

ATUALIDADES EM AMAMENTAÇÃO

Nº54, 2014



Chupetas e amamentação

Editora convidada: Simona Di Mario¹

O lugar da chupeta na história do cuidado infantil remonta a tempos antigos: em túmulos de crianças datados de 3.000 anos atrás foram encontrados pequenos objetos de barro, que eram oferecidos aos bebês para sugar mel. A partir do século XVI, foram utilizados pedaços de tecido amarrados em torno de comida ou embebidos em líquidos doces ou alcoólicos para acalmar recém-nascidos, como mostra a *Madonna with a Siskin (Madona com Pintassilgos)*, pintada em 1506 por Albrecht Dürer.² O uso de chupetas tem sido inversamente associado à prática da amamentação: no final da era pré-industrial a amamentação teve um declínio, enquanto o uso de chupetas aumentou. Com o ressurgimento da amamentação a partir dos anos 70, o uso de chupeta tornou-se um tema polêmico entre os profissionais de saúde.

PRINCIPAIS TÓPICOS DO DEBATE ATUAL SOBRE CHUPETAS

De um lado discute-se os efeitos negativos do uso da chupeta:

- O uso da chupeta pode ser um obstáculo para a adequada iniciação e duração do aleitamento materno. Uma recente revisão Cochrane, realizada com o objetivo de avaliar o efeito da chupeta no aleitamento

¹ Paediatrician, MPH, SaPeRiDoc Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Regional Health Authority of Emilia-Romagna, Bologna, Italy, e-mail: sdimario@regione.emilia-romagna.it

² Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J Pediatr (Rio J)* 2009;85:480-9

materno, trouxe mais confusão do que esclarecimento ao tema.^{3,4}

- O uso prolongado de chupetas está associado a diversos problemas na saúde infantil, como uma maior incidência de otite média aguda e má oclusão dentária. Por outro lado, alguns pesquisadores destacam possíveis vantagens associadas às chupetas como:
 - O controle da dor durante pequenos procedimentos invasivos (punção venosa, vacinação).
 - Alguma proteção contra a Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI).

Porém, nenhum dos estudos que sustentam o efeito protetor de chupetas na SMSI mostra um efeito protetor tão forte como o observado na amamentação efetiva.^{5,6} Como evidências indica-se que há um efeito protetor da amamentação contra SMSI⁷ e as sociedades profissionais incluem a amamentação como uma das seis

³ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Mar 16;3:CD007202

⁴ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jul 11;7:CD007202

⁵ Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116:e716-23

⁶ Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16:609-14

⁷ Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10. Also see Breastfeeding Briefs, issue 53, September 2012 website

intervenções preventivas contra SMSI;^{8,9} o risco que a promoção de chupetas poderá trazer para a redução da amamentação potencialmente coloca a saúde da criança em maior vulnerabilidade, não somente para SMSI como para outras condições associadas com a amamentação inadequada. Portanto, nesta edição de Atualidades em Amamentação discutimos as evidências por trás dessas questões.

CHUPETAS E AMAMENTAÇÃO

Em 2011, a Biblioteca Cochrane publicou uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR), intitulado *Influência da chupeta na duração da amamentação de bebês a termo em aleitamento materno*.³ Com base em dois ECRs^{10,11} os autores da revisão Cochrane concluíram que o “Uso de chupeta em crianças saudáveis amamentadas, iniciado a partir do nascimento ou após o estabelecimento da lactação, não afetou significativamente a prevalência ou a duração da amamentação exclusiva e parcial até 4 meses de idade”. No entanto, a revisão da Cochrane não levou em consideração outro ECR que relatou uma correlação entre o uso de chupeta e interrupção do aleitamento materno com 4 semanas.

As conclusões da revisão Cochrane não são aceitáveis devido a várias e graves falhas:

1. Alta taxa de contaminação entre os grupos de intervenção, isto é, a possibilidade de que as pessoas alocadas em um grupo tenham aprendido e praticado a intervenção atribuída ao outro grupo. Mães do grupo de chupetas as utilizaram em 71% dos casos, enquanto que as mães do grupo que não utilizava chupetas as utilizaram em 44% dos casos (taxas globais). Contaminação excessiva entre dois grupos de tratamento aponta para nenhuma diferença ou resultados inconclusivos.
2. O maior dos dois estudos incluídos (1.021 crianças, de um total de 1.302)¹⁰ apresentava critérios de exclusão e inclusão tão restritos que a população observada não representava a “verdadeira”. Por exemplo, a taxa extremamente alta de aleitamento materno exclusivo aos 3 meses para ambos os grupos (> 85%) é muito superior à taxa comumente vista na Europa (por

exemplo, 48% na Itália e na Suécia, entre 68% aos 4 meses e 79% aos 2 meses)^{12,13} Os critérios de *inclusão* neste estudo foram 4: 1) hospitais para serem incluídos deveriam ter programa de incentivo ao aleitamento materno com a iniciação precoce da amamentação, com alojamento conjunto e presença de consultores da lactação; 2) mães foram encorajadas a evitar o uso da chupeta até que a amamentação estivesse bem estabelecida; 3) bebês a termo e saudáveis, em aleitamento materno exclusivo, cujas mães relataram a intenção de amamentar por pelo menos 3 meses; 4) bebês de 2 semanas que não estivessem usando chupeta e lactação bem estabelecida. Os critérios de *exclusão* foram: problemas de mama que poderiam interferir com a amamentação (fissuras persistentes nos mamilos, mastite, cirurgia precoce de mama, mamilos severamente planos ou invertidos); mães que manifestaram uma preferência a favor ou contra a introdução de chupeta também foram excluídas.

3. O segundo ECR, menor, (281 crianças estudadas) incluído na revisão, também sugere que o efeito nulo de chupetas sobre a amamentação pode ser uma conclusão falsa.¹¹ Os autores apresentaram os resultados com base na exposição real, além da análise baseada na exposição atribuída por sorteio, de maneira a se considerar a taxa altamente contaminada por uso de chupeta. A análise por exposição real mostrou uma diferença significativa: em usuários de chupeta o risco de desmame precoce (até os 3 meses) duplicou em relação a não-usuários de chupeta.
4. O maior dos ensaios incluído apresentava conflito de interesses importante. A pesquisa foi financiada por uma associação estabelecida na Suíça – uma empresa que produz chupetas, como os autores da revisão Cochrane admitiram mais tarde.¹⁰

Com base nas falhas metodológicas e conflitos de interesse relevantes detectados nessa revisão sistemática, eu e outros colegas enviamos um comentário para a equipe editorial da Cochrane Library e para os autores da revisão.¹⁴ Foram meses até que nosso comentário fosse publicado e ainda mais tempo até que os autores da revisão publicassem uma resposta e modificassem o texto da revisão. O título foi modificado, algumas alterações

12 Cuoghi C, Di Mario S, Borgini B, Bragliani M, Castelli E, Tramonti D. Prevalence of breastfeeding and other preventive intervention in Emilia-Romagna Region in 2011. [Prevalenza dell'allattamento al seno e altri interventi preventivi in Emilia-Romagna. Ricerca triennale Anno 2011] Sixth Edition. Bologna: Regione Emilia-Romagna; Oct. 2012 [Italian]

13 Statistics Health and Diseases. Breast-feeding, children born 2002. The National Board of Health and Welfare. Centre for epidemiology. Stockholm 2004 [Swedish, English summary]

14 Di Mario S, Cattaneo A, Basevi V, Magrini N. Feedback to: Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul 11;7:CD007202

8 American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2011;128:e1341-67

9 Young J, Watson K, Ellis L, Raven L. Responding to evidence: breastfed baby if you can--the sixth public health recommendation to reduce the risk of sudden and unexpected death in infancy. Breastfeed Rev 2012;20:7-15

10 Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE; Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? J Pediatr 2009;155:350-4.e1

11 Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané E. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. JAMA 2001;286:322-6

foram adicionadas, o conflito de interesses foi revelado, mas as conclusões se mantiveram praticamente as mesmas.⁴ Assim, a mensagem original para profissionais de saúde, enganosa como se apresenta, permanece: não desencoraja o uso da chupeta, uma vez que não interfere com a amamentação. Com base na avaliação crítica da revisão sistemática, e sobre os resultados positivos de uma associação derivada de um ECR excluído¹⁵ e de vários outros estudos observacionais^{16,17} é o contrário que parece mais provável.

USO DE CHUPETA E OUTROS EFEITOS NEGATIVOS

A possível interferência com a amamentação é apenas uma das conseqüências indesejáveis associadas ao uso de chupeta. Os estudos mostram vários riscos e benefícios do uso prolongado e intenso de chupeta na literatura.^{2, 18} Aqui nós damos apenas dois exemplos, escolhendo aqueles com fortes evidências de associação com o uso da chupeta: a má oclusão dentária e otite média aguda.

- **Mordida aberta anterior, mordidas cruzadas posteriores e outras más oclusões dentárias** têm sido detectadas em vários estudos.² Normalmente a gravidade dos efeitos prejudiciais do uso de chupeta depende da duração, da frequência e intensidade da sua utilização. Um estudo longitudinal prospectivo fornece fortes evidências para esse efeito:¹⁹ 867 crianças foram avaliadas aos 15, 24 e 36 meses de idade para o hábito de sucção não nutritiva (dedo ou chupeta) e aos 43 e 61 meses de idade para más oclusões dentárias. O estudo demonstrou que o risco de má oclusão dentária foi maior para as crianças no grupo de sugadores persistentes (relatando um hábito de sucção em duas das entrevistas de acompanhamento) do que em sugadores ocasionais (relato de sucção em uma das entrevistas). Aos 43 meses de idade apresentaram mordida aberta anterior 51,6% das crianças do grupo de sugadores persistentes e 4,5% de sugadores ocasionais; aos 61 meses de idade,

15 Howard CR, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics 2003;111:511-8.

16 Callaghan A, Kendall G, Lock C, Mahony A, Payne J, Verrier L. Association between pacifier use and breast-feeding, sudden infant death syndrome, infection and dental malocclusion. Int J Evid Based Healthc 2005;3:147-67

17 Karabulut E, Yalçın SS, Ozdemir-Geyik P, Karaağaoğlu E. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. Turk J Pediatr 2009;51:35-43

18 Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. Am Fam Physician 2009;79:681-5

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

a proporção foi de 16,9% para sugadores persistentes versus 5,6% para sugadores ocasionais. Mordida cruzada posterior esteve presente em 23% dos sugadores persistentes e 6% dos sugadores ocasionais, tanto aos 43 quanto aos 61 meses de idade. O estudo conclui ainda que o uso de chupeta causa mais má oclusão do que a sucção digital.

- **Incidências de otite média aguda e recorrente** têm sido associadas com o uso de chupeta.¹⁸ Duas meta-análises sobre fatores de risco para otite média aguda confirmaram que o uso de chupeta aumenta o risco de desenvolver otite média. Os primeiros 22 estudos de revisão de vários países publicados entre 1966 e 1994 concluíram que há um aumento de 24% no risco de otite média em crianças que usam chupeta.²⁰ Os estudos revisados em seguida, publicados entre 1966 e 2005, apesar de não quantificarem a associação, concluíram que evitar o uso de chupeta é um dos fatores de risco modificáveis para a prevenção da otite aguda e otite média aguda recorrente.²¹ Entre os estudos de intervenção subseqüentes que fornecem evidência de uma associação entre o uso de chupeta e otite média, o mais citado e debatido foi conduzido na Finlândia, em 2000. Neste estudo o grupo de intervenção foi de 272 crianças onde os pais foram ensinados a não usar chupetas, e 212 crianças formaram o grupo controle onde nenhum conselho sobre o uso de chupeta foi oferecido. No grupo intervenção o uso de chupeta foi reduzido em 21% e levou a 29% menos episódios de otite média em relação ao grupo controle.²² As principais limitações do estudo envolveram o fato de ter sido retrospectivo (baseado em memória), passível de distorção (o viés de memória), e com tendência a superestimar a associação entre uso de chupeta e otites. No entanto, as conclusões deste estudo são coerentes com as de outro estudo.²³ As principais limitações do estudo finlandês foram superadas por um grande estudo de coorte prospectivo realizado na Holanda, em 2008. Foram investigadas para o uso de chupeta 476 crianças de idade entre 1 e 2 anos, participantes do Projeto Saúde da cidade de Utrecht (no início do estudo 216 usavam chupeta e 260 não) prospectivamente acompanhados por uma média de 2,9 anos para detectar episódios de otite média aguda e otite

20 Uhari M, Mäntysaari K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Clin Infect Dis 1996;22:1079-83

21 Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. J Pediatr (Rio J) 2006;82:87-96

22 Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of parental counseling. Pediatrics 2000;106:483-8

23 Warren JJ, Levy SM, Kirchner HL, Nowak AJ, Bergus GR. Pacifier use and the occurrence of otitis media in the first year of life. Pediatr Dent 2001;23:103-7

média aguda recorrente.²⁴ O estudo constatou que a taxa de otite média aguda foi semelhante entre usuários de chupeta e não-usuários (35% versus 32%), enquanto que o risco de otite média recorrente foi significativamente maior entre os usuários de chupeta (90% de aumento). Possíveis explicações para tal associação: aumento do refluxo de secreções nasofaríngeas para o ouvido médio, facilitando assim a entrada de patógenos, e as mudanças na estrutura dentária causando disfunção da Trompa de Eustáquio.^{22,24} Baseado no acúmulo de evidências, as diretrizes da junta da AAFP / AAP sobre otite média recomendam que, a fim de evitar a otite média, os médicos defendam o mínimo ou nenhum uso de chupetas após o segundo semestre de vida.²⁵ O ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) faz uma recomendação semelhante, mas sugere evitar o uso de chupeta além dos 10 meses de idade.²⁶

CHUPETAS E SMSI

Apesar dos riscos associados ao uso de chupeta, houve um ressurgimento do interesse em chupetas na década de 90, devido à associação observada em alguns estudos de caso-controle entre uso de chupeta e SMSI. Em particular, uma meta-análise de sete estudos caso-controle publicados entre 1966 e 2004, concluiu que o uso de chupeta protegeu contra SMSI, reduzindo pela metade o risco.

Incentivar o uso de chupeta, concluíram os autores da meta-análise, resultaria em um caso de SMSI evitada para cada 2.733 crianças utilizando uma chupeta para dormir.⁵ Curiosamente, não houve estudos na meta-análise capazes de separar os efeitos do uso da chupeta e de aleitamento materno na SMSI. Em 2005, no momento da publicação desta revisão sistemática, o efeito protetor do aleitamento materno sobre SMSI ainda não era amplamente aceito: mesmo que a Academia Americana de Pediatria, por exemplo, reconhecesse que vários benefícios foram associados com a amamentação exclusiva e prolongada, ela claramente afirmou que a prevenção para SMSI não era uma delas.²⁷ É mais difícil de

24 Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJ, Schilder AG. Is pacifier use a risk factor for acute otitis media? A dynamic cohort study. *Fam Pract* 2008;25:233-6

25 American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-65

26 ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Otitis Media in Children. Ninth Edition. Bloomington, January 2008. Available at: www.icsi.org (accessed November 22, 2012)

27 American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55

entender a razão pela qual o mais recente estudo de base populacional caso-controle (260 casos e 260 controles SMSI) não corrigiram a associação entre o uso de chupeta e ocorrência de SMSI para “amamentação real”, mas apenas para “se foi amamentado”.⁶ O estudo foi publicado em 2012, quando o efeito protetor da amamentação contra SMSI tornou-se claro, e foi co-autoria do primeiro autor a revisão sistemática de 2005. Como admitido pelos autores, o tamanho da amostra não foi suficientemente grande para permitir o ajuste para a amamentação real. No entanto, as conclusões eram fortes: “descobrimos que o uso de chupeta pode oferecer proteção adicional para crianças com mães mais velhas, casadas, não-fumantes, que receberam cuidados pré-natais adequados e que amamentaram”.

Como SMSI é um evento raro, mas trágico e devastador, entender os fatores de risco para fornecer aconselhamento confiável e orientação aos pais e profissionais de saúde é de extrema importância, no entanto, não é fácil. Dificuldades estão ligadas a:

- Falta de quantificação precisa de casos de SMSI. Visto que a SMSI “ não é uma causa da qual bebês morram, mas uma categoria que lhes é atribuída se nenhuma causa pode ser encontrada para a sua morte” [ver Atualidades em Amamentação, nº 53], a incidência é difícil de determinar. Nem todos os casos de SMSI são submetidos à autópsia completa, um exame da cena da morte e uma revisão completa da história clínica.²⁸
- Um pequeno número de eventos. Muitos dos casos que foram anteriormente classificadas como SMSI, à medida que mais atenção tem sido dada à sua definição, atualmente são classificados como SUID (mortes súbitas na infância inesperadas) ou como ASSB (sufocamento acidental e estrangulamento na cama), resultando em sufocamento, asfixia e outras causas mal definidas ou não especificadas de morte. Além disso, o efeito positivo da campanha “Dormir de barriga para cima é mais seguro”, lançado em diversos países no início da década de noventa, diminuiu a incidência de casos de SMSI. Assim, menos casos estão disponíveis para analisar e compreender as causas.

Limites inerentes dos estudos sobre SMSI devido ao seu desenho de caso-controle (nenhum outro desenho de estudo é possível para tal condição). Tais estudos não podem ajudar a compreender a seqüência temporal de eventos que levam à morte do bebê. Por exemplo, o bebê morre, porque ele não respira devido a um proble-

28 Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991;11:677-84

ma no sistema nervoso central, ou melhor, ele para de respirar porque está preso sob o lençol, o que provoca uma alteração para o cérebro e, então, o bebê morre? Da mesma forma, é de difícil avaliação a contribuição específica dos diferentes fatores. Por exemplo, a chupeta reduz o risco de SMSI, ou é o uso de chupeta à noite um marcador de um bebê propenso a chorar, e, portanto, com maior capacidade de excitação em comparação com um bebê que não usa a chupeta? Possíveis informações errôneas colhidas a partir de estudos que fazem comparações com base no “último sono”. Pesquisadores se referem ao “último sono” quando a informação é colhida, exclusivamente em relação à noite anterior a que o bebê morreu.

Por definição, há apenas um “último sono”, e isto poderia provavelmente diferir do “sono habitual”, que é um daqueles sonos após o qual o bebê acorda normalmente na parte da manhã, ou seja, vivo. É possível que as condições ocorridas durante o “último sono” no grupo de *casos* (isto é, bebês que morrem com SMSI) não são as “condições habituais de sono” e não podem ser comparadas com um “sono de referência” no grupo *controle* (ou seja, bebês que estão vivos). Comparar o estado de sono habitual dos *casos*, com a condição de sono habitual dos indivíduos do grupo *controle* parece ser mais apropriado. Quando estudos de avaliação do impacto da utilização da chupeta na ocorrência SMSI foram analisados para “sono habitual” em vez de “último sono” a associação medida foi menor, reduzindo, assim, a força da recomendação com base nestes estudos.²⁹

Vale a pena considerar que recentemente a Academia Americana de Pediatria e outras agências internacionais acrescentaram a *amamentação* entre as recomendações para reduzir o risco de SMSI e SUDI,^{8,9} em relação à prevenção de SMSI, depois de anos de acúmulo de evidências de uma associação entre amamentação e redução do risco de SMSI.^{30,31,32,33}

CHUPETAS E CONTROLE DA DOR

Chupetas, isoladamente ou em conjunto com outras intervenções não farmacológicas, são utilizadas para reduzir a dor em procedimentos. Para recém-nascidos

29 Buzzetti R, D'Amico R. The pacifier debate. *Pediatrics* 2006;117:1850

30 McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000;16:13-20

31 Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;1-186

32 Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009;123:e406-10

33 Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10

e crianças menores de 6 meses de idade, desde 2004, a Academia Americana de Pediatria tem listado o uso de chupeta entre os principais métodos para o alívio da dor, juntamente com sacarose oral, contato pele a pele e aleitamento materno.^{34,35}

Várias revisões sistemáticas têm sido realizadas com o objetivo de avaliar métodos não farmacológicos para reduzir a dor em recém-nascidos a termo e pré-termo submetidos a procedimentos dolorosos, como a punção venosa, imunização e punção no calcanhar. Uma revisão sistemática focou na eficácia da administração de sacarose;³⁶ uma na amamentação ou administração do leite materno³⁷ e outra, em outros métodos, como a sucção não nutritiva, Cuidado Canguru, enfaixamento/ aconchego, toque/massagem, oferecer água e brinquedos para distrair.³⁸

Com relação à administração de sacarose durante procedimentos dolorosos, uma revisão sistemática de 44 estudos (com um total de 3.496 crianças), publicados entre 1966 e Abril de 2009 revelou que a sacarose oral (com ou sem chupeta) em comparação com apenas água (com ou sem chupeta) reduziu a dor após punção do calcanhar ou exame oftalmológico, mensurado em várias escalas comportamentais.³⁶ Uma revisão sistemática que teve como objetivo avaliar o efeito analgésico do aleitamento materno para procedimentos dolorosos incluiu 11 estudos publicados até fevereiro de 2006.³⁷ A alta heterogeneidade entre estudos, as diferenças nos grupos de controle e variações de resultados impediu o agrupamento dos dados e, portanto, apenas estudos individuais puderam ser comparados uns com os outros.

No entanto, os autores da revisão sistemática concluíram que a amamentação reduziu a dor em procedimentos de forma mais eficaz do que o placebo (água estéril), o uso de chupeta, enfaixamento com cueiros, posicionamento no colo materno, e isso foi tão eficaz quanto a administração de glicose, enquanto o leite materno suplementar não foi melhor que o placebo. Finalmente, a revisão sistemática sobre outras intervenções para reduzir a dor de procedimentos incluiu 51 ensaios (total de

34 Zempsky WT, Cravero JP; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2004;114:1348-56

35 Fein JA, Zempsky WT, Cravero JP; the committee on pediatric emergency medicine and section on anesthesiology and pain medicine. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. *Pediatrics* 2012;130:e1391-e1405

36 Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD001069

37 Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004950

38 Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gervitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD006275

bebês avaliados: 3.396) publicados até abril de 2011.³⁸ A heterogeneidade entre ensaios foi mais uma vez um problema, e poucos resultados dos ensaios poderiam ser agrupados. Além disso, os estudos muitas vezes tinham amostras de pequenas dimensões, e não houve discussão sobre o significado clínico dos resultados mensurados. Por exemplo, a sucção não nutritiva foi relatada como tendo reduzido significativamente a dor relacionada à angústia em crianças pré-termo por 0,38 pontos. Essa estimativa foi baseada em quatro estudos que incluíram 132 crianças de intervenção e 70 crianças controle. Escalas utilizadas para medir a dor diferiram nos quatro ensaios incluídos, com escalas que variaram de 0 a 3 (escala PIPP) e de 54 a 837 (escala de nível de estresse). Não é fácil compreender a importância clínica da redução relatada de 0,38 pontos devido às diferentes escalas utilizadas.

Outros ECRs publicados posteriormente confirmaram o efeito analgésico do aleitamento materno em comparação com o uso de chupeta. Procedimento doloroso provocado pela punção do calcanhar foi medido em 228 recém-nascidos saudáveis randomizados em quatro grupos: amamentados, somente chupeta, chupeta mais sacarose, ou nada (grupo controle).³⁹ Recém-nascidos no grupo amamentado tiveram significativamente períodos mais curtos de choro do que todos os outros grupos (0,19 segundos versus 10,7s em ambos os grupos de chupeta e 51,7s no grupo controle), e pontos mais baixos em uma escala comportamental de dor (Sistema de código facial neonatal modificado, NFCS), variando de 0 (sem dor) a 5 (dor intensa) (0,6 contra 1,5 no grupo da chupeta mais sacarose, 2,1 no grupo somente chupeta, e 3,9 no grupo controle). O efeito analgésico de sucção de chupeta e sacarose foi testado em um ECR envolvendo 165 recém-nascidos que receberam a imunização da hepatite B através de injeção intramuscular.⁴⁰ A dor foi medida pelo NFCS e variou de 0 (sem dor) a 48 pontos (dor aguda), pelo tempo de choro, e por parâmetros fisiológicos (frequências cardíaca e respiratória) monitorados via eletrocardiograma (ECG). A dor foi significativamente menor entre as crianças no grupo da chupeta e no grupo com sacarose (-11,3 e -11,7 pontos, respectivamente, nos NFCS, e menor frequências cardíaca e respiratória), enquanto o tempo de choro foi significativamente menor no grupo de sacarose do que nos grupos de chupeta e controle. Mesmo que os dados sustentem a evidência de uma atividade analgésica de métodos não farmacológicos como a sucção não nutritiva, sacarose oral, aleitamento materno e contato pele a pele para o controle da

dor em procedimentos, todos são difíceis de comparar. Muitas vezes os estudos são de baixa qualidade, inconsistência de resultados e ausência de efeitos colaterais graves para se pensar em adotar um ou mais métodos, sempre que um recém-nascido está sob o risco de experimentar dor de procedimentos.

O bom senso sugere que, sempre que possível, a melhor opção seria o incentivo ao aleitamento materno, pouco antes, durante e após o procedimento: o aleitamento materno, por si só está associado com menos dor, além disso, há o efeito calmante da sucção e da ingestão de algo doce (lactose). No caso de bebês não amamentados, a sucção não nutritiva, com ou sem sacarose é uma alternativa. Também são aconselháveis contato pele a pele, colocar o bebê nos braços da mãe, balanceio e enfaixamento com cueiros.

CONCLUSÕES

Com base nas evidências acima citadas, e de acordo com outros pesquisadores,² o uso de chupetas produz mais danos do que benefícios, uma vez que chupetas impedem o estabelecimento da amamentação e conduzem ao desmame precoce. Os pais deveriam ser plenamente informados das vantagens e desvantagens associadas com o uso de chupetas a fim de tomarem suas decisões conscientes quanto ao uso ou não das mesmas.

RESUMOS

Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. J Pediatr (Rio J) 2009;85:480-9 [Article in English, Portuguese]

Os objetivos deste estudo foram avaliar a história da chupeta com um levantamento multidisciplinar da literatura, buscando prós e contras do uso da chupeta, com o objetivo de oferecer argumentos para os pais pedindo orientação aos profissionais de saúde. Livros de história, arte, bem como literatura não-médica e museus foram utilizados para a pesquisa histórica. Dados multidisciplinares foram coletados dos bancos de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Cochrane Library. Estudos publicados nos últimos 5 anos, com um resumo em Português, Inglês ou Espanhol, foram avaliados para inclusão se a palavra-chave “chupeta” estivesse presente. Com base nos estudos coletados, os autores afirmaram que há evidências de que os precursores da chupeta foram usados desde os tempos neolíticos para acalmar as crianças. Bolinhas de pano que continham alimentos são retratadas em pinturas. Outras, feitas de materiais não perecíveis têm persistido ao longo do tempo. A chupeta tem sido utilizada para estimular a sucção ou para coordenar o reflexo de sucção a fim de auxiliar no início precoce da amamentação em recém-nascidos. Alguns autores sugerem que diminui a incidência da Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI), mas isso é controverso. Outros sugerem que impede o estabelecimento da mamada e induz ao desmame. Seu uso pode causar asfixia, intoxicações ou alergias e aumenta o risco de cáries, infecções e doenças parasitárias intestinais. Efeitos nocivos estão relacionados com a frequência, duração e intensidade do hábito. Os autores recomendam o uso de chupeta ser interrompido por volta dos 3 ou 4 anos, a fim de não afetar a fala da criança e o desenvolvimento da dentição. Eles concluem que existem efeitos mais prejudiciais do que benefícios no uso de chupetas e que os profissionais de saúde devem informar os pais sobre os prós e contras, de modo a serem capazes de tomar uma decisão consciente sobre o seu uso.

Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jul 11;(7):CD007202 Update of Cochrane Database Syst Rev. 2011;(3):CD007202

A Organização Mundial de Saúde nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno recomenda não utilização de bicos artificiais ou chupetas para amamentar bebês, sendo que o uso de chupeta é acreditado levar a episódios menos frequentes da amamentação e, pode reduzir a produção de leite materno e encurtar a duração do aleitamento materno. No entanto, a associação entre o uso de chupeta e amamentação ainda não está claro. Esta revisão sistemática teve como objetivo avaliar o efeito do uso irrestrito contra restrito de chupeta sobre a duração do aleitamento materno, outros resultados da amamentação e saúde infantil entre recém-nascidos saudáveis, nascidos a termo cujas mães tinham iniciado o aleitamento materno e decidido amamentar exclusivamente seus bebês. Os autores pesquisaram a Cochrane Pregnancy and Childbirth Group do Trials Register (14 de Março 2012). Foram selecionados Ensaios Controlados Randomizados e quase randomizados comparando o uso de chupeta irrestrito contra restrito em indivíduos saudáveis, nascidos a termo que iniciaram o aleitamento materno, independentemente de terem nascido em casa ou no hospital. Os autores da revisão encontraram três ensaios (1915 bebês) para inclusão na revisão, mas incluíram na análise apenas dois deles (1.302 crianças saudáveis a termo, em amamentação). A meta-análise dos dois estudos combinados mostrou que o uso de chupeta em crianças amamentadas saudáveis não teve qualquer efeito significativo sobre a proporção de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, aos 3 e aos 4 meses de idade, e não teve nenhum efeito sobre a proporção de lactentes parcialmente amamentados, aos 3 e aos 4 meses de idade. Com base nesses resultados, os autores concluem que o uso de chupeta em crianças a termo saudáveis amamentadas, iniciado a partir do nascimento ou após a lactação estabelecida, não afeta significativamente a prevalência ou duração da amamentação exclusiva e parcial até 4 meses de idade. No entanto, está faltando evidências para avaliar as dificuldades enfrentadas por mães na amamentação em curto prazo, e os efeitos em longo prazo de chupetas sobre o aleitamento materno e a saúde infantil.

39 Iturriaga GS, Unceta-Barrenechea AA, Zárate KS, Olaechea IZ, Núñez AR, Rivero MM. [Analgesic effect of breastfeeding when taking blood by heel-prick in newborns]. An Pediatr (Barc) 2009;71:310-3 (Spanish)

40 Liaw JJ, Zeng WP, Yang L, Yuh YS, Yin T, Yang MH. Nonnutritive sucking and oral sucrose relieve neonatal pain during intramuscular injection of hepatitis vaccine. J Pain Symptom Manage 2011;42:918-30

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

Esta é uma coorte longitudinal observacional que teve como objetivo determinar a prevalência de hábitos de sucção não nutritivos e os efeitos sobre o desenvolvimento da dentição das crianças. As crianças do grupo do *Estudo Longitudinal Avon de Gravidez e Infância* foram examinadas em detalhe (incluindo 891 crianças). Dados do questionário sobre os hábitos de sucção não nutritivos foram coletados aos 15 meses, 24 meses e 36 meses de idade. Os exames odontológicos foram realizados nas mesmas crianças aos 31 meses, 43 meses e 61 meses de idade. Aos 15 meses, 63,2% das crianças tinham um hábito de sucção, 37,6%, utilizando um manequim, e 22,8% um dedo. Aos 36 meses, a sucção havia se reduzido para 40%, com uma prevalência semelhante de sucção de chupeta e dedo. Ambos os hábitos tiveram efeitos sobre a dentição em desenvolvimento, mais notadamente no alinhamento do segmento superior labial e no desenvolvimento da mordida aberta anterior e posterior (mordidas cruzadas). Com base nos dados coletados, os autores concluíram que a maioria das crianças tinha hábitos de sucção não nutritiva com até 24 meses de idade. Ambas - sucção digital e chupeta - foram associadas com anomalias observadas na dentição em desenvolvimento, mas o hábito de sucção de chupeta teve a influência mais profunda sobre as oclusões anterior e posterior entre essas crianças.

Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:87-96

Esta é uma revisão sistemática para coletar evidências sobre os fatores de risco modificáveis para otite média aguda recorrente. Bases de dados MEDLINE, sem restrição de idioma foram revisadas na busca de trabalhos publicados a partir de janeiro de 1966 a julho de 2005, e usaram-se os descritores “otite média aguda / fatores de risco”. Duzentos e 57 artigos foram assim obtidos. Estes incluíram ensaios clínicos randomizados, coortes, caso-controle e estudos transversais que tiveram análise dos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de otite média aguda recorrente como o objetivo principal e com amostras de indivíduos até a idade de 18 anos. Exceto quando relevante, foram excluídos: diretrizes da sociedade, revisões não sistemáticas, relatos de casos, sé-

ries de casos e casos clínicos. Com base nas provas coletadas, os autores identificaram dois grupos: nove fatores de risco ligados ao *sujeito* e, em um segundo grupo, oito ligados ao *meio ambiente*. Do primeiro grupo: alergia, anomalias craniofaciais, refluxo gastro-esofágico e presença de adenóides foram classificados como modificáveis. Na segunda categoria, infecções das vias aéreas superiores, creche, presença de irmãos / tamanho da família, tabagismo passivo, aleitamento materno e uso de chupetas. Os fatores de risco modificáveis estabelecidos para otite média aguda recorrente foram uso de chupeta e atendimento em creches.

Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16:609-14

Estudos anteriores sugeriram que o uso da chupeta durante o sono diminui o risco de síndrome de morte súbita infantil (SMSI). Ainda é incerto se o uso de chupeta pode modificar o impacto de outros fatores relacionados ao sono quanto ao risco de SMSI. O objetivo deste estudo foi examinar a associação entre o uso de chupeta durante o sono e SMSI em relação a outros fatores de risco, e para determinar se o uso da chupeta modifica o impacto desses fatores de risco. A coleta de dados foi de base populacional, estudo caso-controle de 260 mortes por SMSI e 260 controles correspondentes. Uso de chupeta durante o último sono mostrou diminuição do risco de SMSI em 50% a 80%. Além disso, o uso de chupeta reduz o risco de SMSI mais quando as mães eram \geq 20 anos de idade, casadas, não-fumantes, tiveram pré-natal adequado, e se a criança nunca foi amamentada (sem correção para a amamentação real, devido a pequenos números). Uso de chupeta também diminuiu o risco de SMSI quando o bebê estava dormindo em decúbito ventral / lateral, na cama dos pais, e quando a cama macia estava presente. A associação entre fatores ambientais adversos e risco de SMSI foi modificada favoravelmente por uso de chupeta, mas as interações entre o uso de chupeta e esses fatores não foram significativas. Os autores concluíram que a chupeta pode fornecer uma estratégia adicional para reduzir o risco de SMSI em crianças de alto risco ou em ambientes adversos do sono.

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3): CD004950

O objetivo principal desta revisão foi avaliar a eficácia do aleitamento materno ou o leite materno suplementar na redução da dor em recém-nascidos. O objetivo secundário foi a realização de análises de subgrupos com base no tipo de intervenção e controle, tipo de procedimento doloroso, idade gestacional e a quantidade de leite materno suplementar dado. Os autores pesquisaram MEDLINE (1966 - Fevereiro de 2006), EMBASE (1980 - Fevereiro de 2006), CINAHL (1982 - Fevereiro de 2006), Cochrane Central Register de Ensaios Controlados (Issue 4, 2005, de Cochrane Library), resumos das reuniões anuais da Sociedade de Pesquisa Pediátrica (1994 - 2006) e os principais trabalhos sobre dor das conferências pediátricas. Nenhuma restrição de linguagem foi aplicada. Foram elegíveis para inclusão nesta revisão ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados de amamentação ou leite materno complementar *versus* nenhum tratamento / outras medidas em recém-nascidos. O estudo levou em conta os marcadores fisiológicos de dor ou escores de dor validados. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada usando a informação fornecida nos artigos e comunicação pessoal com os autores. Onze estudos elegíveis foram identificados. Foram observadas heterogeneidades em termos de intervenção e controle quanto às medidas de avaliação de dor utilizadas nos estudos. Os recém-nascidos no grupo *amamentação* tiveram menores aumentos estatisticamente significantes nos batimentos cardíacos, proporção reduzida de choro, e duração reduzida de tempo de choro em comparação com o grupo *chupeta*. Os recém-nascidos do grupo *amamentação* tiveram uma redução significativa na duração de choro em comparação com o grupo *sem intervenção*, mas não houve nenhuma diferença significativa quando comparado com o grupo de *glucose*. Pontuações quanto ao perfil de dor foram significativamente diferentes entre o grupo *amamentação* quando comparado com o placebo (água estéril) e o grupo *posicionado nos braços da mãe*. No entanto, estes resultados não foram diferentes estatisticamente de forma significativa no grupo *amamentação*, quando comparado com o grupo *sem intervenção* e o grupo de *glucose*. Pontuações comportamentais ou outra escala para a avaliação da dor (Douleur Aigue nouveau-Ne) foram significativamente diferentes no grupo *amamentação* quando comparadas com o grupo *placebo* e o grupo *posicionado nos braços da mãe*, mas não quando comparado com o grupo de *glucose*. Os recém-nascidos do grupo leite materno suplementar tiveram aumento significativamente menor na frequência cardíaca e Pontuação Neonatal Facial (outra

escala comportamental para avaliação da dor) em comparação com o grupo placebo. As diferenças na duração do tempo de choro e alteração da saturação de oxigênio entre o grupo do leite materno suplementar e o grupo de placebo não foram estatisticamente significantes. Os recém-nascidos no grupo do leite materno suplementar tiveram aumentos significativamente maiores em alterações da frequência cardíaca e da duração do tempo de choro em comparação com o grupo de glicose / sacarose. Nenhum estudo foi identificado que avaliou a segurança / eficácia da administração repetida de amamentação ou leite materno complementar para o alívio da dor. Os autores concluem que, sempre que disponíveis - *a amamentação ou o leite materno* - devem ser usados para aliviar a dor de procedimentos em neonatos submetidos a um único procedimento doloroso, em comparação ao placebo ou nenhuma intervenção. A administração de glicose / sacarose teve eficácia semelhante a dor como a amamentação. A eficácia do leite materno para repetidos procedimentos dolorosos não foi estabelecida e são necessárias mais pesquisas. Estes estudos devem incluir intervenções de controle diversos, incluindo glicose / sacarose e devem visar recém-nascidos prematuros.

Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (10):CD006275

Esta revisão sistemática teve como objetivo avaliar a eficácia de intervenções não-farmacológicas - com exceção do leite materno, a sacarose, e música - para a dor aguda em bebês e crianças até 3 anos de idade. Intervenções incluídas foram (como descrito na revisão Cochrane):

1. O método canguru (também conhecido como pele-a-pele): um bebê é colocado no peito nu do cuidador durante um procedimento doloroso ou para acalmar depois de um procedimento doloroso.
2. “*empacotar*”: quando uma criança está bem enrolada com panos ou em um cobertor para evitar que os membros se movimentem excessivamente. Os panos envolvem o corpo contendo firmemente o bebê, usando as mãos do cuidador tanto sobre a cabeça quanto nos membros inferiores para manter uma atitude de joelhos dobrados com os panos.
3. Sucção não nutritiva e estratégias relacionadas: um objeto (por exemplo, chupeta, mamilo artificial não-lactante) é colocado na boca do bebê para estimular comportamentos oro-tátil ou chupar durante um evento

doloroso. Chupeta mais água foi incluído; chupeta mais sacarose: não foi incluído.

4. Engolir água: a água é administrada por ingestão sem um instrumento que incite sucção extensa (por exemplo, água administrada por um conta-gotas).

5. Balanço: um bebê é mantido levemente deslocado para cima e para baixo ou para os lados (ou ambos) por um cuidador.

6. Balanço simulado e água: em vez de ser realizada por um adulto, uma criança é colocada num berço tipo que proporciona um movimento de balanço. Além disso, a água é administrada de uma maneira que não incite sucção extensa.

7. Toque / massagem: o corpo de um bebê é ‘acariado’ para fornecer algum tipo de contra-estimulação para a entrada nociceptiva.

8. Envolvimento dos pais: os pais são instruídos ou informados de estratégias que são aceitas como redução de dor, mas não são dados quaisquer materiais para ajudá-los. Uma variedade de estratégias pode ou não ser usada como balanço, segurar, murmurar, falar, esfregar, fazer cócegas, e distrair a atenção sem brinquedo ou vídeo.

9. Voz materna: uma criança é exposta a uma reprodução de sua voz ou de sua mãe, projetada para ajudar a simular o ambiente fetal.

10. Pai presente: simplesmente permitindo que o pai esteja presente durante um procedimento doloroso, mas os pais não estão interagindo bastante com o seu filho de uma maneira pensada para ser reduzir a dor.

Análises levaram em conta a idade infantil (pré-termo, recém-nascido, mais velho) e resposta à dor (dor reativa, reação relacionada à dor). Os autores pesquisaram várias bases de dados biomédicos, listas de referência, e contato com pesquisadores via eletrônica. Entre os participantes, foram incluídas crianças desde o nascimento até 3 anos. Apenas ensaios clínicos randomizados (ECR) que tiveram uma comparação controle sem tratamento foram elegíveis para inclusão nas análises. Cinquenta e um estudos, com 3396 participantes, foram analisados. Os procedimentos mais comumente estudados agudos eram punções (29 estudos) e injeções com agulhas (n = 10 estudos). As intervenções mais eficazes para reduzir a reatividade à dor foram relacionadas com a sucção não nutritiva (pré-termo: -0,42; recém-nascido: -1,45), canguru (pré-termo: -1,12), e empacotamento com panos (pré-termo: -0,97). As intervenções mais eficazes relacionadas à dor imediata foram: a sucção não nutritiva (pré-termo: -0,38; recém-nascido: -0,90), canguru (-0,77), empacotamento com panos (pré-termo: -0,75) e balanço (recém-nascido: -0,75). Devido à heterogeneidade metodológica em vários estudos, os autores questionam a falta de resultados em determinadas análises. No en-

tanto, há evidências de que diferentes intervenções não farmacológicas podem ser utilizadas com pré-termos, recém nascidos, crianças e idosos para controlar significativamente os comportamentos de dor associados com procedimentos dolorosos agudos.

Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. Rev. Saúde Pública vol.47 no.1 São Paulo Feb. 2013.

Este estudo teve como objetivos avaliar a influência de hábitos e do aleitamento materno sobre as habilidades orais de crianças.

Estudo transversal com 125 crianças nascidas a termo, aos nove meses de idade, pertencentes à macrorregião centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto de 2010 a março de 2011. As variáveis estudadas incluíram avaliação das habilidades orais e informações sobre o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar. Regressão logística simples e múltipla foi utilizada na análise dos resultados. Os resultados mostraram que o aleitamento materno influenciou positivamente a aquisição das habilidades orais de sucção das crianças aos nove meses de idade (OR 3,1; IC95% 1,2;8,3) e o hábito de usar a chupeta influenciou negativamente tais habilidades (OR 0,1; IC95% 0,03;0,6). Conclui-se que o aleitamento materno contribuiu para o amadurecimento orofacial, pois melhorou a habilidade oral de sucção. O uso da chupeta mostrou alterar o funcionamento do sistema estomatognático. Os pais devem ser esclarecidos e recomendados a evitar o uso de chupetas durante a infância.

Buccini, GS; Benicio, MHA, Venancio SI.. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. Rev. Saúde Pública [online]. 2014, vol.48, n.4, pp. 571-582.

Com o objetivo de analisar os fatores associados ao uso de chupeta e/ou mamadeira em lactentes menores de um ano, realizou-se um estudo transversal a partir de banco de dados de 34.366 crianças obtidos da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008, nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Foi utilizada amostragem por conglomerados e o questionário incluiu perguntas sobre o uso de bicos artificiais nas últimas 24h. Três desfechos foram considerados para a análise: uso exclusivo de chupeta, uso exclusivo de mamadeira e uso de bicos artificiais (chupeta e

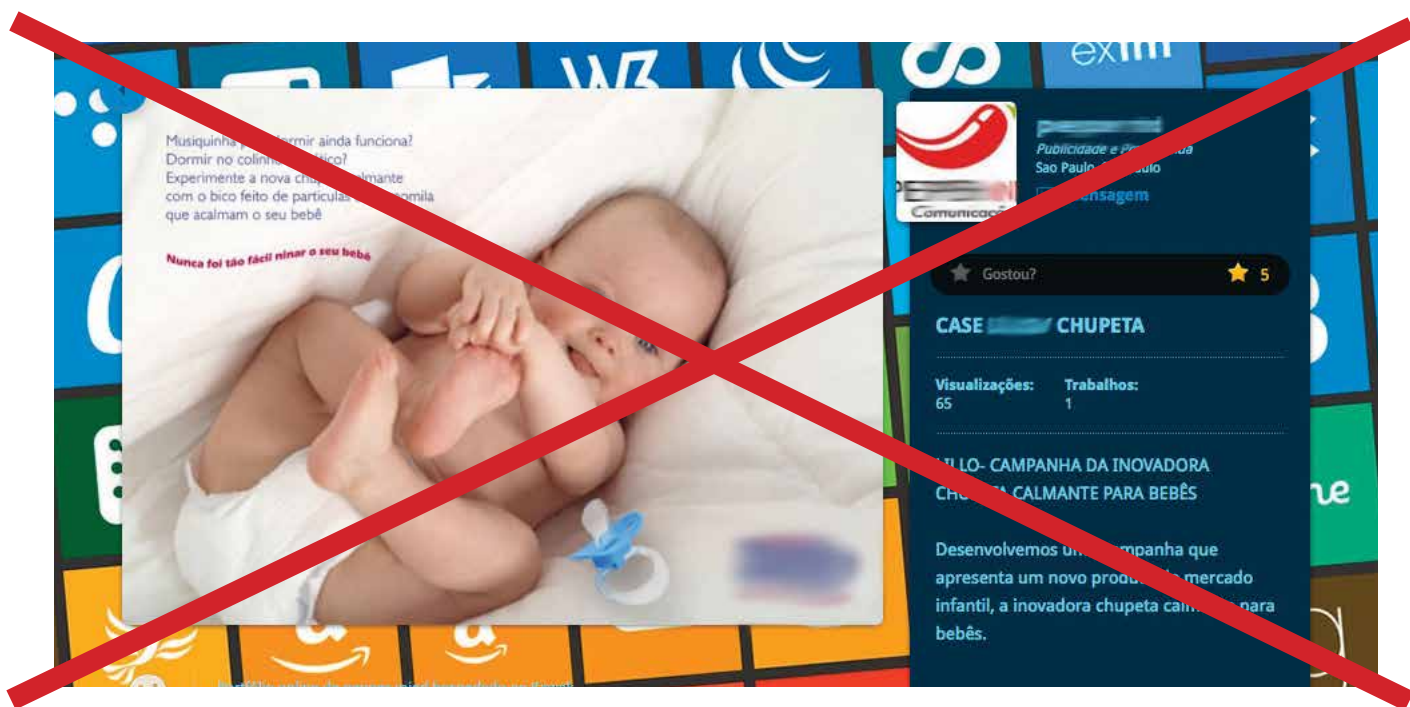
mamadeira). As razões de prevalência foram obtidas por regressão de Poisson com variância robusta seguindo modelo hierárquico. Associaram-se ao uso exclusivo de chupeta: mãe trabalhar fora, primiparidade, não ter sido amamentado na primeira hora e uso do chá no primeiro dia em casa. Para uso exclusivo da mamadeira, foram identificados: mãe trabalhar fora, primiparidade, baixo peso ao nascer, não amamentado na primeira hora de vida, uso de fórmula e chá no primeiro dia em casa. O uso de bicos artificiais (chupeta e mamadeira) foi associado com trabalho materno fora do lar, primiparidade, parto cesárea, bebês do sexo masculino, baixo peso ao nascer, nascimento em um hospital não credenciado como “Amigo da Criança”, realizar o acompanhamento de saúde da criança em unidade básica de saúde (RP = 0,91), uso de fórmula, água e chá no primeiro dia em casa. Concluiu-se que existem perfis de usuários exclusivos de chupetas, mamadeiras e de ambos. Essas informações podem orientar as práticas preventivas para a saúde da criança.

Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão das mães. Revista Saúde Pública. 2005;39(2):156-62

Mesmo com as iniciativas governamentais que controlam, desestimulam e até proíbem a divulgação no Brasil e o uso de bicos e chupetas nas maternidades, é alta a frequência do seu uso pelas crianças brasileiras. Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi conhecer as representações sociais sobre a chupeta, por parte das mães cujos filhos fizeram uso desse objeto. Estudo baseado nos pressupostos teóricos das representações sociais, propostos por Moscovici. Foram estudadas as mulheres que deram à luz num hospital de ensino, na cidade de São Paulo, que proíbe a oferta de chupeta durante a internação. Foram realizadas entrevistas não-estruturadas e individuais, transcritas na íntegra e organizadas para análise, segundo o método do discurso do sujeito coletivo. Os resultados evidenciaram representações maternas de que a chupeta: “Simboliza a criança”; “É um calmante para a criança e uma ajuda para a mãe”; e “O seu uso é passado pelas gerações”. Conclusões: A chupeta oferece à mãe uma alternativa para confortar e apaziguar o filho em momentos de agitação ou quando ela não pode atendê-lo direta e continuamente.

Silva JM, Silva MPP, Yamaguchi MU, Gomes CF. Contaminação de chupetas utilizadas por crianças que frequentam instituições de educação infantil pública e privada. Pediatría Moderna Nov 13 V 49 N 11 : 440-444

O objetivo do estudo foi detectar a presença de micro-organismos indicadores de contaminação, em bicos e chupetas de crianças que frequentam instituições de educação infantil. Participaram do estudo 35 crianças que faziam uso constante de chupeta, de ambos os sexos, com faixa etária entre zero e quatro anos. O estudo foi realizado em uma instituição de educação infantil particular e outra municipal, situadas no município de Maringá, Paraná. Após autorização dos locais e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos pais ou responsáveis pelas crianças, os pesquisadores compareceram às instituições e coletaram as amostras da seguinte forma: as chupetas das crianças foram submersas em frascos de vidro com tampa, contendo solução salina fosfatada estéril, o vidro foi tampado e a chupeta agitada na solução por cerca de 30 segundos. Em seguida foi retirada do vidro e devolvida à cuidadora da criança. Os frascos contendo as soluções de lavagem foram identificados e enviados para análise quantitativa no Laboratório de Microbiologia do Centro Universitário de Maringá. Os resultados revelaram que, do total, 20 chupetas (57,1%) apresentaram coliformes totais e dentre estas, 15 (75%) apresentaram contaminação por coliformes termotolerantes (fecais). Não houve diferenças significativas na comparação entre as instituições. Concluiu-se, que a chupeta é um possível transmissor de micro-organismos e sua utilização deve ser desaconselhada por profissionais de saúde, educadores e pais.



De acordo com o Código Brasileiro (**NBCAL**) são **proibidas** as promoções comerciais de chupetas (RDC 221, Lei 11265/2006).

Denuncie sempre que perceber uma violação do Código!

Para saber mais, acesse o [site](#) da Anvisa.

Preparado pela Associação de Alimentação Infantil de Genebra (GIFA), uma afiliada da Internacional Baby Food Action Network (IBFAN)

Editora convidada: Helen Ball

Equipe Editorial: Adriano Cattaneo, Elaine Petitat-Côté, Lida Lhotska, Marina Rea e Robert Peck

Cópias dos BB 1- 43 serão enviadas mediante pedido (GIFA, 11 Ave de la Paix, 1202 Genebra, Suíça, Fax: +41-22-798 44 43, e-mail info@gifa.org)

BB n° 44 em diante estão apenas disponíveis on-line (www.ibfan.org)

Disponível em Árabe, Espanhol, Francês, Inglês e Português

Google Tradutor para empresas: Google Translator Toolkit Tradutor de sites Global Market Finder

EDIÇÃO BRASILEIRA

Tradução: Aline Sudo, Celina Valdez Feijo Kohler, Claudia Gondim da Silva, Eliana Machado. Revisão: Tereza Toma e Marina Rea. Diagramação: Ana Basaglia

Traduzido do original: *Breastfeeding Briefs*, n. 54, December 2012

Cópias dos AA disponíveis on-line (www.ibfan.org.br).

Apoio: SECONCI-SP

IBFAN BRASIL: www.ibfan.org.br



INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
ARMÊNIO CRESTANA
IEPAC
SECONCI
são . paulo