

LARISSA CARCAVALLI SANTOS SADDI

**ASSOCIAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE, HÁBITO DE SUCÇÃO DE
CHUPETA E TIPOS DE ALEITAMENTO INFANTIL**

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2016

LARISSA CARCARVALLI SANTOS SADDI

**ASSOCIAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE, HÁBITO DE SUÇÃO DE CHUPETA
E TIPOS DE ALEITAMENTO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Odontopediatria

Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças bucais

Orientadora: Profa. Dra. Júnia Maria Cheib Serra-Negra

Co-orientadora: Profa. Dra. Carolina de Castro Martins

Belo Horizonte

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

S124a 2016 T	<p>Saddi, Larissa Carcavalli Santos</p> <p>Associação entre prematuridade, hábito de sucção de chupeta e tipos de aleitamento infantil / Larissa Carcavalli Santos Saddi. – 2016.</p> <p>78 f.: il.</p> <p>Orientador: Júnia Maria Cheib Serra-Negra Co-orientador: Carolina de Castro Martins</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.</p> <p>1. Nascimento prematuro. 2. Chupetas. 3. Mamadeiras. 4. Aleitamento materno. I. Serra-Negra, Júnia Maria Cheib. II. Martins, Carolina de Castro. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.</p> <p>BLACK D047</p>
--------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

ASSOCIAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE E HÁBITOS DE SUCÇÃO NUTRITIVA
E NÃO NUTRITIVA

LARISSA CARCAVALLI SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração ODONTOPEDIATRIA.

Aprovada em 12 de abril de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Junia Maria Cheib Serra Negra - Orientador
UFMG

Prof(a). Carolina de Castro Martins
UFMG

Prof(a). Joana Ramos Jorge
UFVJM

Prof(a). Shéyla Marcia Auad
UFMG

Belo Horizonte, 12 de abril de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LARISSA CARCAVALLI SANTOS

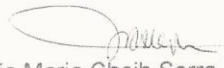
Realizou-se, no dia 12 de abril de 2016, às 14:00 horas, Sala 3403, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ASSOCIAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE E HÁBITOS DE SUÇÃO NUTRITIVA E NÃO NUTRITIVA*, apresentada por LARISSA CARCAVALLI SANTOS, número de registro 2014720775, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Júnia Maria Cheib Serra Negra - Orientador (UFMG), Prof(a). Carolina de Castro Martins (UFMG), Prof(a). Joana Ramos Jorge (UFVJM), Prof(a). Sheyla Marcia Auad (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

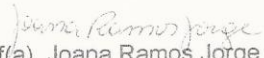
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 12 de abril de 2016.


Prof(a). Júnia Maria Cheib Serra Negra (Doutora)


Prof(a). Carolina de Castro Martins (Doutora)


Prof(a). Joana Ramos Jorge (Doutora)


Prof(a). Sheyla Marcia Auad (Doutora)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças nascidas prematuras, na esperança de contribuir com suas saúde bucal e geral.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser o meu guia, meu protetor e meu provedor. Porque dele, por ele, e para ele, são todas as coisas. A ele a glória!

Agradeço a minha querida orientadora Professora Dra. Júnia Maria Cheib Serra-Negra, que sempre esteve ao meu lado compartilhando seu imenso conhecimento. Agradeço pelo carinho, cuidado e atenção que sempre teve comigo.

Agradeço a minha querida co-orientadora Professora Dra. Carolina de Castro Martins, por seus ensinamentos, dedicação, atenção e carinho. Aprendi muito com você!

Agradeço a Professora Dra. Erika Parlato, por abrir as portas do projeto ACRIAR para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço por toda sua atenção!

Agradeço ao aluno de Iniciação Científica Iury, pela ajuda e dedicação durante toda coleta de dados. Sua ajuda foi fundamental!

Agradeço a todos os colegas de mestrado e doutorado que fizeram parte desta trajetória. Em especial a Natália, Ana Paula e Marcela. Obrigada pela parceria e companheirismo!

Agradeço ao Professor Dr. Saul e a Professora Dra. Isabela, por todo conhecimento compartilhado e pelo carinho!

Agradeço a todos os professores da Odontopediatria UFMG, pelo ensino.

Agradeço aos pais das crianças que contribuíram de maneira fundamental para o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço a UMEI Alaíde Lisboa e ao Colégio Batista Getsêmani, por abrir as portas para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço em especial a minha família. Meu amado marido, pelo amor incondicional, pela compreensão, cuidado e carinho a todo momento. A minha mãe pelo amor, apoio e carinho. Aos meus irmãos Lucas e Marcelo pelo apoio e amizade. Agradeço a meu pai, Dr. Marcelo Rodrigues dos Santos, você foi meu primeiro professor e é a minha inspiração. Obrigada pelos seus ensinamentos e conselhos tão valiosos. Vocês são a minha base e o meu alicerce, obrigada por tudo! Amo vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro a este trabalho.

RESUMO

Crianças prematuras podem estar mais propensas a apresentarem dificuldade de praticar o aleitamento natural e conseqüentemente ficam vulneráveis à introdução de chupetas e/ou mamadeiras no seu dia a dia. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a associação entre a prematuridade, hábito de sucção de chupeta e tipos de aleitamento infantil, em crianças de 3 a 5 anos de idade, pertencentes a um ambulatório hospitalar universitário e duas escolas de educação infantil da cidade de Belo Horizonte, Brasil. Foi desenvolvido um estudo epidemiológico transversal retrospectivo comparativo, com 250 crianças na faixa etária de 3 a 5 anos. A amostra incluiu dois grupos: o grupo pré-termo, formado pelos prematuros acompanhados pelo projeto ACRIAR (Ambulatório da Criança de Risco, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) e o grupo a termo, formado por pré-escolares nascidos a termo pertencentes a uma escola pública e uma particular, escolhidas por conveniência. Foi utilizado nas escolas, um questionário pré-testado para a seleção do grupo controle e preenchimento dos dados relacionados ao nascimento, aos métodos de aleitamento infantil, hábito de sucção de chupeta e aspectos sociodemográficos. Este questionário foi enviado junto ao para-casa das crianças, respondido pelos pais/responsáveis e devolvido à escola. Os dados dos prematuros foram coletados nos prontuários clínicos do projeto ACRIAR. O mesmo modelo de questões foi adotado para os dois grupos: prematuros e a termo. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Para verificar se houve associação entre a variável dependente idade gestacional ao nascimento (prematuro ou nascidos a termo) e as variáveis independentes, foi utilizado o Teste Qui-quadrado. Valores da razão de prevalência foram estimados para cada variável independente por Regressão de Poisson Múltipla. Variáveis com valor de $p < 0,05$ na análise de Poisson bivariada foram incluídas na análise multivariada. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (protocolo #49803115400005149). A maioria das crianças era do sexo feminino (54,8%), com 5 anos de idade (46,8%) e pertenciam a famílias com renda maior que 2 salários mínimos (48,4%). O grupo de mães de prematuros era mais jovem e (67,7%) tinha idade menor que 30 anos, diferente daquelas com filhos nascidos a termo cuja maioria (78,2) tinha idade maior que 30 anos. O modelo de regressão múltiplo final demonstrou que a renda mensal menor que 2 salários mínimos (RP= 2,068; 95%IC= 1,418-3,016), o uso de chupeta (RP= 1,730; 95%IC= 1,100-2,721) e aleitamento no peito por menos de 6 meses (RP= 1,010; 95%IC= 1,302-2,829) foram mais prevalentes entre os prematuros. Concluiu-se que o uso de chupeta, o menor tempo de aleitamento materno e a baixa renda familiar foram fatores associados a prematuridade.

Palavras-chave: Prematuros. Hábitos de sucção não nutritiva. Chupeta. Mamadeira. Aleitamento materno.

ASSOCIATION BETWEEN PREMATURETY, PACIFIER SUCKING HABIT AND TYPES OF INFANT FEEDING

ABSTRACT

Preterm infants might experience more difficult in breastfeeding and therefore are more vulnerable to the use of pacifiers and/or bottles in their life. This research aimed to evaluate the association between prematurity, pacifier sucking habit and types of infant feeding in children aged 3 to 5 years old attended at the University Hospital Clinic and two preschools in the city of Belo Horizonte, Brazil. Two hundred and fifty children took part in this retrospective cross-sectional epidemiological study with control group. The sample was divided into two groups: the case group was formed by preterm infants attended at ACRIAR project (Risk Child Clinic, Clinic Hospital of the Federal University of Minas Gerais- UFMG) and the control group were preschool children enrolled at a public school and a private school, chosen by convenience who were full term infants. A pre-tested questionnaire was used for collecting data of full term children. Parents answered a structured questionnaire related to prematurity, infant feeding methods, pacifier sucking habits and demographic aspects. Parents or responsible received the questionnaire attached to the children's homework. They answered it at home and sent it back to the school. Collection of data of the preterm children was based on the clinical records of ACRIAR project. The same questionnaires of questions were adopted for both groups: preterm and full term children. Data were entered the Statistical Package for the Social Sciences Software (SPSS) version 21.0 for statistical analysis. Chi-square test was used to test the association between the dependent variable (gestational age at birth: preterm or full term children) and the independent variables. Prevalence ratio values were estimated for each independent variable by using multiple Poisson regression. Variables with $p < 0.05$ in the bivariate Poisson regression analysis were included in the multivariate analysis. The Research Ethics Committee of UFMG approved the research (protocol # 49803115400005149). Most of the children were female ($n=137$; 54.8%), aged 5 years old ($n=117$; 46.8%) and belonged to families with monthly income higher than 2 minimum wages ($n=121$; 48.4%). Mothers of preterm children were younger and the majority had less than 30 years old ($n=44$; 67.7%); while mothers of full term children were older than 30 years old ($n=104$; 78.2%). The final multiple Poisson regression model showed that monthly income lower than two minimum wages (PR = 2.068; 95% CI = 1.418-2.016), the use of pacifier (PR = 1.730; 95% CI = 1.100-2.721) and breastfeeding for less than 6 months (PR = 1.010; 95% CI = 1.302-2.829) were more prevalent among preterm infants. The use of pacifiers, the shorter breastfeeding duration and low family income were factors associated with prematurity in children.

Keywords: Preterm Births, Non-nutritive Sucking, Pacifier, Bottler feeding, Breastfeeding.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACRIAR	Ambulatório da Criança de Risco
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HC/UFMG	Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LEE	Laboratório de Epidemiologia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINASC	Sistema de Informações Nascidos Vivos
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMSA	Secretaria Municipal de saúde
SNN	Sucção Não Nutritiva
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UMEI	Unidade Municipal de Educação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estudos epidemiológicos sobre prevalência e fatores associados aos hábitos de sucção não nutritiva, no período de 2000 a 2015.....	27
Quadro 2	Identificação das variáveis independentes.....	36

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Modelo de regressão de Poisson bivariada para variáveis independentes em relação à variável dependente.....	58
TABELA 2	Modelo de regressão de Poisson multivariada para variáveis independentes em relação a crianças prematuras.....	59

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 <i>Objetivo geral</i>	16
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 <i>Prematuridade</i>	17
3.1.1 <i>Fatores associados a prematuridade</i>	17
3.1.2 <i>Alimentação em Prematuros</i>	18
3.2 <i>Aleitamento Materno</i>	22
3.3 <i>Hábitos de Sucção</i>	25
4. METODOLOGIA	34
4.1 <i>Cenário do estudo</i>	34
4.3 <i>Critérios de elegibilidade</i>	35
4.4 <i>Tamanho da amostra</i>	35
4.5 <i>Elenco de variáveis</i>	35
4.6 <i>Instrumento de coleta de dados:</i>	36
4.7 <i>Estudo Piloto</i>	37
4.8 <i>Aspectos éticos</i>	37
4.9 <i>Estudo Principal: Coleta de dados</i>	38
4.10 <i>Análise estatística</i>	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
ARTIGO	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS GERAIS	62
APÊNDICE A	70
APÊNDICE B	71
ANEXO A	72
ANEXO B	75
ANEXO C	76
ANEXO D	77
PRODUÇÃO INTELECTUAL DURANTE O MESTRADO	78

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os nascimentos ocorridos antes da 37^a semana completa de gestação são definidos como prematuros (OMS, 1977). Essa imaturidade pode desencadear disfunções em qualquer órgão ou sistema corporal. As estruturas bucais mais relatadas são: alterações no esmalte, má formação no palato e atraso no desenvolvimento da dentição decídua (BLENCOWE *et al.*, 2012; TAKAOKA; GOULART; KOPELMAN 2011).

A amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida é considerada essencial para o desenvolvimento físico e emocional de uma criança. Trata-se de uma rica fonte de nutrientes que desenvolve o sistema imunológico da criança, previne alergias e problemas respiratórios, satisfazendo necessidades psicossociais e prevenindo a instalação de hábitos de sucção não nutritiva (SNN) (SERRA-NEGRA *et al.*, 1997; BUENO *et al.*, 2013; TUDEHOPE, 2013).

Os bebês prematuros apresentam limitações em sua alimentação, devido a sua imaturidade para coordenar a sucção, deglutição e respiração de maneira eficaz, o que pode dificultar o aleitamento materno (ARVEDSON J). Os bebês prematuros amamentados no peito recebem benefícios significativos (acolhimento, proteção, nutrição, desenvolvimento imunológico e psicológico) quando comparado aos prematuros que não foram amamentados naturalmente (ARVEDSON J, 2010; AGOSTINI 2010).

O desmame precoce ou a falta de sucção fisiológica, leva a criança a buscar suprir a satisfação da sucção e suas necessidades fisiológicas através de hábitos de sucção não nutritivos. Os hábitos de sucção não nutritivos são nocivos e frequentes em crianças que se encontram na fase inicial da vida. Os mais praticados são a sucção digital de chupetas (SERRA-NEGRA *et al.*, 1997; BUENO *et al.*, 2013). Dependendo de fatores como tempo, frequência, intensidade e padrão facial, estes hábitos podem interferir no desenvolvimento dos maxilares, desencadeando o aparecimento de maloclusões e causar alterações na deglutição e fonação (CHEN; XIA; GE, 2015; LIMA *et al.*, 2016).

Os surgimentos de hábitos de sucção não nutritivos podem contribuir para a redução do período de amamentação natural. A chupeta é o hábito de sucção não nutritiva mais prevalente entre as crianças e questiona-se seu uso como fator de desestímulo à

amamentação natural (KRAMER *et al.*, 2001; BOCCOLINE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

As crianças que fazem o uso da alimentação artificial (mamadeira) antes dos seis meses de vida, tendem a realizar um menor número de sucções, não estimulando a musculatura orofacial de maneira adequada. A introdução precoce da mamadeira e o tempo de amamentação estão frequentemente associados com a instalação de hábitos de sucção não nutritivos (INOUE; SAKASHITA; KAMEGAI, 1995; ROMERO *et al.*, 2011).

O hábito de sucção de chupeta têm sido objeto de estudo em várias áreas da saúde (SANTOS *et al.*, 2008). Entretanto ao buscar nas bases de dados Pubmed e Scopus em março de 2016, com as palavras chave *Preterm AND Non-nutritive Sucking AND Prevalence, Preterm AND Pacifier AND Prevalence*, não foram encontrados estudos de prevalência de hábito de sucção de chupeta em prematuros até a presente data. Crianças prematuras e/ou de baixo peso podem estar mais propensas a apresentarem dificuldade de praticar o aleitamento natural, e conseqüentemente ficam vulneráveis a introdução de chupetas e/ou mamadeiras no seu dia a dia. O método de aleitamento infantil (exclusivo, complementar ou artificial) e a introdução de chupetas e mamadeiras podem levar a desarmonias das arcadas dentárias (LIMA *et al.*, 2016; CHEN; XIA; GE, 2015). Diante desta estreita relação entre prematuridade, hábito de sucção de chupeta e aleitamento infantil, o presente estudo visa compreender melhor a possível correlação entre o período de aleitamento materno e a instalação de hábito de sucção de chupeta, em nascidos prematuros comparando com nascidos a termo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre a prematuridade, hábito de sucção de chupeta e tipos de aleitamento infantil em crianças de 3 a 5 anos de idade.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a associação entre aspectos sociodemográficos e a prematuridade
- Verificar a prevalência do hábito de sucção de chupeta entre prematuros e nascidos a termo.
- Verificar a prevalência da mamadeira entre prematuros e nascidos a termo
- Avaliar a associação entre o tempo de aleitamento materno e o hábito de sucção de chupeta.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Prematuridade

3.1.1 Fatores associados a prematuridade

A Organização Mundial de Saúde define como prematuros, todos os nascimentos antes da 37ª semana completa de gestação ou antes de 259 dias, desde o primeiro dia do último período do ciclo menstrual de uma mulher. Todo nascido vivo com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas é classificado com baixo peso ao nascer (WHO, 1977).

Aproximadamente 15 milhões de crianças nascem prematuras anualmente em todo o mundo, correspondendo a 11,1% de todos os nascimentos. A prematuridade é a principal causa de mortes no período neonatal e a segunda principal causa de morte em crianças menores de 5 anos (BLENCOWE *et al.*, 2012; LIU *et al.*, 2012). Mais de um milhão de bebês morrem a cada ano devido a complicações de um parto prematuro, e os sobreviventes podem enfrentar várias sequelas ao longo da vida, incluindo déficits motores, dificuldade de aprendizagem, problemas visuais e auditivos, e aumento do risco de doenças crônicas na idade adulta (BLENCOWE *et al.*, 2012).

Historicamente, há fortes evidências de que os dados brasileiros do Sistema de Informações Nascidos Vivos (SINASC) relativos à taxa de prevalência de prematuridade são subestimados (SILVEIRA *et al.*, 2008; MATIJASEVICH *et al.*, 2013). Segundo o SINASC, a prevalência de partos prematuros variou entre 6 e 7%, de 2000 a 2010, entretanto Matijasevich e colaboradores encontraram estimativas corrigidas variando entre 11 a 12% para o mesmo período. Em 2011, o SINASC apresentou um aumento relevante na prevalência de prematuros, alcançando um número de 10%, ainda assim, este mesmo estudo apontou uma estimativa corrigida de 11,8%. (MATIJASEVICH *et al.*, 2013)

O parto prematuro é um quadro sindrômico, com uma variedade de etiologias associadas que podem ser classificadas em 2 subtipos principais: parto prematuro espontâneo (início espontâneo do trabalho de parto ou associado à ruptura prematura das membranas fetais) e parto prematuro induzido (indução do trabalho de parto ou de cesárea eletiva antes de 37 semanas completas de gestação, por condições desfavoráveis maternas, fetais ou de ambos) (GOLDENBERG *et al.*, 2012). A etiologia do parto prematuro espontâneo é desconhecida em mais de 50% dos casos, no restante, pode estar

associada a fatores sociais, pessoais e ambientais (MENON, 2008). Alguns fatores pessoais de estilos de vida associados ao nascimento prematuro espontâneo incluem: stress excessivo, trabalhos que exigem longos tempos gastos em pé, tabagismo e consumo excessivo de álcool (MUGLIA; KATZ, 2010; GRAVETT *et al.*; 2010).

Offenbacher e colaboradores demonstraram em seus estudos que a doença periodontal materna foi associada com um aumento de sete vezes de risco de parto prematuro com baixo peso ao nascer (OFFENBACHER *et al.*, 1996). Uma revisão sistemática relatou uma associação positiva entre a periodontite, prematuridade e o baixo peso ao nascer (CHAMBRONE *et al.*, 2011). Entretanto resultados contraditórios foram encontrados em estudos de meta-análises sobre a associação entre doença periodontal materna, partos prematuros e baixo peso ao nascer (KHADER; TA'ANI, 2005; VERGNES; SIXOU, 2007; POLYZOS *et al.*, 2010; CORBELLA *et al.*, 2012).

Corrêa- Faria e colaboradores desenvolveram um estudo com 381 crianças de 3 a 5 anos, com objetivo de avaliar a prevalência de defeitos de esmalte em dentes decíduos e determinar se a prematuridade, peso ao nascer, e as variáveis sociodemográficas estão associados a tais defeitos. Encontraram em seus resultados que as crianças com uma história de muito baixo peso ao nascer apresentaram maior prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte (RP, 2,70; IC95% 1,66-4,61). No entanto, as variáveis prematuridade e fatores sociodemográficos não foram associados com defeitos de esmalte (CORRÊA-FARIA *et al.*, 2013).

3.1.2 Alimentação em prematuros

Muitos prematuros necessitam receber tratamentos e cuidados em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Com a evolução das tecnologias da saúde, a chance de sobrevivência de prematuros está aumentando gradualmente. Um dos problemas mais comuns relaciona-se com a alimentação destes bebês (YILDIZ; ARIKAN, 2012).

O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido prematuro ou de baixo peso ao nascer. O leite materno é a melhor fonte de nutriente para o bebê, contendo imunoglobulinas que promovem amadurecimento intestinal e protegem contra doenças infecciosas e inflamatórias (AGOSTINI *et al.*, 2010). Além disso, o aleitamento materno está associado à redução do tempo de hospitalização, da sepsé neonatal, da retinopatia da prematuridade, de doenças respiratórias e de enterocolite

necrotizante (PINEDA, 2010). O início precoce da amamentação na primeira hora após o nascimento, reduz a mortalidade neonatal em prematuros (OMS, 2012).

Quando um bebê nasce, é esperado que ele realize funções básicas como respirar, deglutir e sugar de maneira independente. Porém, considerando que a deglutição está madura por volta da 11ª semana de gestação, a sucção por volta da 32ª e a coordenação de sucção, respiração e deglutição por volta da 34ª semana gestacional, muitos prematuros nascem semanas antes desse desenvolvimento. Sendo assim, o recém-nascido prematuro necessita de um longo tempo até que essas funções estejam maduras e coordenadas para que possam alimentar-se com segurança (ARVEDSON *et al.*, 2010)

A partir da 28ª semana de gestação os movimentos de sucção já existem. No entanto, a coordenação entre sucção e deglutição não pode ser assegurada em prematuros com menos de 34 semanas. Para os prematuros que nascem antes da 34ª semana, deve ser iniciada a alimentação através de métodos de administração forçada (nasogástrica/orogástrica). Apesar do método de administração forçada beneficiar a alimentação do bebê prematuro, a sonda impede experiências sensoriais e motoras que são importantes para desenvolver habilidades na amamentação, e também cria uma porta de entrada para agentes infecciosos (YILDIZ; ARIKAN, 2012).

A intubação traqueal e a ventilação mecânica para suporte respiratório são recursos utilizados no atendimento de recém-nascidos prematuros com a finalidade de reduzir sua mortalidade. No entanto, a intubação traqueal pode levar a danos na cavidade bucal, principalmente na mucosa bucal, no nervo hipoglosso, nervo lingual, defeitos de desenvolvimento de esmalte e malformação dental (TAKAOKA; GOULART; KOPELMAN 2011).

A chupeta pode ser usada em intervalos de tempo durante a alimentação por sonda. Estudos mostram que sua utilização ajuda prematuros a assegurar a coordenação da respiração, sucção e deglutição. Conk e Bolis (1986) relataram que os bebês prematuros que usam chupetas desenvolvem mais reflexos de sucção do que aqueles que não utilizam, o que acelera seu período de transição para a alimentação oral. Da mesma forma, Efe e Savas (2005) examinaram o efeito da chupeta na transição dos bebês prematuros para a alimentação oral. Este estudo afirmou que os bebês que usaram chupeta amamentaram, tiveram maior ganho de peso e alta hospitalar mais cedo do que o grupo que não recebeu a chupeta (CONK; BOLIS, 1986; EFE; SAVAS, 2005; YILDIZ; ARIKAN, 2012).

Em seus estudos Gaebler e Hanzlik (1996) relataram que as crianças que receberam estímulo oral através de sucção não nutritiva antes da alimentação, apresentaram melhor ganho de peso e menor tempo de internação. Uma revisão sistemática de literatura avaliou as evidências científicas de intervenções motoras orais em prematuros através de hábitos de sucção não nutritiva. Sete de 12 estudos observaram que os prematuros que utilizaram hábito de sucção não nutritiva desenvolveram uma alimentação oral completa mais cedo (ARVEDSON *et al.*, 2010)

O Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), tem como objetivo aumentar a prevalência do aleitamento materno por meio de revisão de políticas e rotinas nos Serviços de Saúde Materno-Infantis, de forma a propiciar uma melhor interação entre o binômio mãe-filho, e promover mudanças culturais sobre o uso de chupetas, mamadeiras e leites industrializados. O IHAC constituiu metas, denominadas de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a serem utilizadas em hospitais nos períodos pré-natal, ao nascimento e após o parto. O seu nono passo é a não utilização de chupetas ou bicos artificiais por crianças amamentadas no seio. O IHAC foi adotado no Brasil em 1992 pelo Ministério da Saúde (OMS, 1998). Estudos relatam que a utilização da chupeta durante a fase inicial do aleitamento, pode interferir na sucção adequada na amamentação, contribuindo para a “confusão de bicos” e um desmame precoce (YONEZU *et al.*, 2013). Neste sentido, o IHAC, juntamente com OMS, recomendam a alimentação em copo/xícara para prematuros, durante transição para alimentação oral (OMS 2012; Lang *et al.*, 1994).

Estudos demonstram que os recém-nascidos que utilizam a técnica do copo apresentaram melhor frequência cardíaca e saturação do oxigênio. Este método é facilmente aceito pelos prematuros e reduz o período de permanência da sonda gástrica. É um método não invasivo, com a vantagem de não provocar a “confusão de bicos” (GUPTA *et al.*, 1999; LIMA; MELO, 2008). Um estudo longitudinal foi realizado no Egito, com sessenta prematuros selecionados na UTI neonatal. As crianças do grupo controle (n=30) receberam mamadeiras durante a internação, e as crianças do grupo caso (n=30) receberam apenas alimentação no copo durante a hospitalização. Ao longo de seis semanas, as crianças que se alimentaram com o copo, mamaram mais do que as crianças que utilizaram a mamadeira (ABOUELFETTOH *et al.*, 2008).

Existem ainda outros métodos eficazes para o ganho de peso e auxílio na transição para alimentação oral, sem a utilização de chupeta ou bico artificial. O pediatra colombiano Edgar Rey desenvolveu em seu hospital na década de 1970 o método canguru (Charpak et al, 2005; Rey e Martinez, 1983). O método canguru é definido como contato pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo entre mãe e seu recém-nascido para fornecer calor estável e incentivar a amamentação frequente e exclusiva (Cattaneo, 1998). Uma revisão sistemática e meta-análise mostrou que o método canguru está associado com uma redução de 51% da mortalidade neonatal para bebês com peso menor de 2.000g, em comparação com aqueles sob cuidados na incubadora (Lawn et al., 2010). Outra revisão sistemática mostrou que as crianças que se alimentaram através do método canguru, apresentaram uma redução de 40% no risco de mortalidade pós-alta, cerca de 60% de redução nas infecções neonatais e uma redução de quase 80% de hipotermia. Outros benefícios foram encontrados, como aumento de aleitamento materno, ganho de peso, vínculo mãe-bebê e no desenvolvimento do bebê (CONDE- AGUDELO *et al.*, 2011)

Uma outra técnica é a translactação, em que o leite é ordenhado pela mãe e colocado em uma seringa. Uma ponta de sonda é conectada a essa seringa e a outra ponta é fixada próxima à aréola. O bebê recebe o leite tanto do recipiente como da mama. A translactação auxilia na transição para alimentação oral e contribui para o aumento da produção de leite. Além disso, o prematuro pode desfrutar de todas as vantagens do leite materno (BRASIL, 2009).

As mães dos prematuros encontram vários desafios durante o aleitamento materno, que resultam em baixas taxas de amamentação. Muitos dos nascidos prematuros são incapazes de amamentar de forma eficaz por dias, semanas ou até meses após o nascimento. Nos EUA, a taxa média do aleitamento materno para recém-nascidos prematuros é de 50% na alta hospitalar. Essa taxa é ainda menor se a criança nascer com menos de 1.500 g (TUDEHOPE, 2013)

3.2 Aleitamento Materno

Após a revolução industrial no final do século XIX, houve um declínio da prevalência de aleitamento materno. O discurso da ciência foi influenciado pelo *marketing* da Indústria que supervalorizava o uso do leite artificial, estimulando o seu consumo. Somente a partir de 1981, com o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), foram implantadas no Brasil, políticas de promoção e apoio ao aleitamento materno. O PNIAM tem como objetivo promover o aleitamento materno por meio da legislação trabalhista, do controle de *marketing* de substitutos do leite materno, da capacitação profissional, da mídia, de grupos de mães e de informativos de aconselhamento (VENANCIO; MONTEIRO, 1998; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Em 1990, foi fundada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), incorporando ações de proteção e apoio ao aleitamento materno, enquanto as estratégias anteriores contemplavam apenas sua promoção (SOUZA; ALMEIDA, 2005). A prevalência e duração do aleitamento materno exclusivo aumentou em todas as regiões do Brasil entre as décadas de 1990 e 2010. Parte dessa tendência pode ser atribuída às políticas nacionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (BECCOLINI et al, 2015)

No Brasil, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF., variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do aleitamento exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses). Constatou-se introdução precoce de água (13,8%), chás (15,3%) e outros leites (17,8%) no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009). Wenzel e Souza (2011) relataram em seus estudos a prevalência do aleitamento materno de 0 a 180 dias nas macro-regiões brasileiras. A região Norte apresentou uma prevalência maior (63%), seguida pela região Sul (61%), Nordeste (59%), Centro-Oeste (56%) e a região Sudeste foi a menor com (51%) de aleitamento materno.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno inicie na primeira hora de vida de forma exclusiva, sem adicionar qualquer tipo de líquido ou alimento sólido ou semi-sólido até os seis meses de vida. E que somente a partir dos seis meses se acrescente uma alimentação complementar adequada, continuando a

amamentação por até dois anos (WHO, 2001). O leite materno é essencial para saúde do bebê, atuando na prevenção de infecções como diarreia, otite média e pneumonia durante os primeiros meses de vida, além de ser uma rica fonte de nutrientes (VICTORA *et al.* 1989; DEWEY *et al.* 1995).

O leite materno contém uma mistura heterogênea de proteínas biodisponíveis e peptídeos que correspondam às necessidades do desenvolvimento infantil. Os lipídios fornecem cerca de 50% das necessidades de energia do recém-nascido prematuro. Os carboidratos do leite materno incluem a lactose e os oligossacarídeos. Eles atuam no trato gastrointestinal melhorando a absorção de minerais, apoiando o crescimento da flora intestinal benéfica e contribuem para a prevenção de infecções sistêmicas e enterocolite necrosante. Além disso, o leite materno contém numerosas enzimas e células imunológicas que conferem proteção contra doenças infecciosas e inflamatórias (TUDEHOPE, 2013).

Jones e colaboradores demonstraram que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES *et al.*, 2003). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*, UNICEF), em torno de seis milhões de vidas estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas do aleitamento materno exclusivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Uma revisão sistemática concluiu que os bebês amamentados no peito apresentaram valores menores de pressões sistólica e diastólica, níveis menores de colesterol total e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2 (HORTA *et al.*, 2007). Além disso, um estudo de caso controle realizado por César e colaboradores, relata que crianças com idade menor de 3 meses que haviam sido desmamadas, tinham um risco 61 vezes maior de serem diagnosticadas com pneumonia em comparação com as crianças que recebiam o aleitamento materno (CÉSAR *et al.*, 1999).

Um estudo prospectivo de coorte, de base populacional iniciado em 1983 em Pelotas, Brasil, com 3.493 recém-nascidos revelou que aqueles amamentados por mais de um ano de idade tinham um QI maior, mais escolaridade e renda maior aos 30 anos do que aqueles que amamentados em um tempo menor (VICTORA *et al.*, 2015).

O desmame precoce e substituição do aleitamento por mamadeiras pode ser responsável pelo surgimento de hábitos orais viciosos. Bebês que utilizam mamadeiras por mais de um ano tem dez vezes chance de desenvolvimento de sucção não nutritiva do que bebês que nunca usaram a mamadeira. A falta ou ausência de aleitamento materno está correlacionada com o subdesenvolvimento do complexo mastigatório, deglutição atípica, respiração oral ou mista e, conseqüentemente, o aparecimento de má oclusões (SERRA-NEGRA *et al*, 1997; BUENO *et al*, 2013; HERMONT *et al.*, 2015)

Lopes e colaboradores desenvolveram um estudo com 252 crianças de ambos os sexos, entre 30 e 48 meses de idade, em Teresina, Piauí, Brasil. O objetivo do trabalho foi avaliar a relação entre a prática do aleitamento materno exclusivo e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos bucais deletérios em crianças. Encontraram que as crianças que foram amamentadas por seis meses de forma exclusiva reduziram em 69,0%, as chances de apresentarem hábitos de sucção não nutritiva quando comparados com aquelas que foram amamentadas até um mês (LOPES *et al*, 2014).

Um estudo desenvolvido em Pelotas, Brasil com 1.303 crianças de 5 anos, onde foram registrados o tipo de aleitamento aos 3, 12 e 24 meses de idade, encontrou em seus resultados que o aleitamento materno predominante foi associado com uma menor prevalência de mordida aberta, overjet, e má oclusão moderada/grave. A menor prevalência de mordida aberta foi encontrada entre as crianças expostas à amamentação exclusiva de 3 a 5,9 meses (33%) e até 6 meses de idade (44%). As crianças que foram amamentadas exclusivamente de 3 a 5,9 meses e até 6 meses de idade apresentaram prevalência de 41% e 72% menor de má oclusão moderada/grave, respectivamente, do que aqueles que nunca foram amamentadas (PERES *et al*, 2015). Uma revisão sistemática avaliou 7 estudos, cinco transversais, um caso-controle e um estudo de coorte. Encontraram em seus resultados, que o aleitamento materno pode proteger contra a cárie dentária na primeira infância (ÁVILA *et al*. 2015)

Pensando a amamentação como um dos cuidados essenciais para o recém-nascido, torna-se importante ressaltar que é papel do cirurgião-dentista, esclarecer e incentivar a prática do aleitamento, já que faz parte integrante da promoção de saúde geral e da bucal.

3.3 Hábitos de Sucção

A necessidade de sucção inicia-se no útero, e perdura com mais intensidade nos primeiros meses de vida, proporcionando para o bebê prazer, segurança e bem-estar, o satisfazendo psicologicamente, podendo se tornar um hábito (TURGEON O'BRIEN *et al.*, 1996; NGOM *et al.*, 2008).

Encontra-se na literatura, a divisão dos hábitos de sucção em recém-nascidos como sendo: nutritiva e não nutritiva. A sucção nutritiva é obtida por meio da amamentação natural (aleitamento materno) e/ou artificial (mamadeira). A sucção do dedo e da chupeta são considerados hábitos não nutritivos (YONEZU *et al.*, 2013).

A sucção não nutritiva é um hábito muito antigo. Estudos sobre a civilização antiga mostram que já foram encontrados utensílios semelhantes a chupeta no século XIX, uma espécie de rolha feita de chifre ou madeira com um bico de borracha adaptado (DADALTO; ROSA, 2013). Estes hábitos são muito prevalentes entre as crianças. A instalação do hábito se dá por um comportamento praticado repetidas vezes, que com o tempo se torna inconsciente e passa a ser incorporado à personalidade. Os hábitos mais praticados entre os bebês são a chupeta e ou sucção de dedo (YONEZU *et al.*, 2013).

Çaglar e colaboradores realizaram um estudo em 7 países: Brasil (Porto Alegre), Japão (Niigata), Noruega (Oslo), Turquia (Istambul) e Estados Unidos (Cidade de Iowa), onde foram avaliadas 60 crianças em cada um deles. Com exceção da Suécia (Falköping) e México (Cidade do México), onde foram avaliadas 49 e 58 crianças respectivamente. O estudo teve como objetivo determinar métodos de alimentação, hábitos de sucção e a presença de oclusopatias em meninas de três anos de idade. Os resultados demonstraram que a sucção de chupeta é comum na maioria dos países, com exceção de Niigata (Japão), onde foi nula. A sucção digital foi baixa em todos os lugares, menos em Iowa (EUA) prevalência de 55,0% (ÇAGLA *et al.*, 2005). No Brasil a prevalência de chupeta foi de 82% e de sucção digital foi 13%.

No Brasil, a prevalência de chupeta em crianças menores de 12 meses é de 42,6%, sendo mais prevalente nas regiões mais desenvolvidas do país, como as regiões Sul e Sudeste e nas capitais brasileiras. A região Sul apresentou o dobro da prevalência do uso de chupeta quando comparada com a região Norte (53,7% e 25,5%, respectivamente). (BRASIL, 2009).

A seguir, são descritos estudos epidemiológicos, encontrados na literatura nacional sobre prevalência e fatores associados aos hábitos bucais deletérios.

QUADRO 1. Estudos epidemiológicos nacionais sobre prevalência e fatores associados aos hábitos de sucção não nutritiva, no período de 2000 a 2015.

Referência	Desenho e local de estudo	Variáveis	Amostra	Prevalência	Conclusão
Tomita et al 2000	Transversal analítico. Bauru/SP	Renda familiar, trabalho materno, escolaridade materna, ocupação dos pais.	618 crianças de 3 a 6 anos	5,7% praticavam a sucção digital e 31,9% de chupeta	A sucção de chupeta em pré-escolares foi associada ao trabalho materno e ocupação da pessoa de maior renda no domicílio.
Zuanon et al. 2000	Transversal Araraquara/SP	Oclusopatias	329 Crianças de 3 a 5 anos	194 (59%) crianças com hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta.	Relação positiva entre hábito de sucção de dedo e/ou chupeta, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior
Dolci et al. 2001	Transversal Porto Alegre/MG	Tipo, duração do hábito de sucção e oclusopatias	444 crianças de 2 a 6 anos	151 (34,0%) sucção de chupeta e 20 (4,5%) sucção digital.	As crianças com hábitos de sucção apresentaram maior frequência de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior.
Moraes et al. 2001	Transversal Aracaju/SE	Mordida aberta, mordida cruzada, sexo e gênero.	989 crianças entre 2 e 5 anos de idade	175 (45,4%) com sucção de chupeta e 10 (2,5%) com sucção digital	Concluiu ser elevado o número de crianças que apresentam maloclusão na dentição decídua, particularmente mordida aberta, estando esta comumente relacionada à sucção de chupeta

Silva-Filho et al. 2003	Estudo Epidemiológico Bauru/SP	Oclusopatias	2.016 crianças entre 3 a 6 anos	28,95% de sucção de chupeta e 9,72% sucção digital	Cerca de 20% das crianças com hábitos de sucção não exibiram más oclusões
Katz et al. 2004	Transversal Recife/PE	Onicofagia, enurese noturna	188 pré-escolares de 4 a 6 anos	25% de sucção de chupeta e 7,4% de sucção digital.	A avaliação dos hábitos bucais deletérios deve incluir, de forma prioritária, os fatores psicológicos e sociais relacionados, a fim de possibilitar uma abordagem adequada e efetiva pelo Odontopediatra
Degan; Puppini-Rontani, 2004	Transversal analítico. Piracicaba/ SP	Uso de mamadeira, aleitamento materno, idade.	502 crianças entre 0 a 6 anos.	63% sucção de chupeta	Chupeta e mamadeira foram frequentemente usadas pelas crianças. As crianças que amamentaram por um período maior, utilizaram menos chupeta.
Peres et al., 2007	Transversal aninhado a uma coorte de nascidos vivos. Pelotas/RS	Oclusopatia, aleitamento materno, escolaridade materna, peso ao nascer, perímetro cefálico e sexo da criança.	359 crianças acompanhadas do nascimento até os 6 anos de idade.	Sucção de chupeta em 60,4% das crianças entre um e quatro anos de idade.	Duração de amamentação e uso de chupeta não estiveram significativamente associados.

Moimaz et al., 2008	Transversal analítico. Região Sul do Brasil.	Aleitamento materno, variáveis sócio-demográficas maternas.	100 mães de crianças aos 12 meses de idade.	55% de hábito de sucção, sendo 79,2% sucção de chupeta, 15,1% sucção digital e 5,7% ambos os hábitos.	Amamentação foi negativamente associada com uso de chupeta, sem associação significativa com sucção digital. Estado civil divorciada foi a única variável que apresentou associação.
Santos et al., 2009	Transversal analítico. Natal/RN	Período do dia em que pratica o hábito, sexo, idade, tempo de amamentação, renda familiar, escolaridade e estado civil dos pais, posição da criança na família, número de turnos de trabalho dos pais, tipo de instituição de ensino.	1190 crianças de 3 a 5 anos.	40,2% de hábitos de sucção não nutritiva	Associação significativa entre a persistência do uso de chupeta com: idade, tempo de amamentação, renda familiar e escolaridade dos pais. A sucção digital apresentou relação estatisticamente significativa com sexo, escolaridade dos pais, renda familiar e posição da criança na família.
Albuquerque et al., 2010	Transversal analítico. João Pessoa /PB	Padrão de aleitamento.	292 crianças de 12 a 36 meses de idade	69,2%. de hábitos de sucção não nutritiva.	Quanto maior a duração do aleitamento natural exclusivo, menor a prevalência de HSNN.
Vasconcelos et al., 2011	Transversal analítico. Recife/PE	Mordida aberta anterior, fatores de risco (sexo, idade, renda familiar, padrão de aleitamento).	1.308 crianças de 30-59 meses de idade.	40,0%. de hábitos de sucção não nutritiva.	Os hábitos estavam associados com sexo feminino, curta duração da amamentação, longa duração da mamadeira e maior prevalência do prolongamento de hábitos de sucção não nutritiva.

Goes et al., 2013	Transversal analítico. Recife/PE		524 crianças de 3 a 5 anos	57% de hábitos de sucção não nutritiva e 47,5% de sucção de chupeta	Alta prevalência de hábitos de sucção não nutritiva, sendo a chupeta mais frequente.
Garbin et al., 2014	Transversal Araçatuba/SP	Percepção dos pais sobre a relação de hábitos bucais com maloclusões	356 crianças de 4 meses a 6 anos de idade	45,6% de sucção de chupeta	A prevalência de hábitos bucais na população estudada é alta e, apesar da maioria dos pais saberem que o hábito de sucção de chupeta pode causar danos à saúde bucal, ofertavam a chupeta a fim de acalmar a criança.

A etiologia e o prolongamento dos hábitos não-nutritivos, podem ser explicados por três teorias principais. A primeira teoria é a satisfação insuficiente das necessidades de sucção durante o aleitamento. Segundo esta teoria, quando a necessidade de sucção não é suprida através da alimentação a criança inicia o hábito de sucção de dedo ou chupeta. A segunda é a teoria psicanalítica (distúrbios emocionais), que afirma que o prolongamento do hábito, após a infância, estaria associado a distúrbios emocionais como frustração, insegurança e medo, uma vez que a sucção proporciona prazer para a criança. A terceira teoria é a do aprendizado, em que a sucção promove satisfação e prazer, aprendido por acaso. Neste caso, a criança aprende a associar a sucção não-nutritiva com satisfação da fome e de outros prazeres. O contexto social da criança também é considerado como potencial influenciador neste processo, incluindo a renda familiar, dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, doenças respiratórias e incômodos durante a erupção dental (SERRA-NEGRA *et al.*, 2006; WALTER, FERELLE; ISSÃO, 1996; PIZZOL *et al.*, 2012).

A utilização da chupeta no período pós-parto, quando o bebê está iniciando o aleitamento, pode interferir na sucção adequada na amamentação, contribuindo para a chamada "confusão de bicos" (YONEZU *et al.*, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), preconizam a não utilização da chupeta e da mamadeira, com a finalidade de prevenir o desmame precoce (OMS, 1998).

De acordo com Victora e colaboradores, a utilização de chupeta reduz o número de vezes que a criança amamenta por dia, e conseqüentemente há menos estímulo da mama e uma menor produção de leite, ocasionando o desmame (VICTORA *et al.*, 1997). Neifert e colaboradores acreditam que, as crianças que usam chupeta têm mais dificuldade na obtenção de leite do peito devido a "confusão de bicos", causada por diferenças na técnica de sucção entre a chupeta e a mama, também levando ao desmame (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995).

Em um estudo randomizado realizado em Montreal, 140 mães foram convidadas a evitar oferecer chupeta para suas crianças (grupo caso) e foram comparadas com um grupo similar que não foi convidado a restringir a oferta de chupeta (grupo controle). Foi encontrado associação entre exposição diária à chupeta e desmame precoce aos 3 meses

de idade: 25,0% do grupo caso e 12,9% do grupo controle (KRAMER *et al*, 2001). Uma revisão sistemática realizada no Brasil, encontrou que a chupeta foi um dos fatores mais associados a interrupção do aleitamento exclusivo (BOCCOLINE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Os hábitos de sucção não nutritiva e a mamadeira, também podem atuar como fatores deformadores do crescimento e do desenvolvimento ósseo, das posições dentárias, do processo respiratório e da fala. O mecanismo de sucção usado durante o uso da mamadeira é diferente do utilizado durante a amamentação. Comparado com a amamentação, a alimentação com a mamadeira exige um trabalho muscular menor e, portanto, não estimula o desenvolvimento mandibular como no aleitamento materno. Esta diferença pode predispor as crianças que utilizam a alimentação com mamadeira a desenvolverem má oclusões (INOUE; SAKASHITA; KAMEGAI, 1995; ROMERO *et al*, 2011).

Lima e colaboradores desenvolveram um estudo recente no Brasil, com 220 crianças com idade entre 24 e 36 meses. As crianças foram divididas em 3 grupos: grupo controle, que não apresentava hábitos de sucção não nutritiva (GC= 100), grupo de crianças que utilizam chupetas ortodônticas (GO= 55) e aquelas que utilizam chupeta convencional (GCN= 55). O uso de chupeta foi associado com a ocorrência de má oclusões em comparação com o grupo GC ($P < 0,05$). Frequência, intensidade e duração do uso de chupeta também foi associado com má oclusões. Houve diferença significativa na prevalência da má oclusão entre os grupos GCN e GO para mordida aberta anterior ($p = 0,027$). Apenas o grupo GCN apresentou maiores chances de mordida cruzada posterior em relação ao grupo GC ($p = 0,040$). A prevalência de má oclusões foi significativamente maior em usuários de chupeta ($p < 0,001$) (LIMA *et al.*, 2016). Um outro estudo transversal conduzido em Pequim, realizou um exame das características oclusais de 734 crianças de 3 a 6 anos de idade. Verificou-se que as crianças que foram alimentadas por mamadeiras por mais de 18 meses, apresentaram um risco 1,43 vezes maior de desenvolver uma relação de caninos classe II em comparação com aqueles que foram alimentados com mamadeira por até 18 meses. Observou-se que o hábito prolongado de sucção digital aumentou a probabilidade de mordida aberta anterior, e o hábito de sucção de chupeta foi associado com a sobressaliência excessiva e ausência de espaço na arcada inferior (CHEN; XIA; GE, 2015).

Um estudo transversal avaliou 732 pré-escolares em Campina Grande, Brasil. A mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior foram associadas à duração da utilização de chupeta durante um tempo maior ou igual a 36 meses (RP: 1,41; IC95%: 1,30-1,53), e utilização de chupeta (RP: 1,11; IC95%: 1,05- 1,17). A conclusão foi que o uso de chupeta além dos 3 anos de idade representa um fator predisponente para ambos os tipos de má oclusão, especialmente a mordida aberta anterior (DE SOUZA, *et al.*, 2014).

Para crianças que deixam os hábitos até 3 anos de idade, há maior chance de uma possível correção espontânea de prováveis má oclusões derivadas por estes hábitos (GÓIS *et al.*, 2008; MAIA-NADER *et al.*, 2014;).

4. METODOLOGIA

4.1 *Cenário do estudo*

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas escolas de educação infantil e um ambulatório universitário de crianças de risco da cidade de Belo Horizonte. Na Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI) Adelaide Lisboa (Campus Universitário Pampulha UFMG) e no Colégio Batista Getsêmani foram coletadas informações de nascidos a termo. Para a coleta de dados de prematuros, foi contatado o projeto de extensão do Hospital das Clínicas UFMG ACRIAR (Ambulatório da Criança de Risco). O projeto ACRIAR é multidisciplinar, formado por terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pediatras, neurologistas e psicólogos, que acompanham bebês com menos de 1,5 kg e 34 semanas. Esse acompanhamento é realizado desde a alta hospitalar dos nascidos prematuros no Hospital das Clínicas UFMG até a criança completar 7 anos de idade. As crianças são convocadas para acompanhamento uma vez por mês no primeiro ano de vida, no segundo ano de vida a cada 6 meses e no dia do aniversário até completarem 7 anos de idade. Os controles nos dois primeiros anos são feitos através de ficha clínica, cujas informações mais detalhadas são anotadas nos dois primeiros anos. Quando a criança passa pela avaliação anual são anotadas apenas características bem específicas relatadas pela mãe. Por ser um projeto multidisciplinar, a criança é direcionada para acompanhamento da área específica que ela necessita em cada fase. Portanto, se observada alguma alteração direcionada para a fonoaudiologia, ela será acompanhada pela equipe desta área. Cada especialidade tem um banco de dados separado. Neste estudo foram utilizadas as fichas clínicas da área de fonoaudiologia.

4.2 *Desenho de estudo*

Foi desenvolvido um estudo epidemiológico transversal retrospectivo comparativo. A amostra foi dividida em dois grupos: o grupo prematuros formado pelos prematuros acompanhados pelo projeto ACRIAR e o grupo a termo formado por pré-escolares nascidos a termo. Foi definido como critério de seleção para o grupo prematuros crianças de 3 a 5 anos nascidas prematuras com desenvolvimento normal, a partir das informações do prontuário clínico do projeto ACRIAR. O grupo a termo foi formado por

pré-escolares de 3 a 5 anos nascidos a termo com desenvolvimento normal que foram selecionados a partir do questionário respondido pelo responsável.

4.3 Critérios de elegibilidade

Foram considerados critérios de inclusão: crianças de 3 a 5 anos de idade, sem alterações neurológicas e com bom estado geral de saúde. Foram excluídos do estudo crianças portadoras de fissuras lábio-palatinas, pacientes sindrômicos e crianças cujos pais não autorizaram a participação.

A faixa etária escolhida foi baseada em dados da literatura que consideram que as crianças deveriam abandonar o hábito de sucção não nutritivo antes dos três anos de idade, pois o prolongamento deste hábito pode estar associado a alterações permanentes na oclusão dentária (GÓIS et al., 2008; MAIA-NADER *et al.*, 2014)

4.4 Tamanho da amostra

A amostra foi calculada através do site Dante LEE- Laboratório de Epidemiologia e Estatística (<http://www.lee.dante.br>). Para o cálculo amostral utilizou-se a prevalência de 43% do hábito de chupeta de um estudo brasileiro desenvolvido na cidade de Maringá (NIHI *et al.*, 2015). Foi considerado para este estudo não pareado, um nível de confiança de 95%, um poder de 80%, proporção de expostos entre os casos calculados de 60.14%, proporção de expostos entre os controles de 43%, para detecção de um *odds ratio* de 2,0, obtendo uma amostra de 208 participantes, sendo 104 casos e 104 controles. Acrescentaram-se 20% prevendo possíveis perdas, totalizando uma amostra de 250 crianças (OLIVEIRA; NADANOVISK, 2005).

4.5 Elenco de variáveis.

Variável dependente

A variável dependente neste estudo foi a idade gestacional ao nascimento dos pré-escolares nascidos a termo e dos prematuros do projeto ACRIAR. A mesma foi categorizada em nascidos prematuros e nascidos a termo.

Variáveis independentes

As variáveis independentes são observadas no QUADRO 2:

QUADRO 2 - Identificação das variáveis independentes.

Variáveis Independentes	Categorização
Sexo	1= Masculino/ 2= Feminino
Idade Criança	1= 5 anos/ 2= 4 anos/ 3= 3 anos
Renda Familiar	1= Até 2 SM/ 2= Acima de 2 SM
Gravidez Planejada	1= Sim/ 2= Não
Parto	1= Normal/ 2= Cesária
Alimentação na alta	1= Aleitamento Natural/ 2= Aleitamento Artificial
Aleitamento Materno	0= Não amamentou/ 1= Amamentou
Mamadeira	0= Não usou mamadeira/ 1= Usou mamadeira
Chupeta	0= Não usou chupeta/ 1= Usou chupeta
Tempo de Aleitamento	0= Menor de 6 meses, 1= Maior ou igual a 6 meses.

4.6 Instrumento de coleta de dados:

Para coleta dos dados foram utilizados:

- **Prontuário Clínico:** Foi usado o prontuário clínico do projeto ACRIAR para coletar informações sobre o hábito de sucção de chupeta, aleitamento materno e dados pessoais das crianças prematuras (ANEXO A).

- Questionário de pesquisa: Foi utilizado na UMEI Alaíde Lisboa e no Colégio Batista Getsêmani, um questionário pré-testado, para a coleta dos dados relacionados ao nascimento, métodos de aleitamento da criança, hábito de sucção de chupeta e aspectos sociodemográficos. O questionário foi enviado junto ao para-casa das crianças, respondido pelos pais/responsáveis, devolvidos à escola e recolhidos pela pesquisadora (APÊNDICE A).

O mesmo modelo de questões foi adotado para os 2 grupos: prematuros e nascidos a termo. O questionário foi elaborado através dos dados disponíveis no prontuário clínico do projeto ACRIAR, de interesse para pesquisa.

4.7 *Estudo Piloto*

Um estudo piloto foi desenvolvido previamente ao estudo principal, com o objetivo de testar a metodologia para a realização do estudo.

Optou-se, por conveniência, realizar o estudo piloto na UMEI Alaíde Lisboa. Sorteou-se apenas uma das salas da escola para o estudo piloto. Participaram do estudo piloto 20 crianças, matriculados na UMEI Alaíde Lisboa, que obtiveram autorização dos pais. Após a realização deste estudo, observou-se que os pais compreenderam corretamente os questionários, portanto não foi necessário fazer modificações. Os participantes do estudo piloto não foram incluídos no estudo principal.

4.8 *Aspectos éticos*

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), número 466 de 12 de dezembro de 2012, o projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, obtendo-se a aprovação (protocolo 49803115.4.0000.5149) (ANEXO B).

O projeto foi aprovado pelas Secretarias Municipais de Educação (SME) e de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte (ANEXO C), e pela diretora da UMEI Alaíde Lisboa.

O projeto foi apresentado para diretoria do Colégio Batista Getsêmani. A diretora autorizou a realização da pesquisa.

O projeto também foi apresentado à coordenação do projeto de extensão Ambulatório Criança de Risco (ACRIAR) da UFMG, sendo aprovado e autorizado pela coordenadora (ANEXO D).

4.9 *Estudo Principal: Coleta de dados*

- 1 Etapa: Coleta de dados ACRIAR

O Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) é um projeto de extensão multidisciplinar da UFMG. Os recém-nascidos têm suas consultas agendadas no ACRIAR logo após a alta hospitalar. Após a primeira consulta pediátrica e de enfermagem, eles são encaminhados para avaliações periódicas na Neurologia Pediátrica, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, áreas que integram o ACRIAR. No primeiro ano, as consultas são mensais, no segundo são semestrais, e anuais do terceiro ao sétimo ano.

A fonoaudiologia desenvolve um trabalho de promoção de saúde, prevenção de agravos, educação para saúde e educação permanente. Cada criança tem uma ficha clínica, onde são preenchidos todos os dados pessoais, gestação, nascimento, amamentação, uso de chupeta, mamadeira e desenvolvimento. Esses dados são atualizados a cada consulta. Através destas fichas, foi realizada a coleta de dados.

A pesquisadora separou todas as fichas clínicas das crianças com 3 a 5 anos de idade que faziam acompanhamento fonoaudiológico. Importante ressaltar que foram selecionadas fichas em que as crianças apresentassem a faixa etária de 3 a 5 anos naquela data da coleta de dados pela pesquisadora. Separou de forma aleatória, por ordem alfabética 125 fichas, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão. A pesquisadora juntamente com um aluno de iniciação científica, coletou as informações necessárias para pesquisa através destas fichas.

- 2 Etapa: Coleta de dados escolares

A pesquisadora entregou os questionários nas escolas, as professoras enviaram os questionários para os pais juntamente com o TCLE junto com o “para casa” das crianças. Só após a devolução do TCLE assinado e o questionário respondido é que

os escolares eram realmente incluídos no estudo. Os questionários eram devolvidos à pesquisadora. Quando os escolares não retornavam com os questionários dos responsáveis, era enviado uma carta reforço que ressaltava a importância da participação na pesquisa. Os questionários foram selecionados para pesquisa segundo os critérios de inclusão e exclusão. Questionários que relatavam crianças nascidas prematuras foram excluídos da seleção do grupo controle. Foram selecionados 47 questionários no Colégio Batista Getsêmani e 78 na UMEI Alaíde Lisboa, totalizando 125 questionários respondidos pelos pais de crianças nascidas a termo.

4.10 *Análise estatística*

A análise estatística foi realizada no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0. Para verificar se houve associação entre a variável dependente idade gestacional ao nascimento (prematuro ou nascidos a termo) e as variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado. A estimativa do efeito das diversas variáveis independentes, sobre o desfecho idade gestacional ao nascimento, foi calculado através da Regressão Logística de Poisson. Por fim, todas as variáveis independentes associadas com a idade gestacional ao nascimento que, na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,05$, foram inseridas no modelo de Regressão de Poisson Multivariada.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, a discussão e a conclusão do estudo serão apresentados na forma de artigo científico.

ARTIGO

ARTIGO - ASSOCIAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE, HÁBITO DE SUCCÃO DE CHUPETA E TIPOS DE ALEITAMENTO INFANTIL.

ARTIGO

ASSOCIAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE, HÁBITO DE SUÇÃO DE CHUPETA E TIPOS DE ALEITAMENTO INFANTIL

Larissa Carcavalli¹, Carolina de Castro Martins^{2*}, Iuri Almeida Rocha³, Erika Maria Parlato⁴, Júnia Maria Serra-Negra⁵.

¹ Postgraduate student – Department of Pediatric Dentistry and Orthodontic – Universidade Federal de Minas Gerais.

² PhD, Adjunct Professor - Department of Pediatric Dentistry and Orthodontic – Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Undergraduate student – Department of Speech Therapy – Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ PhD, Assistant Professor - Department of Speech Therapy – Universidade Federal de Minas Gerais.

⁵ PhD, Associate Professor – Department of Pediatric Dentistry and Othodontics – Universidade Federal de Minas Gerais.

Corresponding author:

Prof Carolina de Castro Martins

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre a prematuridade, hábito de sucção de chupeta e tipos de aleitamento infantil, em crianças de 3 a 5 anos de idade pertencentes a um ambulatório hospitalar universitário e duas escolas de educação infantil da cidade de Belo Horizonte, Brasil.

Método: Foi desenvolvido um estudo epidemiológico transversal comparativo, com 250 crianças entre a faixa etária de 3 a 5 anos. A amostra apresentava dois grupos: o grupo formado pelos prematuros acompanhados pelo Ambulatório da Criança de Risco, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e o grupo formado por pré-escolares nascidos a termo pertencentes a uma escola pública e uma particular, escolhidas por conveniência. Foi utilizado nas escolas, um questionário pré-testado para a seleção do grupo nascido a termo e os dados dos prematuros foram coletados nos prontuários clínicos do projeto ACRIAR. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software Statistical Package for Social the Sciences (SPSS), versão 21.0.

Resultados: O modelo de regressão múltipla final demonstrou que a prematuridade foi mais prevalente em crianças com renda familiar mensal menor que 2 salários mínimos (RP= 2,068; 95%IC= 1,418-2,016), que utilizam chupeta (RP= 1,730; 95%IC= 1,100-2,721) e que foram amamentadas por menos de 6 meses (RP= 1,010; 95%IC= 1,302-2,829).

Conclusão: Concluiu-se que o uso de chupeta, o menor tempo de aleitamento materno e a baixa renda familiar foram fatores associados a prematuridade.

* Artigo formatado de acordo com as normas do periódico PEDIATRICS. Fator de impacto 2015: 7.148 e Qualis: A1

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define como prematuros, como todos os nascimentos ocorridos antes da 37^a semana completa de gestação ou antes de 259 dias, desde o primeiro dia do último período do ciclo menstrual de uma mulher. Todo nascido vivo com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas é classificado com baixo peso ao nascer¹. Aproximadamente 15 milhões de crianças nascem prematuras anualmente em todo o mundo, correspondendo a 11,1% de todos os nascimentos².

É comum que bebês prematuros apresentem limitações na alimentação, devido à imaturidade de coordenar a sucção, deglutição e respiração de maneira eficaz, podendo dificultar o aleitamento materno^{3,4}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno se inicie na primeira hora de vida de forma exclusiva, sem adicionar qualquer tipo de líquido ou alimento sólido ou semi-sólido até os seis meses de vida⁶. Trata-se de uma rica fonte de nutrientes que desenvolve o sistema imunológico da criança, previne alergias e problemas respiratórios, satisfazendo necessidades psicossociais e prevenindo a instalação de hábitos de sucção não nutritiva^{7,8,9}. O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido. O início da amamentação na primeira hora após o nascimento, reduz a mortalidade neonatal em prematuros⁵.

A utilização da chupeta no período pós-parto, quando o bebê está iniciando o aleitamento, pode interferir na sucção adequada na amamentação, contribuindo para a chamada "confusão de bicos"^{10,13}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a infância (*United Nations Children`s Fund, UNICEF*), preconizam a não utilização da chupeta e da mamadeira, com a finalidade de prevenir o desmame precoce¹¹. Os hábitos de sucção não nutritiva e a mamadeira, também podem

atuar como fatores deformadores do crescimento e do desenvolvimento ósseo, das posições dentárias, do processo respiratório e da fala^{12,13}.

Diversos estudos têm associado os hábitos de sucção não nutritiva com o desmame precoce, má oclusões, fatores socioeconômicos e idade^{12,13,14,15,16,17,18,19}. No entanto, ao buscar nas bases de dados Pubmed e Scopus em março de 2016, não foram encontrados estudos avaliando associação entre o hábito de sucção de chupeta e prematuridade. Crianças prematuras e/ou de baixo peso podem estar mais propensas a apresentarem dificuldade de praticar o aleitamento natural e conseqüentemente ficam vulneráveis a introdução de chupetas e/ou mamadeiras no seu dia a dia. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a prematuridade, hábito de sucção de chupeta e tipos de aleitamento infantil, em crianças de 3 a 5 anos de idade.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo epidemiológico transversal retrospectivo comparativo, com 250 crianças com a faixa etária de 3 a 5 anos. A amostra foi dividida em dois grupos: o grupo formado pelos prematuros acompanhados pelo projeto Ambulatório da Criança de Risco (formado por terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pediatras, neurologistas e psicólogos, que acompanham bebês tanto com menos de 1,5 kg, quanto com menos de 34 semanas. Este acompanhamento é realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) e o grupo formado por pré-escolares nascidos a termo, matriculados em uma escola pública e uma escola privada de Belo Horizonte, Minas Gerais- Brasil.

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo #49803115.4.0000.5149). Todos os

pais/responsáveis assinaram um termo de consentimento e a participação deles foi voluntária.

Para o cálculo amostral utilizou-se a prevalência de 43% do hábito de sucção de chupeta de um estudo brasileiro²⁰. Foi considerado, um nível de confiança de 95%, poder de 80%, proporção de expostos entre os casos calculados de 60.14%, proporção de expostos entre os controles de 43%, para detecção de uma *odds ratio* de 2,0 obtendo uma amostra de 208 participantes, sendo 104 casos e 104 controles. Acrescentou-se 20% prevendo possíveis perdas, totalizando uma amostra de 250 crianças²¹.

Devido às especificidades do estudo, trabalhou-se com uma amostra de conveniência com participação de 125 crianças nascidas a termo e 125 prematuros.

Foram considerados critérios de inclusão: crianças de 3 a 5 anos de idade, sem alterações neurológicas e com bom estado geral de saúde. Foram excluídos do estudo crianças portadoras de fissuras lábio palatinas, pacientes sindrômicos e crianças cujos pais não autorizassem a participação.

Coleta de dados

Para a coleta dos dados no grupo prematuro, utilizou-se o prontuário clínico do projeto Ambulatório da Criança de Risco. Foram coletados dados sobre histórico de hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e dados pessoais das crianças prematuras. A seleção de prontuários foi feita de forma aleatória por ordem alfabética, sendo excluídos os que não preenchiam os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Para o grupo nascido a termo, utilizou-se um questionário pré-testado para a coleta de dados. O questionário abordava dados relacionados ao nascimento, métodos de

aleitamento da criança, hábito de sucção de chupeta e aspectos sociodemográficos. O questionário foi respondido pelos pais/responsáveis. Este questionário foi enviado junto ao para-casa das crianças e recolhido pela pesquisadora. Foram excluídos aqueles que relatavam prematuridade das crianças.

Um estudo piloto com 20 crianças matriculadas em uma escola pública, foi desenvolvido previamente ao estudo principal com o objetivo de avaliar os procedimentos, materiais e métodos propostos para a realização do estudo. Os participantes do estudo piloto não foram incluídos no estudo principal.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. Foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar se houve associação entre a variável dependente “idade gestacional ao nascimento” (prematureo ou nascidos a termo) e as variáveis independentes (sexo, idade da criança, renda familiar, gravidez planejada, parto, tipo de alimentação na alta, aleitamento materno, uso de mamadeira, chupeta e tempo de aleitamento). A estimativa do efeito das diversas variáveis independentes sobre o desfecho idade gestacional ao nascimento, foi calculado através da Regressão de Poisson. As variáveis independentes que foram associadas à idade gestacional ao nascimento na análise bivariada ($p \leq 0,05$), foram inseridas no modelo de Regressão de Poisson Multivariada.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 250 crianças, de ambos os sexos, com idade entre três e cinco anos, das quais 113 eram meninos (45,2%) e 137 eram meninas (54,8%). A maioria das crianças tinham 5 anos de idade 117 (46,8%) e pertenciam a famílias com renda maior que 2 salários mínimos 121 (48,4%). Um grande percentual de gravidez planejada foi relatado 136 (54,4%), grande parte das crianças nasceram por cesárea 164 (65,6%) e amamentaram no peito após a alta hospitalar 202 (80,2%). A maioria das crianças utilizaram chupeta, mamadeira e tiveram um período de aleitamento maior ou igual a 6 meses, com 66,8%, 79,2% e 49,2% respectivamente (Tabela 1).

A idade gestacional teve associação estatisticamente significativa com o sexo ($p=0,008$), idade (0,015), aleitamento materno ($p<0,001$), tempo de aleitamento materno ($p<0,001$) e chupeta ($p<0,001$) (Tabela 1).

As variáveis sexo, idade da criança, renda familiar, chupeta, aleitamento materno e tempo de aleitamento foram incluídas na análise multivariada, por apresentarem valores de $p<0,05$ na análise de Poisson bivariada (Tabela 1). A variável aleitamento materno não se ajustou ao modelo e foi removida. O modelo de regressão multivariado final demonstrou que crianças do sexo masculino e com idade de 4 e 5 anos não estiveram associadas à prematuridade. Ao contrário, crianças cujas famílias apresentavam renda mensal menor que 2 salários mínimos, usavam chupeta e foram amamentadas por menos de 6 meses foram mais prevalentes entre os prematuros (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Vários são os estudos encontrados na literatura que descreveram a prevalência dos hábitos de sucção não nutritiva em pré-escolares, na fase de dentição decídua, variando de 0% a 82% para sucção de chupeta^{19,22,23,24,25,26,27,28,29,30}. No presente estudo 167 (66,8%) crianças utilizaram a chupeta. A alta prevalência de chupeta pode estar associada ao aspecto cultural, podendo ser considerada um hábito comum em países de cultura ocidental²². Este aspecto pode ser atribuído ao capitalismo e consumismo mais presentes nesses países. Em países de cultura africana, o hábito de sucção de chupeta é pouco prevalente, as populações africanas tendem a amamentar mais seus filhos e terem menor acesso a chupeta²⁵, como demonstrou o estudo realizado por Ngom et al. (2008), em que a prevalência de chupeta encontrada foi de (17,2%).

A mamadeira foi utilizada por um alto percentual de crianças e não foi associada a idade gestacional. A prevalência de crianças menores de 12 meses que utilizam mamadeira no Brasil é de 58,4%, sendo o hábito mais frequente na região Sudeste (63,8%) e menos frequente na região Norte (50%)³¹. No primeiro mês de vida, a introdução precoce de águas, chás e outros leites foram prevalentes em 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças, respectivamente³¹. Apesar dos prematuros apresentarem dificuldades para iniciarem o aleitamento, estando assim mais vulneráveis à utilização da mamadeira, a alta prevalência de utilização de mamadeira pelas crianças, pode estar relacionado ao hábito da mãe em ofertar e não com à necessidade da criança. Um estudo desenvolvido nos EUA, avaliou 245 mães com objetivo de determinar os fatores que influenciam suas decisões das mães sobre alimentação, amamentação e / ou mamadeira. Encontraram em seus resultados que a opinião dos pais, a incerteza quanto a quantidade de leite na mama e o retorno ao trabalho foram os principais motivos de escolha da oferta de mamadeira

para seus filhos³². Um outro estudo realizado no Reino Unido encontrou como resultados, que as mães que alimentavam seus filhos utilizando a mamadeira, tomaram esta decisão no início ou antes da gravidez, tinham conhecimento sobre os benefícios do aleitamento e relataram como principal motivo a comodidade em poder dividir a tarefa da alimentação do bebê com o pai³³. Esses achados confirmam uma possível influência da mãe, sobre o uso da mamadeira, podendo justificar a não associação da mamadeira com a idade gestacional.

A renda familiar mensal menor que 2 salários mínimos foi mais prevalente nas crianças prematuras. Este aspecto pode estar relacionado ao perfil do local da amostra. O projeto ACRIAR onde foram coletado os dados dos prematuros é um ambulatório de um hospital público, e parte da amostra dos escolares a termo foi coletada em uma escola privada. Apesar deste fator influenciador, a literatura tem confirmado a associação entre a prematuridade e países de baixa renda. Segundo o Relatório de Ação Global sobre o parto prematuro, desenvolvido pela OMS, 12% dos bebês nascem prematuros em países mais pobres, e apenas 9% em países de renda mais elevada⁵.

Os resultados deste estudo mostraram que o tempo de aleitamento materno menor que 6 meses foi associado ao nascimento prematuro. A OMS preconiza o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, portanto as crianças que amamentaram por um tempo menor que 6 meses tiveram um desmame precoce⁶. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo longitudinal na Austrália, que teve como objetivo investigar o efeito da idade gestacional na iniciação e duração do aleitamento materno em crianças australianas. Aos 6 meses, as crianças entre 35-36 semanas foram amamentadas por menos tempo (41,2%), se comparada aos demais grupos: 54,5% entre 37-39 semanas e 60,5 entre ≥ 40 semanas³⁵. O desmame precoce em prematuros pode estar relacionado a sua dificuldade de praticar o aleitamento, devido a sua imaturidade de coordenar a sucção,

deglutição e respiração de maneira eficaz^{3,4}.

A regressão multivariada final demonstrou a prevalência da chupeta nos nascidos prematuros. Oliveira e colaboradores, desenvolveram um estudo em Londrina, Brasil, com objetivo de avaliar a prática da amamentação de 278 prematuros, durante a internação e nos primeiros 6 meses de vida. Um total de 127 (45,7%) dos recém-nascidos prematuros utilizaram chupeta e foram associados com um 1,67 vezes maior risco de interrupção da amamentação exclusiva³⁶ O presente estudo encontrou uma prevalência maior, 69,5% dos prematuros utilizaram chupeta, este número é alto considerando as possíveis consequências causadas pela chupeta. A alta prevalência de chupeta entre os nascidos prematuros do estudo pode estar relacionada a alta prevalência de desmame precoce (62,8%) e da mamadeira (50,5%) encontrada entre os prematuros. O desmame precoce e substituição do aleitamento por mamadeiras pode ser responsável pelo surgimento de hábitos orais viciosos. Bebês que utilizam mamadeiras por mais de um ano têm dez vezes chance de desenvolvimento de sucção não nutritiva do que bebês que nunca usaram a mamadeira^{8,9}.

A população estudada foi limitada a uma amostra de conveniência, o que não garante sua reprodução em outras realidades socioeconômicas e culturais. A possibilidade do viés de memória é provável, apesar de a informação colhida ter acontecido durante ou pouco tempo depois da exposição. Estudos longitudinais, com exame clínico das crianças para avaliação de possíveis maloclusões devem ser estimulados.

O conhecimento desta associação entre a chupeta e o desmame precoce em prematuros, poderá contribuir para a orientação das mães de bebês prematuros e odontopediatras, quanto à importância de se prevenir a instalação de hábitos de sucção não nutritiva, tendo em vista a saúde bucal e geral da criança. Todavia, para obtenção de

informações mais consistentes sobre a influência do nascimento prematuro sobre os hábitos de sucção não nutritivo, tempo de aleitamento e demais variáveis independentes, são necessários novos estudos com desenhos longitudinais de base populacional.

Desta forma, concluiu-se que o uso de chupeta, o menor tempo de aleitamento materno e a baixa renda familiar foram fatores associados a prematuridade.

Agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Coordenação Brasileira do Ensino Superior Educação (CAPES), Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPq/UFMG)

REFERÊNCIAS:

1. WHO. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;56:247–53.
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn L. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis. *The Lancet*, in press. 2012
3. Arvedson J, Clark H, Lazarus C, Schooling T, Frymark T. Evidence-based systematic review: effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. *Am J Speech Lang Pathol* 2010;19:321-40.
4. Yildiz A, Arikan D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success: The effect of the odour of breast milk. *Journal of Clinical Nursing* 2012;2:644–656.
5. WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012.
6. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001
7. Tudehope DI. Human Milk The Nutritional Needs of Preterm Infants. *J Pediatr* 2013;162:S17–S25.
8. Bueno SB, Bittar TO, Vazquez FL, Meneghim MC, Pereira AC. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. *Dental Press J Orthod* 2013;18:1-6.
9. Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha JR. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ.*1997;11:79-86.
10. Yonezu T, Arano-Kijima T, Shintani S. Association between Feeding Methods and Sucking Habits: A Cross-sectional Study of Infants in Their First 18 Months of Life. *Bull Tokyo Dent Coll* 2013;4:215–221.
11. WHO (World Health Organization). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Ed. Revised Geneva; 1998. (WHO/CHD/98.9)

12. Inoue N, Sakashita R, Kamegai T. Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. *Early Hum Dev* 1995;42:185-93.
13. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Sci* 2011;19:161–8.
14. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-453.
15. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatric* 1995;126:125- 129.
16. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:322–336.
17. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública* 2015;49
18. Lima AA, Alves CM, Ribeiro CC, Pereira AL, Da Silva AA, Silva LF, Thomaz EB. Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. *Int J Paediatr Dent* 2016;9
19. 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* 2015;15
20. Nihi VS, Maciel SM, Jarrus ME, Nihi FM, De Salles CL, Pascotto RC, Fujimaki M. Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Brazilian Oral Research* 2015;29:1-7.
21. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:307-14.
22. Çaglar E, Larsson E, Andersson EM, Hauge MS, Ogaard B, Bishara S, Warren J, Noda T, Dolci GS. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. *Journal of Dentistry for Children* 2005;72:25-30.

23. Duncan K, Mcnamara C, Ireland AJ, Sandy JR. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008;18:178-188.
24. Farsi NM, Salama FS. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Int J Pediatr Dent* 1997;19:28–33.
25. Ngom PI, Diagne F, Samba Diouf J, Ndiaye A, Hennequin M. Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5- to 6-year-old Senegalese children. *L'Orthodontie française* 2008;79:99-106.
26. Patel A, Moles D, O'neil J, Noar J. Digit sucking in children resident in Kettering (UK). *Journal of Orthodontics* 2008;35:255–261.
27. Jahanbin A, Mokhber N, Jabbarimani A. Association between socio emographic factors and nutritive and non-nutritive sucking habits among Iranian girls. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010;16:1143-1147.
28. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Int J Pediatr Dent* 1995;17:437-444.
29. Warren, J.J.; Bishara, S.E. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:347–356.
30. Lopes TSP, Moura LFA, Lima MCM. Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. *BMC Research Notes* 2014, 7:362.
31. Ministério Da Saúde (BR). Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
32. Earle S. Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. *Midwifery* 2000;16:323-330.
33. Donath SM, Amir LH. Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2008;93:448-50. Arora S, Mcjunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics* 2000;106.
34. Benevenuto OMM, Thomson Z, Vannuchi MT, Matsuo T. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Parana, Brazil. *J Hum Lact* 2007;23:269-74. Lee ACC, Katz J, Blencowe H, Cousens S.

- Kozuki N, Vogel J.P, Adair L, Baqui AH, Bhutta ZA, Caulfi ELDL, Christian P, Clarke SE, Ezzati M, Fawzi W, Gonzalez R, Huybregts L, Kariuki S, Kolsteren P, Lusingu J, Marchant T, Merialdi M, Mongkolchat A, Mullany LC, Ndirangu J, Newell ML, Nien JK, Osrin, D, Roberfroid D, Rosen H, Sania A, Silveira MF, Tielsch J, Vaidya A, Willey BA, Lawn J, Black R. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. *Lancet Glob Health* 2013;1:26–36.
35. Donath SM, Amir LH. Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2008;93:448-50.
36. Benevenuto OMM, Thomson Z, Vannuchi MT, Matsuo T. Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Parana, Brazil. *J Hum Lact* 2007;23:269-74.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Modelo de regressão de Poisson bivariada para variáveis independentes em relação à variável dependente.

TABELA 2: Modelo de regressão de Poisson multivariada para variáveis independentes em relação a crianças prematuras.

TABELAS:

TABELA 1: Modelo de regressão de Poisson bivariada para variáveis independentes em relação à variável dependente.

	Idade Gestacional		Modelo não ajustado		
	Prematuros n (%)	A termo n (%)	RP (95%CI)	p-value	Eta
Sexo					
Masculino	46 (40,7)	67 (59,3)	0,706 (0,542-0,920)	0,008	0,169
Feminino	79 (57,7)	58 (42,3)	1		
Idade Criança					
3 anos	39 (61,9)	24 (38,1)	1		0,146
4 anos	35 (50,0)	35 (50,0)	0,808 (0,596-1,095)	0,168	
5 anos	51 (43,6)	66 (56,4)	0,704 (0,531-0,934)	0,015	
Renda Familiar					
Até 2 SM	50 (64,9)	27 (35,1)	2,455 (1,749-3,448)	<0,001	0,381
Acima de 2 SM	32 (26,4)	89 (73,6)	1		
Gravidez Planejada					
Sim	60 (44,1)	76 (55,9)	0,788 (0,613-1,014)	0,064	0,118
Não	61 (56,0)	48 (44,0)	1		
Parto					
Normal	42 (50,6)	41 (49,4)	1,025 (0,788-1,333)	0,857	0,011
Cesárea	81 (49,4)	83 (50,6)	1		
Alimentação na alta					
Aleitamento Natural	88 (43,6)	114 (56,4)	0,778 (0,531-1,139)	0,197	0,078
Aleitamento Artificial	14 (56,0)	11 (44,0)	1		
Aleitamento Materno					
Não amamentou	39 (84,8)	7 (15,2)	1,982 (1,620-2,424)	<0,001	0,327
Amamentou	86 (42,8)	115 (57,2)	1		
Chupeta					
Não usou	25 (29,8)	59 (70,2)	1	<0,001	0,292
Usou	10 (60,6) 0	65 (39,4)	1,964 (1,385-2,786)		
Mamadeira					
Não usou	24 (47,1)	27 (52,9)	0,932 (0,675-1,286)	0,661	0,028
Usou	10 (50,5) 0	98 (49,5)			
Tempo de Aleitamento					
Menor de 6 meses	49 (62,8)	29 (37,20)	0,373 (0,298-0,467)	<0,001	0,322
Maior ou igual a 6 meses	37 (30,1)	86 (69,9)			

TABELA 2: Modelo de regressão de Poisson multivariada para variáveis independentes em relação a crianças prematuras.

Nascidos Prematuros			
	RP ajustada	95%IC	p
Sexo			
Masculino	0,692	0,461-1,041	0,077
Feminino	1		
Idade Criança			
3 anos	1		
4 anos	0,714	0,424-1,200	0,203
5 anos	0,901	0,568-1,430	0,658
Renda Familiar			
Até 2 SM	2,068	1,418-3,016	<0,001
Acima de 2 SM	1		
Chupeta			
Não usou	1		
Usou	1,730	1,100-2,721	0,018
Tempo de aleitamento			
Menor de meses	1,919	1,302-2,829	<0,001
Maior ou igual a 6 meses	1		

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criança está inserida em um universo familiar e social. Costumes individuais e costumes do país de origem influenciam os hábitos e conseqüentemente afetarão de alguma forma o desenvolvimento daquele indivíduo. Chupetas e mamadeiras são artefatos que recebem grande influência cultural (ÇAGLAR et al., 2005; NGOM et al., 2008). É comum que eles já façam parte do enxoval da grávida. Apesar dos questionamentos da OMS, é muito alta a prevalência destes artefatos entre as crianças (ÇAGLAR et al., 2005). O uso de chupetas é passado de gerações para gerações.

A OMS não recomenda estes artefatos devido ao fato destes serem desestimuladores da prática do aleitamento materno, por interferir na sucção adequada na amamentação (OMS, 1998). O aleitamento materno é muito importante para o desenvolvimento físico e emocional da criança (TUDEHOPE, 2013). Entretanto, assim como as chupetas e mamadeiras, o aleitamento materno recebe grande influência de fatores sociodemográficos (WENZEL; SOUZA, 2011). A necessidade da mãe de sair para o mercado de trabalho e poder sincronizar o aleitamento materno é um fator que, por vezes, é independente do desejo da mãe. Ela deseja amamentar seu filho, mas não consegue conciliar o trabalho com a prática e aí, chupeta e mamadeira acabam entrando na vida das crianças (EARLE, 2000).

A prematuridade independe do desejo e planejamento da gravidez. Ela pode acontecer por múltiplos fatores (GOLDENBERG et al., 2012). Em casos de prematuros há de se refletir que aqueles que ficam em incubadoras, alimentados por sondas, comumente apresentam dificuldade de sucção (YILDIZ; ARIKAN, 2012). Por outro lado, enquanto a mãe aguarda o desenvolvimento de seu filho prematuro, ela não recebe dele o estímulo da sucção no peito. A falta de sucção no peito acaba levando a diminuição do leite da mãe (VICTORIA et al., 1997). Conseqüentemente, dificulta a prática do aleitamento natural e a mamadeira é incluída na vida da criança.

Assim como a mamadeira acaba fazendo parte da vida desta criança, a chupeta acaba sendo introduzida. Ela pode ter um papel tranquilizador e poderá preencher a necessidade de gratificação da fase oral da criança (SERRA-NEGRA et al., 1997)

É um desafio para mães de prematuros manterem o aleitamento materno exclusivo por seis meses, sem a introdução de chupetas e mamadeiras. Muitos prematuros necessitam de um longo período de hospitalização e podem enfrentar várias sequelas ao longo da vida. A chupeta pode ser uma alternativa das mães de acalmar e tranquilizar seus bebês (YILDIZ; ARIKAN, 2012).

Uma importante reflexão a ser feita, baseada nos nossos achados, foi a influência do fator socioeconômico. Mães mais jovens e com renda familiar baixa tendem a ter filhos prematuros e estes, em maioria, usam chupeta. Há de se pensar se o fator econômico interferiu na saúde, na alimentação e no acesso ao pré-natal dessa mãe. Nossos achados não nos permitem aprofundamentos e conclusões consistentes. Temos dados de associação. Entretanto, nos fez pensar no assunto e nos conscientizou da importância de estimular outros estudos nesta temática, com outros desenhos e não só quantitativos, mas também qualitativos.

Além disso, os achados de nosso estudo reforçam a importância do trabalho multidisciplinar com as crianças. Fonoaudiólogos, psicólogos, pediatras, dentistas, enfermeiros e professores da educação infantil devem trabalhar em conjunto, buscando uma visão holística da criança.

REFERÊNCIAS GERAIS

- ABOUELFETTOH, A.M. *et al.* Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: a quasi-experimental study. **Int Breastfeed J**, v.27, n.3. 2008.
- ADAIR, S. M.; MILANO, M.; LORENZO, I.; RUSSELL, C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 17, n. 7, p. 437-444, Nov./Dec. 1995.
- AGOSTINI, C, *et al.* Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v.50, n.1, p.85-91. 2010
- ALBUQUERQUE, S.S.L. *et al.* influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.371-378. 2010
- ARORA, S. *et al.* Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. **Pediatrics**, v.106. 5 November 2000
- ARVEDSON, J. *et al.* Evidence-based systematic review: effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. **American Journal of Speech Language Pathology.**; v.19, n.4 p.321-40. 2010
- ÁVILA, 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. 2015.
- BECCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C. Factores associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v.49, n.91. 2015
- BENEVENUTO DE OLIVEIRA, M.M. *et al.* Feeding patterns of Brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Parana, Brazil. **J Hum Lact**, v.23, n.3, p.269-74. 2007
- BLENCOWE, H, *et al.* National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis. **The Lancet**, in press. 2012
- BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.91. 2015
- BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. **Cadernos de Atenção Básica**, n.23. 2009

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Série C. **Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília- DF: 2009

BRASIL. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2009

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. **Caderno de Atenção Básica**, n.23 – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BUENO, S.B. *et al.* Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. **Dental Press J Orthod**, v.18, n.30, p.1-6. Jan-Feb, 2013

ÇAGLAR, E *et al.* Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. **Journal of Dentistry for Children**, v.72, p. 25-30. 2005.

CATTANEO, A *et al.* Kangaroo mother care for low birthweight infants: A randomized controlled trial in different settings. **Acta Paediatrica**, v.87, p.976-985. 1998

CATTANEO, A. *et al.* Recommendations for implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. **Acta Paediatrica**, v.87, p.440- 445. 1998

CESAR, J.A. *et al.* Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **BMJ**, v.318, n.7194 p.1316-1320. MAY, 1999

CHAMBRONE, L. *et al.* Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. **Journal of Clinical Periodontology**, v.38, p.795-808. 2011

CHARPAK, N, et al. KANGAROO Mother Care: 25 years after. **Acta Paediatrica**, v.94, p.514–522. 2005

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.46. 2015

COELI, B.M.; TOLEDO. Hábitos bucais de sucção: Aspectos relacionados com a etiologia e o tratamento. **Revista de Odontopediatria**, v.3, n.1, p.43-51, jan/mar, 1994

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J.M.; DIAZ-ROSSELLO, J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane database of systematic reviews**, v.3. 2011

CONK, Z., & BOLISIK, B. Gavajla beslenen prematu`re bebeklerde yalancı emzik uygulamasının yararları (The advantages of the application of pacifier during gavage feeding in premature infants). **Ege Universitesi Hemsirelik Yu`ksekokulu Dergisi (Ege University Nursing School Journal)**, v.2, p.19-27. 1986

CORBELLA, S. *et al.* Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of case control studies. **Odontology**, v.100, p.232-240. 2012.

CORRÊIA-FARIA P. *et al.* Developmental defects of enamel in primary teeth: prevalence and associated factors. Int J Paediatr Dent. V. 23 n.3, p.173-9. 2013

DADALTO, E.C.V.; ROSA, E.M. Cultural Aspects for offering pacifiers to children. **Journal of Human Growth and Development**, v.23, n.2, p.231-237. 2013.

DE SOUZA, R.V. *et al.* Prevalence and associated factors for the development of anterior open bite and posterior crossbite in the primary dentition. **Braz Dent J.** v. 25 n.4,p.336-42. 2014.

DEGAN, V.V.; PUPPIN-RONTANI, R.M. Prevalence of Pacifier-Sucking Habits and Successful Methods to Eliminate Them – A Preliminary Study. **Journal of Dentistry for Children**, v.7, n.2, p.148-151, 2004.

DEWEY, K.G.; HEINIG, M.J.; NOMMSEN-RIVERS, L.A. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. **J Pediatr**, v.126, n.5 Pt 1, p.696-702. 1995

DOLCI, G. S.; FERREIRA, E. J. B.; MELLO, A. L. Relação entre hábitos de sucção e maloclusões. J. Bras. Ortodon. **Ortop. Facial, Curitiba**, v.6, n.35, p.379-385 set/out. 2001

DONATH, S.M.; AMIR, L.H. Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.**, v.93, n.6, p.448-50, Nov. 2008.

DUNCAN, K.; MCNAMARA, C.; IRELAND, A.J.; SANDY, J.R. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 18, n. 3, p. 178-188, May, 2008.

EARLE, S. Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. **Midwifery**, v.16, p.323-330. 2000

EFE, E.O., & SAVASER, S. Premature Bebeklerde Yalancı Emzik Uygulamasının Total Oral Beslenmeye Gecis, Suresine Etkisi (The influence of the application of nonnutritive sucking in premature infants on the process of transition to total oral feeding). **Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics**, v.14, p.57-61. 2005

FARSI, N.M.; SALAMA, F.S. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. **Pediatric Dentistry**, n. 19, p. 28–33, 1997.

GAEBLER, C.P.; HANZLIK, J.R. The effects of a prefeeding stimulation program on preterm infants. **Am J Occup Ther.** V.50, n.3, p.184–92. 1996.

GARBIN, C.A.S *et al.* Prevalence of non-nutritive sucking habits in preschoolers and parents' perception of its relationship with malocclusions. **Ciênc. saúde coletiva.** V.19 n.2. 2014.

- GÓES M.P.S. *et al.* Non-nutritive sucking habits persistence: prevalence and associated factors. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.13 n.3. July/Sept. 2013.
- GÓIS E.G. *et al.* Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. **Angle Orthod.** v. 78 n. 4, p.647-54. 2008.
- GOLDENBERG, R.L. *et al.* The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. **American journal of obstetrics and gynecology**, v.206 n.2, p.113-118. 2012
- GRAVETT, M.G.; RUBENS, C.E.; NUNES, T.M. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.10 n.1. 2010.
- GUPTA, A; KHANNA, K; CHATTREE, S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. **Journal of Tropical Pediatrics**, London, v.45, n.2, p.108-1010. Apr. 1999
- HERMONT, A.P. *et al.* Breastfeeding, bottle feeding practices and malocclusion in the primary dentition: a systematic review of cohort studies. **Int J Environ Res Public Health** v. 12 n.3, p.3133-51. 2015.
- HORTA B.L. *et al.* Evidence on the long-term effects of breastfeeding. **Geneva: World Health Organization.** 2007
- INOUE N.; SAKASHITA R.; KAMEGAI T. Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. **Early Hum Dev**, v.42 n.3, p.185-93. 1995
- JAHANBIN, A.; MOKHBER, N.; JABBARIMANI, A. Association between socio emographic factors and nutritive and non-nutritive sucking habits among Iranian girls. **Eastern Mediterranean Health Journal.** v. 16, n.11, p. 1143-1147, Nov, 2010.
- JONES, G. *et al.* Morris SS How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, [S.I.] v.362 n. 9377, p. 65-71. 2003
- KATZ, C. R. T.; COLARES, V.; ROSENBLATT, A. Hábitos de sucção, onicofagia e enurese noturna em pré-escolares do Recife-PE. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.7 n.37, p. 258-265. Maio/jun. 2004
- KHADER, Y.S.; TA'ANI, Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. **J. Periodontol**, v.76, p.161-165. 2005
- KRAMER, M.S *et al.* Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. **JAMA**, v.286 n.3 p.322-336. 2001
- LANG, S.; LAWRENCE, C.J.; ORME, RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. **Arch Dis Child.** 71 n.4, p.365-369. 1994
- LAWN, J.E. *et al.* Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.10 n.1:S1. 2010

LEE, A.C.C, *et al.* National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. **Lancet Glob Health**, v.1, p. 26–36.2013

LIMA, A.A. *et al.* Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. **Int J Paediatr Dent**, v.9. 2016.

LIMA, V. P.; MELO, A.M. Uso do copinho no alojamento canguru. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.10, n1, p. 126-133, jan/mar 2008.

LIU, L. *et al.* Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2010: an updated systematic analysis. **The Lancet**, v.379 n.9832, p. 2151-2161. 2012

LOPES, T.S.P. *et al.* Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. **BMC Research**, v.7 n.362. 2014

LOPES, T.S.P.; MOURA, L.F.A.; LIMA, M.C.M. Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. **BMC Research Notes**, v. 7 n. 362, 2014

MAIA-NADER, M. *et al.* Factors associated with prolonged non-nutritive sucking habits in two cohorts of Brazilian children. **BMC Public Health**, v.14 n.743. 2014

MATIJASEVICH, A. *et al.* Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v.22 n.4, p.557-64. 2013.

MENON R. Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.87 n.6, p. 590-600. 2008

MOIMAZ, S.A.S. *et al.* Association between breast-feeding practices and sucking habits: A cross-sectional study of children in their first year of life. **Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.26, n. 3, p. 102-106. Sept, 2008.

MORAES, E. S. *et al.* Prevalência de mordidas aberta e cruzada na dentição decídua. **R. Bras. Ci. Saúde**, João Pessoa. v.5, n. 1, p. 23-30. Abr. 2001.

Muglia, L.J.; Katz, M. The enigma of spontaneous preterm birth. **The New England Journal of Medicine**, v.362 n.6, p.529-535. 2010

NASCIMENTO, M.B.R; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo**, v.58 n.1. 2003

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **J Pediatric**, v.126 n.6, p.125- 129.1995

NGOM, P.I. *et al.* Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5- to 6-year-old Senegalese children. **L'Orthodontie française**, v.79 n. 2, p. 99-106. 2008

NGOM, P.I.; DIAGNE, F.; SAMBA DIOUF, J.; NDIAYE, A.; HENNEQUIN, M. Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5- to 6-year-old Senegalese children. **L'Orthodontie française**, v. 79, n. 2, p. 99-106, 2008.

NIHI, V. S. *et al.* Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2015.

OFFENBACHER, S. *et al.* Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J Periodonto**, v.67 n.10, p.1103–13. 1996

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 33, p. 307-14, 2005.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. ed. revised Geneva; 1998. (WHO/CHD/98.9)

OMS (Organização Mundial de Saúde. Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.56 p.247–53. 1997

OMS (Organização Mundial de Saúde. The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001

PATEL, A.; MOLES, D.; O'NEIL, J.; NOAR, J. Digit sucking in children resident in Kettering (UK). **Journal of Orthodontics**, v. 35, p. 255–261, 2008.

Peres K.G. *et al.* Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. **PEDIATRICS** V, v.136, n 1, July 2015 p. 60-67

PERES, K.G. *et al.* Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Revista de Saúde Pública**, v.41 n. 3, p. 343-350. 2007

PINEDA, R. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. **Breastfeed Med**, v.5 n.6, p.1-5. 2010

PIZZOL, K. E. D. C. *et al.* Prevalência dos hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com a idade, gênero e tipo de aleitamento em pré-escolares da cidade de Araraquara. **Revista CEFAC**, v.14 n. 3, p. 506–515. 2012

POLYZOS, N.P. *et al.* Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v.341 n.7017, p.1-10. 2010

REY, E.S.; MARTINEZ, H.G. Manejo racional de niño prematuro. Proceeding of the Conferences I Curso de Medicina Fetal y Neonatal; Bogota, Colombia. p. 137–151.1983

ROMERO, C.C. *et al.* Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. **J Appl Oral Sci**, v.19 n.2, p.161–8. 2011

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

SERRA-JMC; PORDEUS, IA; ROCHA, JR. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. **Rev Odontol Univ**. São Paulo, v.11, n.2, p.79-86. abr/jun 1997

SERRA-NEGRA, J.M.C. *et al.* Hábitos deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos? **Revista Odonto Ciência Fac. Odonto/PUCRS**, v.21, n. 52. Abr/jun, 2006.

SILVA FILHO, O. G. *et al.* Hábitos de sucção e má oclusão: epidemiologia na dentadura decídua. **Rev. Clin. Ortodon. Dental Press**. Maringá, v.2, n. 5, p. 57-74. Out./nov. 2003.

SILVEIRA, M.F. *et al.* Aumento da Prematuridade no Brasil: Uma revisão dos estudos de base populacional . **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 957-964. 2008

SOUZA, M. B. M.; ALMEIDA, J. A. G. História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. **Revinter** 2005

TAKAOKA L. A. M. V.; GOULART A.L.; KOPELMAN B.I. Enamel defects in the complete primary dentition of children born at term and preterm. **Pediatr Dent**, v.33 n.2, p.171-6. 2011

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

TUDEHOPE, D.I.; Human Milk The Nutritional Needs of Preterm Infants. **J Pediatr**, v.162, p. S17–S25. 2013

TURGEON O'BRIEN, H. *et al.* Nutritive e non-nutritive sucking habits: a review. **Journal of Dentistry for Children**, v.63, p. 321-327, 1996.

VASCONCELOS, F.M.N. *et al.* Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. **Brazilian Dental Journal**, v.22 n. 2, p. 140-145. 2011.

VENANCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A.; A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev Bras Epidemiol**, v.1, p.40-9.1998

VERGNES, J.N.; SIXOU, M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a metaanalysis. **Am. J. Obstet. Gynecol**, v.196 n.135, p.131-137. 2007

VICTORA CG, *et al.* Infant feeding and deaths due to diarrhea. A case-control study. **Am J Epidemiol**, v.129 n.5, p.1032–1041. May 1989

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**, v.3 n.4, p. 199-205. Abril 2015

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

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSÁO, M. Odontologia para o bebê: Odontopediatria do nascimento aos 03 anos. **Londrina: Artes Médicas**, 1996.

WARREN, J.J.; BISHARA, S.E. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedic**, v. 121, p. 347–356, 2002.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v.21 n. 2, p. 251-258. 2011.

YILDIZ, A.; ARIKAN, D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success: The effect of the odour of breast milk. **Journal of Clinical Nursing**, v.21 n.5-6, p. 644–656. Mar. 2012.

YONEZU, T.; ARANO-KIJIMA, T.; SHINTANI S. Association between Feeding Methods and Sucking Habits: A Cross-sectional Study of Infants in Their First 18 Months of Life. **Bull Tokyo Dent Coll**, v.4 n. 54, p. 215–221. Jan. 2013.

ZUANON, A. C. C. *et al.* Relação entre hábito bucal e maloclusão na dentadura decídua. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**. Curitiba, v.3 n. 12, p. 104-108. Mar./abr. 2000.

APÊNDICE A



UF *m* G

Faculdade de Odontologia

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Por favor, marque com um X as respostas abaixo e responda a todas as questões!

1. Grau de parentesco com a criança: mãe pai avó avô tio tia outro
2. Idade da mãe _____
3. Profissão da mãe: _____
4. Pai e Mãe moram juntos? Sim não
5. Gravidez foi planejada? Sim não
6. Renda Familiar em salário mínimo (SM): até 2 SM 2 a 4 SM 4 a 10 SM
10 a 20 SM acima de 20 SM
7. Idade da criança _____
8. Sexo da criança: masculino feminino
9. Data de nascimento _____
10. Seu filho apresenta algum tipo de doença? Sim não . Qual? _____
11. Seu filho nasceu com quantas semanas (ou meses) de gravidez? _____
12. Nasceu prematuro? Sim não
13. Nasceu com qual peso? _____
14. Como foi o parto de seu filho? Normal cesariana fórceps
15. Precisou ficar na incubadora? Sim Não . Se sim, quanto tempo? _____
16. Qual foi o tipo de alimentação na alta hospitalar? Amamentou no seio mamadeira
17. A mãe fez o uso durante a gravidez de medicamentos, drogas, fumo, álcool, RX?

18. Seu filho amamentou no seio? Sim não . Se sim, do nascimento até _____ meses de idade.
19. O aleitamento foi exclusivo? Sim não
20. Seu filho usou mamadeira? Sim não . Se sim, de _____ meses até _____ meses de idade.
21. Seu filho usou chupeta? Sim não . Se sim, de _____ meses até _____ meses de idade.
22. Em que momentos você mais comumente ofereceu(ce) chupeta a seu filho?
Quando ele chorava para dormir quando ele estava com alguma dor
outros _____
23. Com quantos meses seu filho começou a ingerir alimento amassado _____

MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezados pais,

Vocês estão sendo convidados a participar, como voluntários, de uma pesquisa que quer conhecer os costumes das crianças que chupam chupeta, dedo, mordem objetos, roem unhas e tomam mamadeira. Precisamos saber os costumes das crianças que tem estes hábitos e daquelas que não tem estes hábitos. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Larissa Carcavalli Santos, que tem como orientadora a Prof. Júnia Serra-Negra, da Faculdade de Odontologia da UFMG. Este é um estudo com crianças de 3 a 5 anos.

Ao pesquisar os costumes das crianças, precisamos saber sobre a história de vida de seu filho(a): como foi a gestação, como foi o nascimento, que tipo de parto, se foi um bebê prematuro ou não, se mamou no peito da mãe, se usa/usou mamadeira, quando começou a comer frutinhas e papinhas, se toma algum medicamento e se tem outros irmãos. Estas informações serão coletadas através de um pequeno e simples questionário, a ser respondido pelos senhores. Não haverá nenhum contato com as crianças nem exames clínicos e isto não trará riscos ou desconfortos para saúde de seu filho(a). A colaboração de vocês será muito importante!!! Não existem respostas CERTAS ou ERRADAS. Precisamos saber sobre a história de sua família! Estes dados são confidenciais. Se não quiserem participar, isto não mudará em nada a vida de seu filho(a) na UMEI e nem existe nenhum tipo de custo para participar dela. A sua colaboração trará importantes dados para a ciência e para a comunidade leiga! Esperamos contar com o apoio de vocês, e desde já agradecemos! Concordando em participar, preencha e assine este documento, responda o questionário e devolva, por favor, na UMEI.

Por este instrumento, eu _____ responsável pelo menor _____ de ____ anos de idade, declaro ter sido esclarecido(a) que o objetivo do estudo “Associação entre prematuridade e baixo peso ao nascer e hábitos de sucção não nutritiva e nutritiva”, é conhecer os hábitos de saúde do meu filho. Fui esclarecido(a) que responderei um questionário contendo questões pessoais minhas e de meu filho. Sei que os dados deste questionário serão utilizados para pesquisa científica. Os dados serão manipulados apenas pelos pesquisadores e poderão se tornar públicos em revistas científicas. Minha identidade, assim como a de meu filho não serão reveladas em nenhuma hipótese. Minha participação e autorização para a participação de meu filho mostram meu interesse em colaborar com a pesquisa. É minha a escolha de participar ou não, podendo desistir a qualquer época, sem prejuízo no caso de minha desistência. Por fim, afirmo saber que esta pesquisa foi aprovada pela escola, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do responsável

Em caso de dúvida, entrar em contato:

Pesquisadora: Larissa Carcavalli (31) 3222-0918 / 99021809.email: larissacarcavalli@gmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Junia Serra-Negra – tel(31)34092433 –

email: juniaserranegra@hotmail.com

COEP/UFMG (31) 34094592 – Av Antonio Carlos 6627 – Unidade Administrativa II /2º andar- sala 2005 email: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO A

AMBULATORIO DA CRIANÇA DE RISCO – ACRIAR
FONOAUDIOLOGIA - Roteiro de Anamnese

→ Nome: _____ Sexo: () M () F Prontuário: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
CEP: _____ Telefones: () _____ () _____

→ Data nascimento: ____/____/____ Idade gestacional: ____/____/____ Data correta do parto: ____/____/____
→ Peso ao nascimento: _____ Estatura: _____ PC: _____ APGAR: 1' ____ 5' ____ () _____
→ Mãe/idade/instrução/profissão: _____
→ Pai/idade/instrução/profissão: _____

→ Casados/moram juntos _____ Renda familiar aproximada R\$ _____ Origem: _____
Moradia: () própria () alugada () outros: _____ Num. cômodos: _____ Num. moradores: _____
Energia elétrica: _____ Saneamento básico: _____ Coleta de lixo: _____
Irmãos: _____ Mesmos pais: _____ Outro pai: _____ Outra mãe: _____ De risco: _____ Ordem nasc: _____

→ Gravidez foi planejada? _____ Desejada? _____ Tentativa de aborto? _____
→ Estado emocional durante a gravidez: _____
→ Fez uso durante a gravidez de medicamentos, drogas, fumo, álcool, RX? _____
Se sim, durante quanto tempo? _____ Em qual período da gestação? _____
Sofreu queda, traumatismos, cirurgia, doenças? _____
Fez pre-natal? _____ Num de consultas _____ Há consaguinidade entre os pais? _____
Como a criança foi recebida pela família? _____

→ Parto: () normal () cesáreo () fórceps () outros: _____
Teste do pezinho: () aguardando resultado () normal () alterado: _____
Teste da orelhinha: () normal Realizado dia ____/____/____ Reteste marcado para: ____/____/____
() alterado Realizado dia ____/____/____ Reteste marcado para: ____/____/____
() não realizou Agendado para ____/____/____

Icterícia: _____ Fototerapia: _____ Quantos dias: _____ Incubadora: _____ Quantos dias: _____ Má formação crânio facial: _____
Uso de drogas ototóxicas: _____ Quais: _____ Qto tempo: _____
Hemorragia intracraniana: _____ Meningite: _____ Sepsis: _____
Tempo de internação: _____ UTI neonatal: _____ Canguru: _____

→ Dieta: () parenteral /num. de dias: _____ () enteral /num. de dias: _____ Tipo de alimentação na alta: _____
Outras intercorrências: _____
Data: ____/____/____ Responsável pela anamnese: _____

Aspectos/Marcos do Desenvolvimento	Anamnese					Avaliação								
	2	4	6	9	12	18	24	2	4	6	9	12	18	24
26. Ingerir alimento em grãos?														
27. Ingerir alimento peneirados?														
28. Produz sons com variação de entonação?														
29. Emite sons babuica?														
30. Responde diferentemente à pessoas familiares e/ou estranhos?														
31. Reconhece quando se dirigem a ela?														
32. Leva objetos à boca?														
33. Imita pequenos gestos e brincadeiras?														
34. Aceita o corpo?														
35. Estranha pessoas não familiares?														
36. Repele a mesma ação motora?														
37. Brinca de esconde-esconde?														
38. Utiliza-se da voz para chamar a atenção?														
39. Sorri e vocaliza ao ver sua imagem refletida no espelho?														
40. Reconhece seu nome?														
41. Emprega pelo menos uma palavra com sentido?														
42. Faz gestos com a mão e a cabeça? (tchau, não, bate palmas, etc)														
43. Aponta para pedir as coisas?														
44. Emite três palavras com significado?														
45. Reage ao "não"?														
46. Chama-se de nenê?														
47. Entende situações de proibição?														
48. Combina 2/3 palavras pelo menos?														
49. Indica suas vontades vocalizando?														
50. Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista?														
51. Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente?														
52. Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu?														
53. Usa frases?														
54. Brinca com outras crianças?														
55. Imita pessoas da vida cotidiana? (pai, mãe, médico, etc)														
56. Começa o controle esfinteriano?														

Adaptado de PARLATO, E.M. et al. Traçagem auditiva em bebês de 2 a 12 meses. Pro-Fono Revista de Atualização Científica v.6, n. 1, 1994.

Observações

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 49803115.4.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Junia Maria Cheib Serra-Negra
Departamento de Odontopediatria e Ortodontia
Faculdade de Odontologia - UFMG**

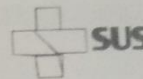
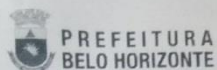
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de novembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Associação entre prematuridade e baixo peso ao nascer e hábitos de sucção não nutritiva e nutritiva"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C



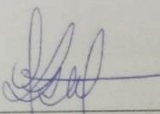
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

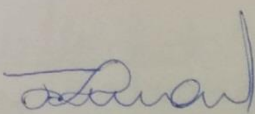
Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado “**Associação entre Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer e Hábitos de Sucção Não Nutritiva e Nutritiva**” sob a responsabilidade da pesquisadora Larissa Carcavalli Santos, CPF 114.074.896-31, ser executado com as crianças adscritas e freqüentadoras da Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI) Adelaide Lisboa, Distrito Sanitário Pampulha, sob guarda e responsabilidade da Coordenação de Saúde da Criança, no Programa Saúde na Escola, da Gerência de Assistência à Saúde – GEAS SMSA/PBH.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Autorizo sua execução, desde que respeitadas as exigências legais específicas e que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 25 de agosto de 2015.



Maria do Carmo Freitas da Costa
Referência Técnica
GEAS – SMSA/PBH

x 

Drª Taciana Malheiros Lima Carvalho
Gerente da GEAS
SMSA/PBH

28.08.15

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
www.ufmg.br

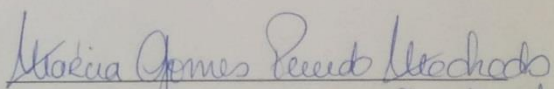
DECLARAÇÃO

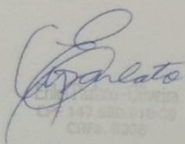
Declaro, para devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado "*Associação entre prematuridade, baixo peso e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva*" coordenado pela Profa Dra Júnia Maria Cheib Serra-Negra da Faculdade de Odontologia da UFMG poderá ser desenvolvido junto ao Projeto de Extensão Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) da UFMG.

A coordenadora do projeto de pesquisa seguirá todos os preceitos éticos e dentro das normas e regimentos do Projeto ACRIAR.

Por ser verdade, firmo o presente.

Belo Horizonte, 01 de setembro de 2015


Assinatura e carimbo *coordenadora - ACRIAR - FOM*


147 980 10-08
CNPJ: 3206

PRODUÇÃO INTELECTUAL DURANTE O MESTRADO

1. Artigo aceito para publicação na revista Arquivos em Odontologia:

MARCELA OLIVEIRA BRANT, LARISSA CARCAVALLI, SHEYLA MARCIA AUAD, SAUL MARTINS PAIVA, ISABELA ALMEIDA PORDEUS E JUNIA MARIA SERRA-NEGRA. The perception of post-graduate students of early childhood education about oral habits of preschoolers.

2. Apresentação de painel SBPqO- Campinas/ SP:

SANTOS LC, RIBEIRO MB, MARTINS CC, PAIVA SM, PORDEUS IA, SERRA-NEGRA JMC. Características do sono e bruxismo noturno entre crianças da clínica de odontopediatria da universidade federal de minas gerais (UFMG). In: 32 Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2015.