dummies. **South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde**, v. 45, n. 9, p. 237–240, fev. 1971.

LEVINIENÉ, G. et al. Factors Associated With Breastfeeding Duration. **Medicina**, v. 49, n. 9, p. 65, out. 2013.

LI, R. et al. Breastfeeding and Risk of Infections at 6 Years. **PEDIATRICS**, v. 134, n. Supplement, p. S13–S20, set. 2014.

LIAO, S.-L. et al. Exclusive Breastfeeding Is Associated with Reduced Cow's Milk Sensitization in Early Childhood. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 25, n. 5, p. 456–461, ago. 2014.

LINNECAR, A., et al. Formula for Disaster Weighing the Impact of Formula Feeding Vs Breastfeeding on Environment. Dehli: **IBFAN-Asia/BPNI**, 2014.

LODGE, C. et al. Breastfeeding and Asthma and Allergies: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 38–53, dez. 2015.

MARÍN GABRIEL, M. Á. et al. Analgesia with Breastfeeding in Addition to Skin-to-Skin Contact during Heel Prick. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, v. 98, n. 6, p. F499–F503, nov. 2013.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Which Women Breastfeed for 2 Years or More? **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 1, p. 67–73, fev. 2012.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 289–294, ago. 2006.

MATSUO, K.; PALMER, J. B. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 19, n. 4, p. 691–707, nov. 2008.

MCNAIR, C. et al. Nonpharmacological Management of Pain During Common Needle Puncture Procedures in Infants. **Clinics in Perinatology**, v. 40, n. 3, p. 493–508, set. 2013.

MEDEIROS, A. P. M.; FERREIRA, J. T. L.; FELÍCIO, C. M. de. Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 21, n. 4, p. 315–319, dez. 2009.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo (SP): Atheneu, 2007.

MEINECKE, C.W. Nipple Holder. **United States Patent Office**, 1900. Disponível em: <<https://patentimages.storage.googleapis.com/ae/c6/cf/81d22d91b3c534/US652034.pdf>>. Acesso em: 14 de out. 2020.

MIOTTO, M. H. M. de B. et al. Aleitamento materno como fator de proteção contra a instalação de hábitos bucais deletérios. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 1, p. 244–251, mar. 2014.

MOON, R. Y.; TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics**, v. 138, n. 5, p. e20162940, nov. 2016.

MORTENSEN, E. L. The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence. **JAMA**, v. 287, n. 18, p. 2365, maio 2002.

MURARO, A. et al. Dietary Prevention of Allergic Diseases in Infants and Small Children. Part III: Critical Review of Published Peer-Reviewed Observational and

Interventional Studies and Final Recommendations*. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 15, n. 4, p. 291–307, ago. 2004.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple Confusion: Toward a Formal Definition. **The Journal of Pediatrics**, v. 126, n. 6, p. S125–S129, jun. 1995.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame Precoce: Implicações Para o Desenvolvimento Motor-Oral. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 5 nov. 2020.

NELSON, A. M. A Comprehensive Review of Evidence and Current Recommendations Related to Pacifier Usage. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 27, n. 6, p. 690–699, dez. 2012.

NEU, A. P. et al. Relação entre o tempo e o tipo de amamentação e as funções do sistema estomatognático. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 420–426, mar. 2012.

OWEN, C. G. et al. Does Breastfeeding Influence Risk of Type 2 Diabetes in Later Life? A Quantitative Analysis of Published Evidence. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 84, n. 5, p. 1043–1054, nov. 2006.

PARIZOTO, G. M. et al. Tendência e Determinantes Do Aleitamento Materno Exclusivo Em Crianças Menores de 6 Meses. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 201–208, jun. 2009.

PEIXOTO, J. S.; FRANÇA, C. C.; BARGE, S.; BRANCO, M. Qual o papel da chupeta no risco de otite média aguda ?. **Nascer E Crescer - Birth And Growth Medical Journal**, v. 29, n 1, p. 17-22, 2020.

PERES, K. G. et al. Effect of Breastfeeding on Malocclusions: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 54–61, dez. 2015.

PINTO, M. C. G. L.; MELO, G. F. B.; COLARES, V.; KATZ, C. R. T. Fatores sócio-econômico-culturais relacionados ao uso da chupeta em crianças de zero a quatro anos da cidade do Recife-PE. **Arq Odontol**, v. 39, n.4, p. 285-96, 2003.

PISACANE, A. et al. Breastfeeding and Risk for Fever After Immunization. **PEDIATRICS**, v. 125, n. 6, p. e1448–e1452, jun. 2010.

POTON W.L., SOARES A.L.G., MENEZES A.M.B., WEHRMEISTER F.C., GONÇALVES H. Amamentação e comportamentos externalizantes na infância e adolescência em uma coorte de nascimentos. **Rev Panam Salud Publica**. 2017.

POTON, W. L.; SOARES, A.L.G.; OLIVEIRA, E.R.A.; GONÇALVES, H. Breastfeeding and Behavior Disorders among Children and Adolescents: A Systematic Review. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 9, jan. 2018.

POYAK, J. Effects of Pacifiers on Early Oral Development. **International Journal of Orthodontics (Milwaukee, Wis.)**, v. 17, n. 4, p. 13–16, 2006.

QUIGLEY, M. A.; KELLY, Y. J.; SACKER, A. Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. **PEDIATRICS**, v. 119, n. 4, p. e837–e842, abr. 2007.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 241–249, jun. 1990.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2008.

RIGOTTI, R. R.; OLIVEIRA, M. I. C. de; BOCCOLINI, C. S. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second six months of life. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1235–1244, abr. 2015.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Breastfeeding Difficulties and Influence in the Early Weaning. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140002>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

ROLLINS, N. C. et al. Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, jan. 2016.

ROMERO, C. C. et al. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. **Journal of Applied Oral Science**, v. 19, n. 2, p. 161–168, abr. 2011.

ROVERS, M. M. et al. Is Pacifier Use a Risk Factor for Acute Otitis Media? A Dynamic Cohort Study. **Family Practice**, v. 25, n. 4, p. 233–236, ago. 2008.

RUDOLPH, C. D.; THOMPSON LINK, D. Feeding Disorders in Infants and Children. **Pediatric Clinics of North America**, v. 49, n. 1, p. 97–112, fev. 2002.

SALAH, M. et al. Recurrent Acute Otitis Media in Infants: Analysis of Risk Factors. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 10, p. 1665–1669, out. 2013.

SALUSTIANO, L. P. de Q. et al. Fatores Associados à Duração Do Aleitamento Materno Em Crianças Menores de Seis Meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28–33, jan. 2012.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. s155–s162, nov. 2004.

SANTOS, I. S. et al. Breastfeeding Exclusivity and Duration: Trends and Inequalities in Four Population-Based Birth Cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. **International Journal of Epidemiology**, v. 48, n. Supplement_1, p. i72–i79, abr. 2019.

SANTOS NETO, E. T. dos et al. Pacifier use as a risk factor for reduction in breastfeeding duration: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 377–389, dez. 2008.

SCHWARTZ, R. H.; GUTHRIE, K. L. Infant Pacifiers: An Overview. **Clinical Pediatrics**, v. 47, n. 4, p. 327–331, maio 2008.

SCHWARZ, E. B. et al. Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease: **Obstetrics & Gynecology**, v. 113, n. 5, p. 974–982, maio 2009.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 2, p. 156-62, 2005.

SHAH, P. S. et al. Breastfeeding or Breast Milk for Procedural Pain in Neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004950.pub3>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

SHARMA, A. J.; DEE, D. L.; HARDEN, S. M. Adherence to Breastfeeding Guidelines and Maternal Weight 6 Years After Delivery. **PEDIATRICS**, v. 134, n. Supplement, p. S42–S49, set. 2014.

SILVA, C. et al. Oral characteristics of newborns. **Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.)**, v. 75, p. 4–6, dez. 2008.

SILVA, I. A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno. **Rev Esc Enferm USP**, v. 30, n. 1, p. 58-72, 1998.

SILVEIRA, L. M. D. et al. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 37–43, fev. 2013.

SMITH, H. A.; BECKER, G. E. Early Additional Food and Fluids for Healthy Breastfed Full-Term Infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 30 ago. 2016. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006462.pub4>>. Acesso em: 5 nov. 2020.

SOARES, M. E. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; BRAUN, M. L.; SALGADO, A. C. N.; OLIVEIRA, A. P.; AGUIAR, P. R. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr**, v. 79, n. 4, p. 309-16, 2003.

SPINELLI, M. G. N.; SOUZA, S. B. D.; SOUZA, J. M. P. Mamadeira, xícara ou colher: de que forma os bebês estão recebendo os alimentos. **Pediatr Mod**, v. 38, n. 10, p. 461-8, 2002.

STEVENS, E. E.; PATRICK, T. E.; PICKLER, R. A History of Infant Feeding. **Journal of Perinatal Education**, v. 18, n. 2, p. 32–39, jan. 2009.

STUEBE, A. M. et al. Duration of Lactation and Incidence of Myocardial Infarction in Middle to Late Adulthood. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 200, n. 2, p. 138.e1-138.e8, fev. 2009.

TABNET. Espírito Santo (Estado). **Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo**. Tabulação de dados - Tabnet. Disponível em: <<http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sinasc/sinasc2006/sinasc2006.def>>. Acesso em: 10 jun 2019.

THAM, R. et al. Breastfeeding and the Risk of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 62–84, dez. 2015.

TOMASI, E.; VICTORA, C. G.; OLINTO, M. T. A. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. **J Pediatr (Rio J)**, v. 70, n. 3, p.167-71, 1994.

TRAWITZKI, L. V. V. et al. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 6, p. 747–751, dez. 2005.

UNICEF; WHO. **Capture the Moment**. [S.l: s.n.], 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/index_102949.html>. Acesso em: 7 nov. 2020.

VENANCIO, S. I. et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000300704&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 5 nov. 2020.

VERDUCI, E. et al. Duration of Exclusive Breastfeeding and Wheezing in the First Year of Life: A Longitudinal Study. **Allergologia et Immunopathologia**, v. 45, n. 4, p. 316–324, jul. 2017.

VICTORA, C. G.; BEHAQUE, D. P.; BARROS, F. C.; OLINTO, M. T. A.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. v. 99, n.3, p. 445-53, 1997.

VICTORA, C. G. et al. Association between Breastfeeding and Intelligence, Educational Attainment, and Income at 30 Years of Age: A Prospective Birth Cohort Study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199–e205, abr. 2015.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, jan. 2016.

VIEIRA, T. O. et al. Duration of Exclusive Breastfeeding in a Brazilian Population: New Determinants in a Cohort Study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 175, dez. 2014.

VOGEL, A.; HUTCHISON, B.; MITCHELL, E. The Impact of Pacifier Use on Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 37, n. 1, p. 58–63, fev. 2001.

WOLFF, P. H. The Serial Organization of Sucking in the Young Infant. **Pediatrics**, v. 42, n. 6, p. 943–956, dez. 1968.

WOOLRIDGE, M. W. The ‘Anatomy’ of Infant Sucking. **Midwifery**, v. 2, n. 4, p. 164–171, dez. 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline, Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices**. [S.l: s.n.], 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539314/>>. Acesso em: 14 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and Young Child Feeding**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices**. Washington, D.C.: World Health Organization (WHO), 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION; NUTRITION FOR HEALTH AND DEVELOPMENT. **Guideline**. [S.l: s.n.], 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487819/>>. Acesso em: 14 out. 2020.

YAN, J. et al. The Association between Breastfeeding and Childhood Obesity: A Meta-Analysis. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1267, dez. 2014.

ZIMMERMAN, E.; THOMPSON, K. Clarifying Nipple Confusion. **Journal of Perinatology**, v. 35, n. 11, p. 895–899, nov. 2015.

31. Hora da internação (HH:MM): _____: _____		
Características da mãe e da família		
As informações das próximas questões deverão ser perguntas diretamente à mãe.		
32. Qual a raça/cor da pele (pelo entrevistador)?	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena
33. Qual a raça/cor da sua pele (autorreferida)?	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Parda
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena
34. Atualmente, com quem você vive?		
<input type="checkbox"/> Pai da criança	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Seus pais
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
35. Quantos anos de estudo você completou? _____ anos		
36. Você (mãe) trabalha?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
36.1. Se sim, em quê? _____		
37. O seu (mãe) trabalho é remunerado?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
38. Qual a renda familiar mensal? (Valor de todos que contribuem para as despesas da casa): R\$ _____		
39. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____		
40. Qual a pessoa que contribui financeiramente com o maior valor? _____		
41. Quantas pessoas moram na casa?	_____ pessoas.	<input type="checkbox"/> Ignorado
42. Há fumante na casa?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
42.1. Se sim, quantos? _____		
43. Nível socioeconômico da família utilizando o índice de bens (segundo a ABEP – anexo ao final do formulário): _____ pontos (Obs: colocar o resultado seguindo a pontuação da tabela do manual)		
44. Quantos cômodos têm a casa, incluindo banheiros? _____ cômodos <input type="checkbox"/> Ignorado		
Agora vou te fazer perguntas sobre os antecedentes familiares clínicos, aqui inclui irmãos e pais		
45. Alguém (irmão/irmã ou pai/mãe) tem ou teve?		
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Gemelaridade
<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Doença de Chagas
<input type="checkbox"/> Malformações congênitas e anomalias genéticas	<input type="checkbox"/> Câncer de mama e/ou do colo uterino	<input type="checkbox"/> Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV
Agora vou te fazer perguntas sobre os seus antecedentes pessoais clínicos		
46. Você tem ou teve?		
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Cardiopatias
<input type="checkbox"/> Doença de Chagas	<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Anemias e deficiências de nutrientes	<input type="checkbox"/> Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade)	<input type="checkbox"/> Doenças da tireoide e outras endocrinopatias
<input type="checkbox"/> Vírus (rubéola, hepatites)	<input type="checkbox"/> Transfusões de sangue	<input type="checkbox"/> Infecção urinária
<input type="checkbox"/> Doenças neurológicas e psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas	<input type="checkbox"/> Alergias (inclusive medicamentosas)
<input type="checkbox"/> Doenças neoplásicas	<input type="checkbox"/> Cirurgia (tipo e data): _____	
<input type="checkbox"/> Portadora do HIV	<input type="checkbox"/> Uso de antirretrovirais _____	
Agora vou te fazer perguntas sobre seus antecedentes ginecológicos		
47. Com que idade menstruou pela primeira vez (menarca)? _____ anos.		
48. Seu ciclo menstrual é	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> irregular
49. Quantos dias dura sua menstruação? _____ dias.		
50. Fazia uso de métodos contraceptivos?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
51. Se sim, qual método contraceptivo utilizava?		
<input type="checkbox"/> Pílula hormonal	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Camisinha masculina
<input type="checkbox"/> Camisinha feminina	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
52. Precisou fazer tratamento para engravidar?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado

52.1 Se sim, quem fez o tratamento?		
<input type="checkbox"/> Mulher	<input type="checkbox"/> Homem	
53. Já fez cirurgia na mama?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
53.1 Se sim, que tipo de cirurgia?		
<input type="checkbox"/> Reparadora	<input type="checkbox"/> Estética	
Agora vou te fazer perguntas sobre as gestações anteriores (antes deste bebê)		
54. Quantas gestações você teve antes deste bebê? _____ gestações		
55. Quantos partos teve antes deste bebê? _____ partos		
56. Quantos abortos teve antes deste bebê? _____ abortos		
57. Destas gestações, quantas foram: partos normais _____ partos cesáreos _____		
58. Qual a data do último parto? ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Ignorado		
59. Destas gestações, algum bebê teve?		
<input type="checkbox"/> Icterícia neonatal	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia
<input type="checkbox"/> Exosangüineotransfusão		
60. Todos eles estão vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
60.1. Se não, quantos morreram? _____		
Obs: Se tiver mais de 1 óbito, registrar as informações sobre o último óbito.		
61. Quando foi o óbito deste bebê?		
<input type="checkbox"/> nasceu morto	<input type="checkbox"/> até 7 dias	<input type="checkbox"/> 7 até 27 dias
<input type="checkbox"/> depois de 28 dias	<input type="checkbox"/> mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> Ignorado
62. Se nasceu morto (óbito intra-útero), quantas meses de gravidez você tinha? _____ meses		
63. Você sabe qual foi o motivo do óbito? _____		
64. Quem cuidava da criança quando ela morreu?		
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Parente adulto
<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
65. Das gestações anteriores, quantas amamentou?		
66. Seu último filho foi amamentado durante quantos meses? _____ meses.		
67. Qual o motivo do desmame? _____		
INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL		
As informações das próximas questões deverão ser retiradas do prontuário ou do cartão da gestante.		
68. Data da última menstruação: ____ / ____ / ____		
69. Data provável do parto: ____ / ____ / ____		
Obs: verificar no cartão da gestante, caso não tenha cartão, perguntar diretamente à mãe.		
70. Informação retirada do(a): <input type="checkbox"/> Cartão da gestante <input type="checkbox"/> Mãe		
71. Fez pré-natal?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
71.1. Se sim, fez quantas consultas? _____ consultas. Obs: verificar no cartão da gestante		
71.2. Se não, qual o motivo? _____		
72. Com quantas semanas de gestação iniciou o pré-natal? _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> Ignorado		
72.1. Se iniciado após o primeiro trimestre, perguntar qual foi o motivo? _____		
73. Verificar no cartão da gestante a realização dos seguintes exames:		
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> Urocultura
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea	<input type="checkbox"/> Fator Rh
<input type="checkbox"/> Eletroforese hemoglobina	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Preventivo colo útero
<input type="checkbox"/> Sem exames ou cartão de gestante	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
74. Eletroforese de hemoglobina – resultado		
<input type="checkbox"/> Padrão (AA)	<input type="checkbox"/> Heterozigose (AS, AC)	<input type="checkbox"/> Homozigose (SS, SC)
75. Exame de ultrassonografia:		
<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre	<input type="checkbox"/> 3º trimestre

76. Altura (cm):	cm		<input type="checkbox"/> Ignorado
77. Peso antes da gestação (kg, g):	kg e g		<input type="checkbox"/> Ignorado
78. Peso na 1ª consulta de pré-natal (kg, g):	kg e g		<input type="checkbox"/> Ignorado
79. Peso na última consulta de pré-natal (kg, g):	kg e g		<input type="checkbox"/> Ignorado
80. Pressão arterial na 1ª consulta de pré-natal (mmHg):	/		<input type="checkbox"/> Ignorado
81. Pressão arterial na última consulta de pré-natal (mmHg):	/		<input type="checkbox"/> Ignorado
82. Vacina dupla adulta (dT ou dTpa tipo adulto)			
<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	
<input type="checkbox"/> Última dose < 5 anos	<input type="checkbox"/> Última dose > 5 anos	<input type="checkbox"/> Ignorado	
83. Vacina hepatite B			
<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	
<input type="checkbox"/> Ignorado			
84. Vacina influenza			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
85. Suplementação com sulfato ferroso			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
85.1. Se sim, a partir de qual mês de gestação foi iniciada? _____ mês			
86. Suplementação com ácido fólico			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
86.1. Se sim, a partir de qual mês de gestação foi iniciada? _____ mês			
87. Antes de engravidar, você teve acesso à informação sobre os métodos contraceptivos?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
88. Esta gravidez foi planejada?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> Não e nunca aceitou	
<input type="checkbox"/> Ignorado			
89. Durante a gestação, você teve alguma dificuldade para realizar o pré-natal?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
89.1. Se sim, qual(is) as dificuldades? _____			
90. Durante a gestação, você teve consulta com dentista?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
90.1. Se não, qual o motivo? _____			
91. Você participou de alguma atividade educativa (grupos de gestantes; tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento materno)			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
92. A sua gravidez foi			
<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> Trigemelar	
<input type="checkbox"/> Quadrigemelar	<input type="checkbox"/> Ignorado		
93. Em qual local você fez o pré-natal?			
<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Centro de referência	
<input type="checkbox"/> Não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Consultório	
<input type="checkbox"/> Outro:			
94. Suas consultas foram realizadas pelo			
<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Plano de saúde	<input type="checkbox"/> Particular	
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro:		
95. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade na marcação da consulta?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
95.1. Se sim, qual o motivo? _____			
96. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade na marcação/realização de exames laboratoriais?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
96.1 Se sim, qual o motivo? _____			
97. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade na marcação/realização da ultrassonografia?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
97.1 Se sim, qual o motivo? _____			

98. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade em conseguir medicamentos?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
98.1 Se sim, qual o motivo? _____		
99. Durante as consultas de pré-natal, foi classificado o seu risco gestacional?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
99.1 Se sim, o seu risco gestacional foi classificado em		
<input type="checkbox"/> Risco habitual ou baixo risco	<input type="checkbox"/> Médio risco	<input type="checkbox"/> Alto Risco
<input type="checkbox"/> Muito alto risco	<input type="checkbox"/> Não foi classificado	
100. Se foi de alto risco, você teve alguma dificuldade no pré-natal de alto risco?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
100.1 Se sim, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Marcar consulta	<input type="checkbox"/> Marcar exames	<input type="checkbox"/> Conseguir medicamentos
<input type="checkbox"/> Marcar US	<input type="checkbox"/> Distante de casa	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
101. Durante o pré-natal, te indicaram a maternidade de referência para o seu parto (vinculação)?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
101.1 Se sim, qual o nome da maternidade que foi indicada? _____		
102. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria muito ruim e 10 muito bom, como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? _____ pontos		
103. Você teve algum problema de saúde durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
103.1 Se sim, qual?		
<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Edema/inchaço pela manhã
<input type="checkbox"/> Rh negativo	<input type="checkbox"/> Doença do coração	<input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Epilepsia ou convulsões
<input type="checkbox"/> Corrimento vaginal cheiro ruim	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outra: _____		
104. Você recebeu tratamento?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
104.1 Se sim, qual? _____		
104.2 Se não, qual motivo? _____		
105. Em que época da gravidez esse problema de saúde aconteceu?		
P1: _____	e	_____ mês de gestação
P2: _____	e	_____ mês de gestação
P3: _____	e	_____ mês de gestação
P4: _____	e	_____ mês de gestação
P5: _____	e	_____ mês de gestação
106. Você fez uso de medicamentos sem indicação médica durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
106.1. Se sim, qual o nome do medicamento? _____		
<input type="checkbox"/> Não lembra		
107. Você fumou durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
107.1 Em que mês da gestação começou a fumar?		
<input type="checkbox"/> Fumava antes de engravidar	<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre
<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado	
107.2 Você fumava todos os dias?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
107.3. Se sim, em média, quantos cigarros fumava por dia? _____ cigarros/dia		
108. Você fez uso de álcool durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
108.1 Em que mês da gestação começou a beber?		
<input type="checkbox"/> Bebia antes de engravidar	<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre
<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado	
108.2 Você consumiu que tipo de bebida alcoólica?		
<input type="checkbox"/> Fermentada	<input type="checkbox"/> Destilada	<input type="checkbox"/> Ignorado
108.3 Você bebia todos os dias?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado

108.4	Se sim, em média, quantos ml de álcool consumia por dia?	ml/dia
109.	Você fez uso de drogas durante a gestação?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
109.1	Que tipo de drogas usou?	
	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Cocaína
	<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Lança perfume
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outras: _____
109.2	Em que mês da gestação começou a usar drogas?	
	<input type="checkbox"/> Antes de engravidar	<input type="checkbox"/> 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre
	<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado
109.3	Consumia drogas todos os dias?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
109.4	Se sim, em média, quantas vezes usava drogas durante o dia?	vezes/dia
110.	Durante sua gravidez, você chegou a sofrer algum tipo de violência?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
110.1	Se sim, qual o tipo de violência sofreu?	
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológica
	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
110.2	Quem foi a pessoa que causou tal violência?	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a)
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outra: _____
111.	Você sofreu violência obstétrica durante as consultas de pré-natal?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
111.1	Quem foi o profissional de saúde que causou tal violência?	
	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outra: _____
112.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, atualmente você faz algum tipo de exercício físico regular?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
112.1	É Quantos dias por semana?	dias
112.2	Quanto tempo em média por dia?	minutos
INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO		
As informações das próximas questões deverão ser retiradas do prontuário.		
113.	Data do parto: / /	113.1 Hora do parto (HH/MM): :
114.	No atendimento realizado na Maternidade, foi realizado na admissão o <i>Acolhimento com a Classificação de Robson</i> ?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
114.1	Se sim, qual a Classificação?	
115.	No atendimento realizado na Maternidade, foi realizado na admissão o <i>Acolhimento com a Classificação de Risco (Protocolo de Manchester)</i> ?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
115.1	Se sim, qual a Classificação?	
116.	Aconteceram eventos adversos relacionados ao parto?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
116.1	Se sim, quais eventos?	
	<input type="checkbox"/> Morte Materna	<input type="checkbox"/> Ruptura Uterina <input type="checkbox"/> Admissão Materna na UTI
	<input type="checkbox"/> Morte Fetal intraparto RN \geq 2.500 g	<input type="checkbox"/> Apgar \leq 7 no 5º minuto <input type="checkbox"/> Admissão na UTIN de RN \geq 2.500 g
	<input type="checkbox"/> Trauma do RN no Parto	<input type="checkbox"/> Retorno Materno a Sala de Parto <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue e ou derivados
	<input type="checkbox"/> Laceração perineal de 3º ou 4º graus	<input type="checkbox"/> Outros: _____
117.	Após atendimento da recepção, quanto tempo demorou para ser examinada?	minutos
118.	Antes de ir para a sala de parto, foi examinada?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
119.	Qual(is) exames foram realizados?	
	<input type="checkbox"/> Toque vaginal	<input type="checkbox"/> Medida da PA <input type="checkbox"/> Ausculta do bebê
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> Ignorado

120. As batidas do coração do bebê estavam presentes? _____ bpm		
<input type="checkbox"/> Sim, normal		
<input type="checkbox"/> Sim, anormal		
<input type="checkbox"/> Não, estavam ausentes		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
121. A bolsa d'água rompeu:		
<input type="checkbox"/> Sozinha		
<input type="checkbox"/> Pelo médico		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
121.1 Quantas horas antes do parto a bolsa d'água rompeu?		
<input type="checkbox"/> Só na hora do parto		
<input type="checkbox"/> <18h		
<input type="checkbox"/> ≥ 18 h		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
121.2 Qual era a coloração do líquido?		
<input type="checkbox"/> Claro sem grumos		
<input type="checkbox"/> Claro com grumos		
<input type="checkbox"/> Com sangue		
<input type="checkbox"/> Esverdeado (mecônio)		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
121.3 O líquido tinha mau cheiro?		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
122. Qual tipo de parto realizado?		
<input type="checkbox"/> Cesariana		
<input type="checkbox"/> Vaginal		
<input type="checkbox"/> Fórceps		
122.1 Se cesariana, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Opção materna		
<input type="checkbox"/> Indicação médica		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
Outro:		
123. Quem fez o parto?		
<input type="checkbox"/> Médico		
<input type="checkbox"/> Enfermeira		
<input type="checkbox"/> Parteira		
<input type="checkbox"/> Pariu sozinha		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
Outro:		
124. Fez uso de ocitocina no trabalho de parto?		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
125. Foi feita episiotomia?		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
126. Fez uso de corticoide antes do parto?		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
126.1. Se usado corticoide, qual o número de doses?		
<input type="checkbox"/> 1		
<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> 3		
<input type="checkbox"/> 4		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
126.2 Quantas horas antes do parto foi administrada a última dose?		
127. Qual foi a apresentação do bebê?		
<input type="checkbox"/> Cefálico		
<input type="checkbox"/> Pélvico		
<input type="checkbox"/> Podálico		
<input type="checkbox"/> Transverso		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
128. Em caso de gemelaridade, qual foi a ordem de nascimento do bebê?		
<input type="checkbox"/> 1		
<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> 3		
<input type="checkbox"/> 4		
<input type="checkbox"/> Ignorado		
<input type="checkbox"/> NSA		
Outro:		
129. Assinale os problemas maternos ocorridos durante a internação na maternidade.		
<input type="checkbox"/> Placenta prévia		
<input type="checkbox"/> Sangramento intra-parto significativo		
<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta		
<input type="checkbox"/> Prolapso de cordão		
<input type="checkbox"/> Ruptura do cordão		
<input type="checkbox"/> Nó verdadeiro		
<input type="checkbox"/> Circular de cordão		
<input type="checkbox"/> Artéria umbilical única		
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro espontâneo		
<input type="checkbox"/> Pós-datismo		
<input type="checkbox"/> Eclampsia		
<input type="checkbox"/> Pré-eclampsia		
<input type="checkbox"/> Hipertensão prévia		
<input type="checkbox"/> Ruptura do colo uterino		
<input type="checkbox"/> Incompetência do colo uterino		
<input type="checkbox"/> Hipertonía do colo uterino		
<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas		
<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal		
<input type="checkbox"/> Oligodrâmnios		
<input type="checkbox"/> Polidrâmnio		
<input type="checkbox"/> Hemorragia por problemas de coagulação		
<input type="checkbox"/> Doenças infecciosas pélvicas		
Outros:		
130. Na ocasião do parto, por que motivo você procurou atendimento na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou bolsa rompeu		
<input type="checkbox"/> Bebê parou de mexer		
<input type="checkbox"/> Passou a data de nascer		
<input type="checkbox"/> Teve sangramento		
<input type="checkbox"/> Teve contrações		
<input type="checkbox"/> Cesariana agendada		
<input type="checkbox"/> Outro:		

131. Quanto tempo depois do início desse(s) sintomas procurou atendimento (horas)?		
_____ horas	<input type="checkbox"/>	Ignorado
132. Se o bebê parou de mexer, quanto tempo isso aconteceu antes do parto (horas)?		
_____ horas	<input type="checkbox"/>	Ignorado
133. O parto ocorreu no hospital indicado no pré-natal?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital
<input type="checkbox"/> Ignorado		
133.1 Se não, qual o motivo? _____		
134. O parto ocorreu na primeira maternidade em que buscou atendimento?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
134.1 Se não, qual o motivo e quantas maternidades procurou? _____		
134.2 Se o parto não ocorreu em maternidade, qual o local? _____		
135. Qual transporte utilizou para ir à maternidade?		
<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SA	<input type="checkbox"/> Carro particular
<input type="checkbox"/> Polícia	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outros:		
136. Seu acompanhante ficou com você durante o parto?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não quis acompanhante
<input type="checkbox"/> Não tinha pessoa para acompanhar	<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Não é permitido pela instituição		
137. Você sofreu violência obstétrica durante o parto?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
137.1 Se sim, quem foi o profissional de saúde que causou tal violência?		
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outra:	
138. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria muito ruim e 10 muito bom, como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o momento? _____ pontos		
138.1 Por quê? _____		
INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE		
As informações das próximas questões deverão ser retiradas do prontuário.		
139. Idade gestacional (semanas e dias): _____ semanas e _____ dias		
Método:		
<input type="checkbox"/> DUM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> Capurro
<input type="checkbox"/> Ballard	<input type="checkbox"/> Dubowitz	<input type="checkbox"/> Ignorado
140. O bebê chorou ao nascer?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
141. Peso no nascimento (g): _____	143. Comprimento (cm): _____	
142. Adequação do PN (peso de nascimento) à IG (idade gestacional):		
<input type="checkbox"/> AIG	<input type="checkbox"/> PIG	<input type="checkbox"/> GIG
143. Perímetro cefálico (cm): _____		
144. Apgar no 1º minuto: _____	144.1. Apgar no 5º minuto: _____	
145. Contato pele a pele na sala de parto:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
146. Aleitamento materno na primeira hora de vida?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
146.1 Se não, qual o motivo? _____		
147. Quanto tempo após o nascimento o cordão umbilical foi clampeado?		
<input type="checkbox"/> Imediatamente	<input type="checkbox"/> 1 minuto	<input type="checkbox"/> 2 minutos
<input type="checkbox"/> 3 minutos	<input type="checkbox"/> Até parar de pulsar	<input type="checkbox"/> Ignorado
148. Bebê atendido por pediatra na sala de parto:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
148.1 Se não, qual profissional atendeu o recém-nascido?		
<input type="checkbox"/> Outro médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro:	

149. Presença de alguma malformação congênita:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
149.1 Se sim, qual(is)? _____		
150. Reanimação na sala de parto:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
150.1 Se houve reanimação, assinale as etapas realizadas:		
<input type="checkbox"/> Passos iniciais	<input type="checkbox"/> O ₂ suplementar	<input type="checkbox"/> VPP com máscara
<input type="checkbox"/> VPP com cânula	<input type="checkbox"/> CPAP nasal	<input type="checkbox"/> VNI
<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca	<input type="checkbox"/> Uso de medicação (adrenalina / expansor)	
151. O bebê faleceu na sala de parto:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
151.1 Se sim, qual o motivo? _____		
152. O bebê faleceu durante a internação:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
152.1 Se sim, qual o motivo? _____		
153. O corpo do bebê foi encaminhado para o SVO/patologia?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
154. O bebê teve alguma intercorrência quando estava no hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
154.1 Se sim, que o bebê teve? _____		
155. Previsão da alta hospitalar: _____ / _____ / _____		
156. Se foi para a UTIN, qual o tempo de internação (dias ou horas)?		
_____ horas ou _____ dias	<input type="checkbox"/> Ignorado	
157. Houve dificuldade para conseguir vaga de UTIN?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
158. Quanto tempo levou entre a indicação de UTIN e a internação?		
_____ horas ou _____ dias	<input type="checkbox"/> Ignorado	
159. O bebê foi transferido para outro hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
159.1 Se sim, para qual hospital?		
Nome: _____		
159.2 Qual foi o motivo da transferência? _____		
159.3 Qual transporte foi utilizado?		
<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> SAMU
<input type="checkbox"/> Ambulância do hospital	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
160. O bebê ficou em aleitamento materno exclusivo durante a internação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
160.1 Se não, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Contraindicado AM	<input type="checkbox"/> Leite materno insuficiente	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia
<input type="checkbox"/> Mãe não quis amamentar	<input type="checkbox"/> Dificuldade de amamentação. Qual? _____	
<input type="checkbox"/> Ignorado		
161. O bebê teve que fazer complementação do aleitamento materno?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
161.1 Se sim, qual tipo de leite foi usado para complementação?		
<input type="checkbox"/> Leite humano	<input type="checkbox"/> Fórmula industrializada	
<input type="checkbox"/> Leite humano + fórmula	<input type="checkbox"/> Ignorado	
162. A criança recebeu as vacinas na maternidade (assinalar as que foram aplicadas):		
<input type="checkbox"/> Hepatite B	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> Não foi vacinada
162.1 Se não, qual motivo?		
<input type="checkbox"/> Sem sala de vacina	<input type="checkbox"/> Vacina em falta	<input type="checkbox"/> Sem profissional
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

163. A criança fez os testes na maternidade (assinalar os que foram realizados):		
<input type="checkbox"/> Teste do pezinho	<input type="checkbox"/> Teste do olhinho	<input type="checkbox"/> Teste da orelhinha
<input type="checkbox"/> Teste do coraçãozinho	<input type="checkbox"/> Teste da linguinha	<input type="checkbox"/> Ignorado
164. Quanto tempo após o parto (horas e minutos) o bebê foi trazido para ficar com você (mãe)?		
<input type="checkbox"/> Imediatamente	<input type="checkbox"/> _____ h e _____ min	<input type="checkbox"/> Ignorado
165. Após sair da sala de parto, para onde o bebê foi levado?		
<input type="checkbox"/> Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> UTIN	<input type="checkbox"/> Berçário
<input type="checkbox"/> Ignorado		
166. Durante o tempo de internação, a mãe ou familiar ficou 24h junto à criança?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
167. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria muito ruim e 10 muito bom, como você (mãe) avalia o atendimento recebido pela criança? _____ pontos		
168. Você recebeu orientação sobre aleitamento materno na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
168.1 Se não, qual o motivo?		
169. Quem irá te ajudar nos cuidados com o bebê que nasceu?		
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Parente adulto
<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ninguém
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
170. Que serviço de saúde irá utilizar no acompanhamento da criança?		
<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular

Classificação ABEP - 2015

INSTRUÇÃO:

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Automóvel: Não considerar vans, táxis, carro frete, veículo usado para atividade profissional e de uso misto (pessoal e profissional)					
Empregados domésticos: Quantidade de empregados que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Lava-roupa: máquinas automáticas e/ou semiautomática, excluindo tanquinho					
Banheiros: quantidade de banheiros. Não considerar banheiros coletivos.					
DVD: DVD ou acessórios que reproduz mídias no formato DVD (videogames, computadores, notebooks). Não considerar aparelhos portáteis acoplados ao computador					
Geladeira: Quantidade de geladeiras					

Freezer: Quantidade de freezers independentes ou quando incorporado na geladeira duplex					
Microcomputador: considerar computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: agenda eletrônica, tablets, palms ou smartphones e outros					
Lavadora de louças: quantidade					
Fornos micro-ondas: considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (micro-ondas e forno elétrico)					
Motocicletas: considerar motocicletas de uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional)					
Secadora de roupas: máquina com duas funções, lavar e secar, deve ser considerada como máquina de lavar e como uma secadora.					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
Rede geral de distribuição	1
Poço ou nascente	2
Outro meio	3

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
Asfaltada/Pavimentada	1
Terra/Cascalho	2

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II	
Fundamental completo/Médio incompleto	
Médio completo/Superior incompleto	
Superior completo	

22. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações sobre o teste do pezinho?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
23. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações para cuidados com o umbigo do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
24. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações sobre a importância da primeira consulta médica do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
25. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações sobre a data da primeira consulta do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
26. Quando recebeu alta da maternidade, a consulta médica do bebê já estava marcada?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
27. Onde o bebê está no momento?		
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Óbito
As questões abaixo serão respondidas para as crianças que estão vivas.		
28. Fez a 1ª consulta de acompanhamento do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
29. Se sim, com quantos dias de vida? _____ dias.		
30. Se sim, em qual local?		
<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Visita domiciliar	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Pronto socorro	<input type="checkbox"/> Consultório particular	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
31. Se não, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Sem tempo para agendar consulta		<input type="checkbox"/> Não conseguiu vaga
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
32. O bebê está sendo alimentado exclusivamente com leite materno?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
33. Se não, qual o tipo de alimentação do bebê?		
<input type="checkbox"/> Leite humano + fórmula	<input type="checkbox"/> Fórmula industrializada	<input type="checkbox"/> Ignorado
34. Durante quanto tempo o bebê teve aleitamento exclusivo (dias)? _____ dias		
35. Qual o motivo para o bebê não estar em aleitamento materno exclusivo? _____		
36. Você (a mãe) está tendo alguma dificuldade para amamentar?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
37. O bebê chupa o dedo (sucção digital)?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
38. O bebê usa chupeta?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
38.1 O bebê mama na mamadeira?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
39. O bebê recebeu a vacina contra hepatite B?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
40. Onde ele recebeu a vacina contra hepatite B?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Clínica particular
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
41. Qual o motivo do bebê não ter recebido a vacina contra hepatite B? _____		
42. O bebê recebeu a vacina BCG?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
43. Onde ele recebeu a vacina BCG?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Clínica particular
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

44. Qual o motivo do bebê não ter recebido a vacina BCG? _____		
45. O bebê fez o teste do pezinho?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
46. Onde foi feito o teste do pezinho?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Clínica particular
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
47. Se não, qual o motivo? _____		
48. O bebê fez o teste do olhinho?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
49. Se sim, onde foi realizado o teste da olhinho?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Clínica particular	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
50. Se não, qual o motivo? _____		
51. O bebê fez o teste da orelhinha?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
52. Se sim, onde foi realizado o teste da orelhinha?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Clínica particular	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
53. Se não, qual o motivo? _____		
54. O bebê fez o teste do coraçãozinho na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
55. Se não, qual o motivo? _____		
56. O bebê fez o teste da linguinha na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
57. Se não, qual o motivo? _____		
58. Vocês receberam a visita domiciliar após alta da maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Não é área coberta por agente de saúde/Baby Care (Unimed)		
59. Se sim, qual profissional de saúde foi em sua casa?		
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
<input type="checkbox"/> Agente de saúde	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
60. Após o nascimento do bebê, você procurou à Unidade de Saúde e ele não foi atendido?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Não foi a Unidade de Saúde		
61. Se sim, qual foi a Unidade de Saúde? _____		
62. Quantos dias de vida o bebê tinha quando foi pesado pela última vez? _____ dias		
63. Quanto pesou (g)? _____ g		
64. O bebê foi internado alguma vez?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
65. Onde ficou internado? _____		
66. Qual o motivo da internação? _____		
67. Quantos dias o bebê ficou internado? _____ dias		

68. Você (mãe) teve algum problema de saúde após ter recebido alta da maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
69. Se sim, o que teve? _____		
Agora, vou te fazer perguntas sobre como está se sentindo nos últimos 7 dias.		
70. Você tem sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas?		
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Bem menos que antes
<input type="checkbox"/> Nunca		
71. Você tem tido esperança no futuro?		
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Bem menos que antes
<input type="checkbox"/> Nunca		
72. Você se sente culpada sem necessidade quando as coisas correm mal?		
<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Nunca		
73. Você tem estado ansiosa ou preocupada sem motivo?		
<input type="checkbox"/> Não, nunca	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Sim, por vezes
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes		
74. Você tem se sentido com medo ou muito assustada, sem motivo?		
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Não, raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
75. Você tem sentido que são coisas demais para você?		
<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las	<input type="checkbox"/> Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes	
<input type="checkbox"/> Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	<input type="checkbox"/> Não, resolvo-as tão bem como antes	
76. Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
77. Você tem se sentido triste ou muito infeliz?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
78. Você tem se sentido tão infeliz que chega a chorar?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
79. Você teve ideias de fazer mal a si mesma?		
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Muito raramente
<input type="checkbox"/> Nunca		
Se a criança foi a óbito, responder as questões abaixo:		
80. Qual a data do óbito? ____/____/____		
81. Qual o motivo do óbito? _____		
82. Onde o óbito ocorreu?		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> via pública	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
83. O bebê chegou a ser levado ao hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
84. Quanto tempo demorou até chegar ao hospital? _____ horas ou _____ minutos		
85. Alguma coisa foi feita antes de procurar o serviço de saúde?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
86. Se sim, o que foi feito? _____		
87. Você deseja acrescentar alguma informação que julgue importante? _____		

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DO SEGUNDO ACOMPANHAMENTO

	<h3>PROJETO VIVER</h3> <p><i>“Desfechos em saúde nos períodos perinatal e neonatal”</i></p> <h4>2º ACOMPANHAMENTO</h4>	
---	--	---

INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO		
1. Nome do(a) entrevistador(a): _____		
2. Código do(a) entrevistador(a): _____		3. Data da entrevista: ____/____/____
*As informações das próximas questões deverão ser retiradas do formulário da entrevista na maternidade.		
4. Qual o hospital de nascimento?		
[] Maternidade Pró-Matre [] Maternidade da Unimed		
[] Hospital e Maternidade São Mateus		
5. Quantos dias de vida o bebê tem no momento? _____		
6. Qual o nome completo da mãe: _____		
7. Qual a data de nascimento da mãe? ____/____/____		
8. N° registro na pesquisa: _____		
9. Qual o nome do bebê? _____		
10. Qual a data de nascimento do bebê: ____/____/____		
11. Qual o nome do entrevistado(a): _____		
12. Qual o grau de parentesco com o bebê?		
[] Mãe [] Pai [] Avó/Avô		
[] Outro: _____		
13. Onde o bebê está neste momento?		
[] Casa [] Hospital [] Óbito		
14. O bebê está sendo alimentado exclusivamente com leite materno?		
[] Sim [] Não [] Ignorado		
15. Se não, qual o tipo de alimentação do bebê?		
[] Leite humano + fórmula [] Fórmula industrializada [] Ignorado		
16. Durante quanto tempo o bebê teve aleitamento exclusivo (dias)? _____ dias		
17. Qual o motivo para o bebê não estar em aleitamento materno exclusivo? _____		
18. Você está tendo alguma dificuldade para amamentar?		
[] Sim [] Não [] Ignorado		
19. O bebê chupa o dedo (sucção digital)?		
[] Sim [] Não [] Ignorado		
20. O bebê usa chupeta?		
[] Sim [] Não [] Ignorado		
20.1 O bebê mama na mamadeira?		
[] Sim [] Não [] Ignorado		
21. O bebê fez o teste do pezinho?		
[] Sim [] Não [] Ignorado		
[] Não foi realizado teste do pezinho		
22. Se não, qual o motivo? _____		

23. Se sim, o resultado do teste já ficou pronto?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
24. E qual foi o resultado? _____		
25. Quantos dias de vida o bebê tinha quando foi pesado pela última vez? _____ dias		
26. Quanto pesou (g)? _____ g		
27. O bebê foi internado alguma vez?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
28. Quantas vezes já ficou internado? _____ vezes.		
29. Onde ficou internado? _____		
30. Qual o motivo da internação? _____		
31. E quantos dias ficou internado? _____ dias		
32. Você teve algum problema de saúde após ter recebido alta da maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
33. Se sim, o que teve? _____		
Agora, vou te fazer perguntas sobre como está se sentindo nos últimos 7 dias.		
34. Você tem sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas?		
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Bem menos que antes
<input type="checkbox"/> Nunca		
35. Você tem tido esperança no futuro?		
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Bem menos que antes
<input type="checkbox"/> Nunca		
36. Você se sente culpada sem necessidade quando as coisas correm mal?		
<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Nunca		
37. Você tem estado ansiosa ou preocupada sem motivo?		
<input type="checkbox"/> Não, nunca	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Sim, por vezes
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes		
38. Você tem se sentido com medo ou muito assustada, sem motivo?		
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Não, raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
39. Você tem sentido que são coisas demais para você?		
<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las	<input type="checkbox"/> Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes	
<input type="checkbox"/> Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	<input type="checkbox"/> Não, resolvo-as tão bem como antes	
40. Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
41. Você tem se sentido triste ou muito infeliz?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
42. Você tem se sentido tão infeliz que chega a chorar?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		

43. Você teve ideias de fazer mal a si mesma?		
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Muito raramente
<input type="checkbox"/> Nunca		
Se a criança foi a óbito, responder as questões abaixo:		
44. Qual a data do óbito? ____ / ____ / ____		
45. Qual o motivo do óbito? _____		
46. Onde o óbito ocorreu?		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> via pública	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
47. O bebê chegou a ser levado ao hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
48. Quanto tempo demorou até chegar ao hospital? _____ horas ou _____ minutos		
49. Alguma coisa foi feita antes de procurar o serviço de saúde?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
50. Se sim, o que foi feito? _____		
51. Você deseja acrescentar alguma informação que julgue importante? _____		

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Wanêssa Lacerda Poton

Você e seu(a) filho(a) estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participar do estudo “A influência dos determinantes precoces e desfechos em saúde no período perinatal e neonatal” e que tem como objetivo avaliar os fatores que influenciam no adoecimento e na mortalidade de crianças no período perinatal e neonatal.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de responder o questionário que será aplicado por um entrevistador, contendo perguntas pessoais sobre a gestação, o parto e o nascimento do seu bebê.

Depois da alta hospitalar, uma vez por semana, ligaremos para você para te perguntar sobre a situação de saúde do seu(a) filho(a).

RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa não envolve nenhum procedimento invasivo que possa causar algum risco para você e seu(a) filho(a). Caso durante a entrevista você tenha algum desconforto ou incômodo, a mesma será imediatamente interrompida e só retornaremos com a entrevista quando se sentir apta a continuar. As suas informações serão armazenadas em local seguro e estará sob a guarda de um dos pesquisadores responsável pela pesquisa, o que minimizará o risco de exposição dos seus dados. A sua participação na pesquisa irá contribuir com informações para o conhecimento científico e estas informações irão proporcionar melhorias para a assistência em saúde às gestantes e crianças.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós, pesquisadores, garantimos a você que privacidade das informações será respeitada, ou seja, seu nome e de seu(a) filho(a) ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-los, será mantido em sigilo. Também nos responsabilizamos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos a assistência durante toda pesquisa, bem como garantimos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da participação de seu(a) filho(a). Também informamos que você pode se recusar a participação de seu(a) filho(a) no estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

CONTATO

O pesquisador responsável pelo referido projeto é Wanêssa Lacerda Poton e você poderá manter contato pelos telefones (27) 99747-0438 ou (27)3421-2186 ou no endereço da Universidade Vila Velha (UVV), Prédio Biopráticas, Av. Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista -Vila Velha – ES, CEP 29102-920.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que os direitos de seu(a) filho(a) como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética.

A Universidade Vila Velha é a instituição responsável pela pesquisa, por isso, se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que seu(a) filho(a) está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UVV (CEP),

Avenida Comissário José Dantas de Melo, nº 21, Boa Vista – Vila Velha ES – CEP 29.102-920, pelo telefone (27) 3421-2063, entre segunda e quinta-feira das 07h00 às 17h00 ou pelo e-mail cep.uvv@gmail.com.

A pesquisa também possui dois centros colaboradores, a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e a UNIMED. Você pode entrar em contato com o CEP dessas instituições, nos seguintes endereços:

- CEP EMESCAM: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES – CEP 29045-402, telefone: 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br, funcionamento: 2ª a 6ª feira, de 7:00 às 16:00 horas.

- CEP Cias - Unimed Vitória; Endereço: Rua Marins Alvarino, 290, Itararé, Vitória - ES -CEP: 29.047-660, telefones: (27) 3134-1505 / (27) 3335-5348, e-mail: cep@unimedvx.com.br, funcionamento: 2a a 6a feira, de 12:00 às 18:00 horas.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo. Enfim, tendo sido orientada quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento com a participação de meu(a) filho(a), estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa

Nome da criança:

Nome do responsável:

Telefone:

E-mail:

Local, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Responsável

ANEXO 1 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO CEP/CONEP UVV.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES PRECOSES NOS DESFECHOS EM SAÚDE NO PERÍODO PERINATAL E NEONATAL

Pesquisador: Wanêssa Lacerda Poton

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02503018.0.0000.5064

Instituição Proponente: SOC EDUC DO ESP SANTO UNIDADE DE V VELHA ENSINO SUPERIO

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPIRITO SANTO - FAPES

DADOS DO PARECER

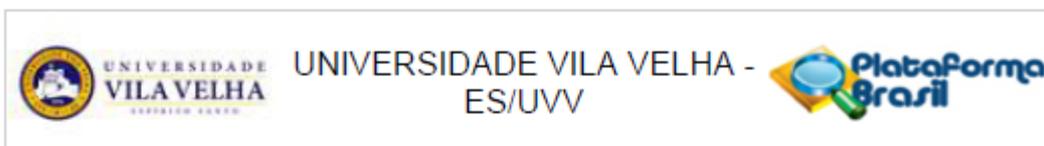
Número do Parecer: 3.033.870

Apresentação do Projeto:

A morte de crianças é um evento indesejável em saúde pública, principalmente quando ocorre antes do primeiro ano de vida, e reflete as condições socioeconômicas da população. O governo brasileiro assumiu o compromisso com os Objetivos de desenvolvimento do Milênio e reduziu em mais de dois terços a mortalidade em menores de cinco anos até 2015. Recentemente, o Brasil comprometeu-se internacionalmente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de reduzir, até 2030, a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos. Mesmo com todos os avanços

tecnológicos, sociais e econômicos que contribuíram para a redução da mortalidade infantil, o país ainda enfrenta desigualdades regionais e intraurbanas que contribuem para manutenção dos índices elevados de morte de crianças. A taxa de mortalidade infantil no Brasil, em 2016, foi de 15,1 óbitos infantis para cada 1.000 nascidos vivos, a qual se encontra bem superior a de países fronteiriços como Argentina (11,1/1.000) e Uruguai (9,2/1.000). No Espírito Santo, a mortalidade infantil vem apresentando tendência decrescente nos últimos anos e, em 2014, chegou a 11,3 óbitos infantis para cada 1.000 nascimentos, sendo a quarta menor taxa de mortalidade do país e a menor da região Sudeste. O Espírito Santo, em 2012, assumiu junto ao Ministério da Saúde o compromisso de implantar a Rede Cegonha nas regiões Norte e Metropolitana do estado. A Rede Cegonha prevê a garantia de acesso ao binômio

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2083 **Fax:** (27)3421-2063 **E-mail:** CEP@uvv.br



Continuação do Parecer: 3.033.870

mãe-filho, com acolhimento e resolutividade, no pré-natal, no parto e no acompanhamento após o nascimento, objetivando reduzir a mortalidade materna e infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência dos determinantes precoces na morbidade e mortalidade no período perinatal e neonatal nas regiões de saúde Metropolitana e Norte do estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores determinantes do processo de adoecimento no período perinatal.

Identificar os fatores determinantes do processo de adoecimento no período neonatal.

Identificar os fatores determinantes da mortalidade perinatal.

Identificar os fatores determinantes da mortalidade neonatal.

Investigar todas as causas de óbitos fetais/natimortos e neonatais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este projeto não envolve nenhum procedimento invasivo, que possa causar risco aos participantes da pesquisa. No entanto, pode ocorrer desconforto e incômodo à mãe por ser abordada no período pós-parto e, caso isso ocorra, a pesquisa será imediatamente interrompida e só continuará quando sentir-se apta a continuar.

Benefícios:

Contribuição para o conhecimento científico e estas informações irão proporcionar melhorias para a assistência em saúde às gestantes e crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito importante pois visa caracterizar que a mortalidade neonatal é ocasionada por fatores gestacionais, relativos ao parto e ao nascimento, e por aspectos sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
 Bairro: BOA VISTA II CEP: 29.102-920
 UF: ES Município: VILA VELHA
 Telefone: (27)3421-2083 Fax: (27)3421-2083 E-mail: CEP@uvv.br



Continuação do Parecer: 3.033.870

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1242823.pdf	07/11/2018 17:31:58		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	07/11/2018 17:31:02	Wanêssa Lacerda Poton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoUnimed.pdf	06/11/2018 09:31:17	Wanêssa Lacerda Poton	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	04/11/2018 20:15:21	Wanêssa Lacerda Poton	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/10/2018 21:25:38	Wanêssa Lacerda Poton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizatsaomateus.jpeg	30/10/2018 21:25:04	Wanêssa Lacerda Poton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaopromatre.pdf	30/10/2018 21:24:48	Wanêssa Lacerda Poton	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VILA VELHA, 22 de Novembro de 2018

Assinado por:
Zilma Maria Almeida Cruz
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
 Bairro: BOA VISTA II CEP: 29.102-920
 UF: ES Município: VILA VELHA
 Telefone: (27)3421-2083 Fax: (27)3421-2083 E-mail: CEP@uvv.br



Continuação do Parecer: 3.033.670

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II CEP: 29.102-920
UF: ES Município: VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2063 Fax: (27)3421-2063 E-mail: CEP@uvv.br