

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
MINTER FMRP-USP-UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS (UEA)
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA**

JEANNE VIANA DE OLIVEIRA

**Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte
de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010**

Manaus – AM
2019

JEANNE VIANA DE OLIVEIRA

**Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte
de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, convênio Minter FMRP-USP e Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Savioli Ferraz.

Manaus – AM
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Jeanne Viana de

Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010.

65p.; 30cm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Ferraz, Ivan Savioli.

1. Diarreia. 2. Comportamento de sucção.
3. Chupetas. 4. Sucção de dedo.

CDD

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jeanne Viana de Oliveira

Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, convênio Minter FMRP-USP e Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Joana (*in memoriam*), por ter me ensinado a lutar e ser sempre a minha inspiração.

Ao meu marido, Marcos, pelo apoio e compreensão durante as minhas ausências.

Às minhas filhas, Gabriela e Juliana, razão de todos os meus esforços, pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre me guiar e me dar forças para seguir em frente mesmo nos momentos difíceis.

À minha prima Ana, por me ajudar na educação das minhas filhas durante todo o tempo em que precisei me ausentar, e pelo seu amor e dedicação a elas.

Ao meu orientador, Prof^o. Dr. Ivan Savioli Ferraz, por acreditar e incentivar a realização deste estudo, pelos ensinamentos e discussões realizadas, que sem seu apoio não teria sido viabilizado.

À Prof^a. Dr^a. Viviane Cunha pelas orientações, por todos os incentivos para nunca desistir e por sua alegria.

À Prof^a. Dr^a. Heloisa Bettiol por ter aceitado esse desafio e ter acreditado no grupo do Minter.

À secretária de Pós-graduação da USP, Sr^a. Vera Andrade, pessoa de coração enorme que sempre com um sorriso largo não mede esforços para nos auxiliar.

A Prof^a. Dr^a. Adriana Taveira por ter idealizado e lutado pelo Minter, sem a sua perseverança esse sonho não teria se tornado realidade.

A todos, o meu muito obrigada!

“Um dia aprendi que sonhos existem para tornarem-se realidade. E, desde aquele dia, já não durmo pra descansar. Simplesmente durmo pra sonhar.”

Walt Disney.

RESUMO

OLIVEIRA, JEANNE VIANA DE. **Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010.** 2019 65 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, convênio Minter FMRP-USP, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), 2019.

Introdução: A diarreia configura-se em um dos principais agravos que acometem crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade. Alguns comportamentos podem aumentar o risco da criança desenvolver episódios diarreicos, dentre estes, o uso de chupeta e o hábito de chupar o dedo, conhecidos como sucções não nutritivas (SNN). **Objetivo:** Determinar a frequência de SNN e estudar a associação com episódios diarreicos em uma coorte de crianças com até três anos de idade. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, observacional e analítico, inserido em uma coorte de nascimentos, no qual foram estudados 1069 pares mães-filhos. Durante o segundo e terceiro anos de vida das crianças foram coletados dados sobre o uso da chupeta, hábito de chupar o dedo, episódios de diarreia nos quinze dias precedentes à entrevista, aleitamento materno exclusivo, introdução de fórmula/leite, sexo, idade, frequência escola/creche, vacinação contra rotavírus, renda familiar, situação conjugal materna, trabalho materno remunerado, escolaridade materna, idade materna, etnia, paridade e água encanada. **Resultados:** 56,7% (606/1069) das crianças apresentaram SNN em algum momento no período do segundo e terceiro anos de vida. Destas 45,4% (485/1069) ainda apresentavam SNN no momento da entrevista, sendo o hábito de chupar chupeta mais elevado (41,2%-440/1069) em relação a chupar dedo (4,9%-52/1069). 0,7% (7/1069) das crianças apresentavam ambos comportamentos. Havia apresentado episódios diarreicos nos 15 dias anteriores à entrevista 17,9% (191/1069) das crianças. Não foi encontrada associação entre SNN e episódios diarreicos nos lactentes estudados. Após análise das outras variáveis, observou-se que crianças que não frequentavam creche apresentaram, de forma significativa, menor número de episódios diarreicos. **Conclusões:** Foram observadas elevadas prevalências de SNN e diarreia entre crianças menores de três anos de idade; entretanto, não houve associação entre SNN e episódios diarreicos. Crianças que não frequentavam creche apresentaram, de forma significativa, menor número de episódios diarreicos.

Palavras-chave: Criança. Diarreia. Comportamento de sucção. Chupetas. Sucção de dedo.

ABSTRACT

OLIVEIRA, JEANNE VIANA DE. **Non-nutritive suction and episodes of diarrhea in the cohort of births in Ribeirão Preto (SP) in 2010.** 2019 65 p. Qualification (Master Degree). Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, agreement Minter FMRP-USP, Amazonas State University (UEA), 2019.

Introduction: Diarrhea is one of the main diseases affecting children aged zero to five years. Some behaviors may increase the child's risk of developing diarrheal episodes, among them, pacifier use and finger sucking, as known as non-nutritive sucking (NNS). **Objective:** Determine the frequency of NNS habits and their association with diarrheal episodes in a cohort of infants with age up to three years old. **Methodology:** It is a descriptive, cross-sectional, observational and analytical study, inserted in a birth cohort, considering the study of 1069 mother-children pairs. During the second and third years of child birth, it was collected data about the use of pacifiers, finger sucking habit, diarrheal episodes occurred fifteen days before interview, exclusive breast feeding, introduction of formula/milk, gender, age, school/creche attendance, vaccination against rotavirus, familial income, marital status of the mother, salaried mother job, mother school time, mother age, ethnical origin, parity and treated water availability. **Results:** 56.7% (606/1069) of the children had NNS at some point within the second and third year of life. Of these 45.4% (485/1069) still had NNS habit during the interview, being the habit of pacifier sucking greater (41.2%-440/1069) than finger sucking (4.9%-52/1069). 0.7% (7/1069) of the children presented both habits. 17,9% (191/1069) of the children had presented diarrheal episodes fifteen days before interview. It was not found association between NNS and diarrheal episodes in the infant population studied. After analysis of other variables, it was observed that children not attending creche presented, in a considerable way, minor number of diarrheal episodes. **Conclusions:** It was observed high prevalence of NNS and diarrhea among less than three-years-old-children; however, there was not association between NNS and diarrheal episodes. Children not attending creche presented, in a considerable way, minor number of diarrheal episodes.

Keywords: Child. Diarrhea. Sucking Behavior. Pacifiers. Finger-sucking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organograma do projeto “Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010” (inserido no estudo “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras” – projeto BRISA).	22
Figura 2 - Amostra final do estudo	24
Figura 3 - Gráfico acíclico direcionado (DAG) construído para o estudo	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas das mães pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010).....	30
Tabela 2 - Características sociodemográficas das crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010)	31
Tabela 3 - Número de casos de diarreia nos 15 dias precedentes à entrevista em crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010)	31
Tabela 4 - Características de hábitos de sucção não nutritiva em crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010).....	32
Tabela 5 - Associação entre episódios diarreicos, SNN e demais variáveis em crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010-2012)	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME – Aleitamento materno exclusivo

BRISA – Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DAG – Directed Acyclic Graph (Diagrama Acíclico Direcionado)

DHS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

DP – Desvio padrão

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

HCFMRP-USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IDH – Índice de desenvolvimento humano

IC – Intervalo de confiança

LI - Limite inferior

LS – Limite superior

MDDA – Monitoramento da doença diarreica aguda

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAS - Statistical Analysis System

SMSI – Síndrome da morte súbita infantil

SNN – Sucção não nutritiva

STATA - Statistical Software for Data Science

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UPC – Unidade de pesquisa clínica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Diarreia.....	13
1.1.1 Epidemiologia da diarreia e suas consequências na saúde infantil.....	15
1.2 Sucção não nutritiva (SNN).....	17
1.3 SNN e episódios diarreicos	18
1.4 Justificativa.....	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral.....	21
2.2 Específicos	21
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	21
3.1 Tipo de estudo.....	21
3.2 Local do estudo	22
3.3 População e amostra	23
3.4 Elaboração do banco de dados.....	25
3.4.1 Critérios de inclusão	25
3.4.2 Critérios de não inclusão	25
3.5 Variáveis do estudo e métodos empregados	26
3.5.1 Variável dependente	26
3.5.2 Variáveis independentes	26
3.6 Tratamento e análise estatística dos dados	28
3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	29
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
7 CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO A	47
ANEXO B	60
ANEXO C	61
ANEXO D	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diarreia

A diarreia pode ser definida pelo aumento do número de evacuações para um determinado indivíduo, com fezes aquosas ou de consistência diminuída, sendo necessária presença de pelo menos três destes episódios diários, com a possibilidade da presença de muco e/ou sangue. Náuseas, vômitos, febre ou dor abdominal eventualmente são sintomas associados. Quando classificada como aguda, a diarreia possui duração entre 2 a 14 dias, geralmente de caráter autolimitado (UNICEF/WHO, 2009).

Na diarreia ocorre um desequilíbrio entre a absorção e a secreção de líquidos e eletrólitos sendo, constituindo-se, na maioria das vezes, em um quadro autolimitado (MORAIS et al., 2013). O tubo digestório mantém equilíbrio entre secreção e absorção de solutos através de vários mecanismos que dependem, basicamente, da integridade da unidade funcional (cripta - vilosidade) do intestino delgado e do bom funcionamento do cólon (PÉRCOPE, 2015).

O intestino grosso exerce papel muito importante nesse equilíbrio. Normalmente chegam ao ceco dos indivíduos adultos cerca de 2.500 ml de líquidos por dia. O cólon normal consegue absorver quase todo esse volume, restando nas fezes 100 ml, sem ocorrência de diarreia. Qualquer desequilíbrio nesse mecanismo pode acarretar aumento das perdas de água e eletrólitos (PÉRCOPE, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença diarreica pode ser classificada em três categorias:

1. Diarreia aguda aquosa: diarreia que pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume fluidos, podendo levar à desidratação. Pode ser causada por bactérias e vírus, na maioria dos casos. A desnutrição eventualmente pode ocorrer se a alimentação não é fornecida de forma adequada e se episódios sucessivos acontecem (UNICEF/WHO, 2005);

2. Diarreia aguda com sangue (disenteria): caracterizada pela presença de sangue nas fezes. Representa lesão na mucosa intestinal. Pode associar-se com infecção sistêmica e outras complicações, incluindo desidratação. Bactérias do gênero *Shigella* são as principais causadoras de disenteria (UNICEF/WHO, 2005);

3. Diarreia persistente: quando a diarreia aguda se estende acima de 14 dias. Pode provocar desnutrição e desidratação. Pacientes que evoluem para diarreia persistente constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada letalidade (UNICEF/WHO, 2005).

A doença diarreica na maior parte das vezes representa uma infecção do tubo digestivo por vírus, bactérias ou protozoários e tem evolução autolimitada, mas pode ter consequências graves como desidratação, desnutrição energético-proteica e óbito. Nem sempre é possível identificar o agente causador do episódio diarreico (SBP, 2017).

Diversos agentes etiológicos podem ser responsáveis pelo surgimento do quadro de gastroenterite, sendo o rotavírus o principal deles (SILVA et al., 2013; DULGHEROFF et al., 2014). Dentre os outros agentes infecciosos envolvidos como causadores de diarreia, os mais frequentes são: bactérias (*E. coli enteropatogênicos clássica*, *E. coli enterotoxigenica*, *E. coli enterohemorrágica*, *E. coli enteroinvasiva*, *E. coli enteroagregativa*, *Aeromonas*, *Pleisiomonas*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Vibio cholerae*, *Yersinia*); vírus (coronavírus, adenovírus, calicivírus e astrovírus); parasitas (*Entamoeba hstolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Isosopora*); fungos (*Candida albicans*) (SBP, 2017).

Em um estudo multicêntrico realizado na África (Quênia, Mali, Moçambique, Gâmbia) e na Ásia (Bangladesh, Índia, Paquistão) foi observado que crianças que deram entrada em centros de saúde com diarreia moderada a severa apresentaram taxas de letalidade entre 1,1 e 7,5% (KOTLOFF et al., 2013).

A ocorrência da diarreia é determinada pela suscetibilidade do organismo infantil e pelo grau de exposição aos enteropatógenos, essencialmente condicionados pelo acesso à água tratada, saneamento ambiental e estado nutricional da criança, sendo de especial relevância a prática do aleitamento materno. Destaca-se que o acesso ao saneamento e a adoção de práticas alimentares saudáveis são condicionados pela renda familiar e escolaridade materna (BENÍCIO e MONTEIRO, 2000; UNICEF/WHO, 2009).

Entre crianças menores de cinco anos de idade, há evidências de que o aleitamento materno exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida é uma intervenção fundamental para a sobrevivência infantil, conferindo proteção contra as infecções respiratórias e a diarreia aguda. (VENANCIO et al, 2010; SUWANTIKA e POSTMA, 2013).

O leite materno, pelas suas qualidades bioquímicas e nutritivas, é o melhor alimento para a criança, principalmente no seu primeiro ano de vida. O aleitamento materno exclusivo (AME) é fator de proteção para as doenças diarreicas, pois além do valor nutricional em si, apresenta-se isento de impurezas e fornece elementos de defesa contra doenças infecciosas, notadamente pela concentração de imunoglobulina (IgA); esta, ao “atapetar” o epitélio intestinal com anticorpos específicos, impede a aderência de enteropatógenos, dificultando a instalação da doença. Sabe-se que a chance de haver contaminação no preparo das mamadeiras é considerável e que o aleitamento materno exclusivo poderia, no mínimo, reduzir a exposição dessas crianças aos enteropatógenos pelas mamadeiras e pelos alimentos contaminados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

1.1.1 Epidemiologia da diarreia e suas consequências na saúde infantil

A diarreia configura-se em um dos principais agravos que acometem crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade. Isso ocorre devido a susceptibilidade da criança a esta e a outras doenças em virtude da imaturidade do seu sistema imunológico, atingindo, sobretudo, aquelas com estado nutricional comprometido (UNICEF/WHO, 2009). As crianças desnutridas têm episódios de diarreia com mais frequência e, normalmente, mais severos e prolongados. Estes, por sua vez, quando ocorrem de forma repetida, podem piorar o estado nutricional da criança acometida (UNICEF/WHO, 2009).

Em crianças menores de 5 anos de idade, a diarreia permanece junto à pneumonia e à malária entre as principais causas de morte, representando quase um terço de todos os óbitos globais da infância. Isoladamente, corresponde à quarta causa (8% dos casos) dessas mortes, ficando atrás apenas de complicações do parto prematuro (18%), pneumonia (16%) e eventos intraparto (12%) (UNICEF/WHO, 2017).

Em muitos países em desenvolvimento, a diarreia ainda representa uma ameaça significativa para a saúde e a sobrevivência dos menores de cinco anos de idade, sendo ainda um grande problema de saúde pública nesses locais (UNICEF/WHO, 2009; BÜHLER et al., 2014). Os episódios diarreicos também contribuem para uma enorme parcela da carga de doenças em todas as faixas etárias.

No Brasil, entre 2000 e 2011, foram notificados 33 milhões de casos de diarreia, sendo a maioria em menores de 1 ano de idade. No ano de 2010, mais de 850 crianças menores de 5 anos de idade morreram em decorrência de episódios diarreicos em nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As taxas de mortalidade por diarreia têm se reduzido em virtude do manejo da desnutrição infantil, suplementação alimentar adequada e promoção da amamentação (BHUTTA, 2013). No Brasil, a redução das taxas de internação e mortalidade infantil por diarreia é reflexo das medidas de saneamento básico implantadas a partir da década de 1970, às melhorias no acesso aos serviços de saúde e à introdução da terapia de reidratação oral (BENÍCIO e MONTEIRO, 2000; VICTORA, 2009; OLIVEIRA e LATORRE, 2010; BARRETO et al., 2011).

Entretanto, quando se avaliam os casos de diarreia no âmbito ambulatorial e hospitalar de várias regiões do mundo, as consultas por diarreias continuam frequentes, atingindo todas as faixas etárias (KEUSCH et al., 2006), sendo responsáveis por perdas econômicas significativas somadas ao prejuízo à saúde humana (FLECKENSTEIN et al., 2010).

De acordo com o sistema de informações hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano 2012, o Brasil registrou 186.624 internações hospitalares por diarreias de origem infecciosa presumível, com taxas (por 100.000 habitantes) variando bastante entre as regiões: 205,0 (Norte); 151,7 (Nordeste); 83,9 (Centro-oeste); 55,7 (Sul) e 43,1 (Sudeste) (SIH-SUS, 2014). Todavia, é possível que o quadro seja ainda mais grave, já que a subnotificação sugere que as estatísticas apresentadas atualmente não retratem um quadro fiel da diarreia em muitas localidades (PEREIRA e CABRAL, 2008).

A morbidade por diarreia aguda no Brasil começou a ser monitorada somente no ano de 2000, a partir da implantação do Programa de Monitoramento da Doença Diarreica Aguda (MDDA). O MDDA foi criado com a intenção de detectar precocemente surtos e alterações no ambiente/saúde da população que se expressem por mudanças nas tendências das diarreias agudas (SÃO PAULO, 2008). Entretanto, o MDDA não representa uma base sólida de dados estatísticos porque a recomendação do programa é que cada município brasileiro inclua pelo menos 30% de suas unidades de saúde no programa, ficando ao encargo do município a escolha daquelas que participarão como “sentinela” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Mesmo se considerando a subnotificação dos casos, pesquisas e trabalhos técnicos que utilizaram dados do Programa MDDA têm demonstrado que a incidência de diarreias agudas é crescente em certas localidades brasileiras (DIAS et al., 2010; COSTA, 2011; MINAS GERAIS, 2014).

O acesso à água potável e as boas práticas de higiene são altamente eficazes na prevenção de diarreia infantil. Foi demonstrado que a lavagem das mãos com sabão e água reduz a incidência de doenças diarreicas em mais de 40%, tornando esta prática uma das intervenções mais eficazes para a redução da mortalidade infantil por essa causa (UNICEF/WHO, 2009).

1.2 Sucção não nutritiva (SNN)

O hábito de sugar é a primeira atividade muscular coordenada do bebê. Existem essencialmente duas formas de sucção: a forma nutritiva, que fornece nutrientes essenciais, e a não nutritiva, a qual assegura uma sensação de calor e segurança (TURGEON-O'BRIEN et al., 1996).

A sucção nutritiva é relativa ao aleitamento materno, à alimentação de mamadeira ou a uma combinação de ambos. A sucção não nutritiva (SNN) é evocada quando a criança suga seu polegar ou outros dedos ou ainda, chupetas e/ou outros objetos. Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que fazem parte das exigências para que uma maternidade receba o título de “Hospital Amigo da Criança” pelo Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), enfatizam a não utilização de bicos e chupetas durante o período de permanência da mãe-bebê no hospital, considerando-se os efeitos prejudiciais destes utensílios sobre a amamentação (WHO/UNICEF, 1989).

A SNN inicia-se por volta da 27ª a 28ª semana de gestação (TAMEZ e SILVA, 1999) e é descrita como um padrão organizado e repetitivo de sugadas curtas e estáveis, com pausas longas ou irregulares (TIRADO et al., 1998).

A sucção de chupeta, dedos, lábios, língua e objetos é muito frequente na infância e acredita-se que tais hábitos se originem de necessidades psicológicas, carência emocional, questões culturais ou socioeconômicas (DEGAN, 2004; BERTOLDI et al., 2005; BISHARA et al., 2006; CASTILHO e ROCHA, 2009).

Dentre os principais determinantes que levam as mães a interromper precocemente o aleitamento materno estão a baixa idade e escolaridade, uso de

chupeta, parto cesariano e o aconselhamento das avós da criança para a utilização de suplementos (FRANÇA et al., 2008).

Os hábitos de sucção não nutritivos podem causar distúrbios do crescimento das estruturas dento-alveolares e, portanto, constituem um problema de saúde pública (NGOM et al., 2008). A chupeta, por exemplo, exige uma força mecânica que pode desequilibrar a musculatura, atuando sobre as bases ósseas, dentes e sobre as funções estomatognáticas. Por consequência, esses hábitos estariam ainda associados aos distúrbios articulatorios da fala (DEGAN, 2004; DEGAN e PUPPIN-RONTANI, 2004; DEGAN e PUPPIN-RONTANI, 2005; FRIAS et al., 2004; FELÍCIO, 2010; ZAPATA et al., 2010).

Franco e Gorritxo (2012), em um estudo com 225 crianças com idades entre 2 e 10 anos na Comunidade Autónoma Basca, observaram que o hábito de sucção da chupeta influencia no desenvolvimento dos dentes, sendo necessário detectar alterações precoces para evitar o estabelecimento da má oclusão dentária. Crianças que apresentam um hábito de sucção têm mais chance de ter mordida aberta anterior em sua dentição decídua do que aquelas que nunca exibiram tal comportamento (SATO et al., 2012).

1.3 SNN e episódios diarreicos

De acordo com Tomasi et al., (1994), um dos comportamentos próprios da idade que pode aumentar o risco da aquisição de episódios diarreicos por lactentes é o hábito de levar objetos à boca, muitas vezes apresentando movimentos de sucção. As SNNs podem, juntamente com cuidados de higiene precários, serem responsáveis por episódios de diarreia aguda em crianças (ORIMADEGUN e OBOKON, 2015).

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde desencorajem os pais ou responsáveis em relação a esses hábitos nos seus filhos, conscientizando-os sobre os riscos que essas crianças estão expostas, bem como orientar a higienização das chupetas e estimular a lavagem das mãos (TOMASI et al., 1994). Muitos dos agentes patogênicos implicados na etiologia das doenças prevalentes, como a diarreia aguda, entram no corpo pela via oral. Deste modo, crianças que vivem em ambientes cujas condições de higiene são precárias apresentam potencial vulnerabilidade para desenvolverem episódios diarreicos (ADANE et al., 2017) e

nesses ambientes, tal vulnerabilidade está associada, geralmente, aos hábitos de SNNs (ORIMADEGUN e OBOKON, 2015).

Em estudos observacionais, o uso de chupeta também tem sido identificado como um fator associado a menor duração do aleitamento materno, fator este de proteção contra diarreia aguda e outras doenças (VICTORA et al., 1997; HÖRNELL et al., 1999). Além disso, há evidências consistentes de que o desmame precoce entre um e 24 meses de idade é mais frequente em crianças usuárias de chupeta, quando comparadas com crianças que não possuem esse hábito (VICTORA et al., 1993; SOARES et al., 2003).

As chupetas são consideradas potenciais reservatórios de infecção, podendo afetar o sistema imunológico da criança (HESSELMAR et al., 2013). Seu uso está associado a maior incidência de doença diarreica e mortalidade infantil (DA SILVEIRA et al., 2009; MATTOS-GRANER et al., 2001); de forma adicional, o uso da chupeta está associado a um aumento da probabilidade de hospitalização e de eventos de respiração ruidosa, asma, dor de ouvido, vômitos, febre, cólicas, aftas e candidíase oral (NORTH et al., 1999).

Apesar dos riscos relacionados acima, alguns trabalhos referem benefícios ao emprego do uso de chupetas, principalmente em ambientes hospitalares. Observou-se o emprego da chupeta para estimular a sucção em crianças internadas, principalmente em prematuros (GEDERI et al., 2013), como também, para reduzir o choro e melhorar o sono (GOLDMAN, 2013). Ainda como possíveis efeitos positivos do uso de chupetas, Sexton e Natale (2009) referem a redução do risco de morte súbita nos primeiros 6 meses de vida e os efeitos analgésicos secundários ao uso de chupetas. Porém, deve ser ressaltado que nestes artigos não foram analisados os riscos relacionados ao uso de SNN.

Quaisquer que sejam as razões para os hábitos de SNNs, parece haver mais desvantagens do que vantagens nesse comportamento (TOMASI et al., 1994; ORIMADEGUN e OBOKON, 2015). Estudos mostram a ocorrência da colonização da superfície das chupetas por micróbios infecciosos, indicando um alto risco para a aquisição de infecções gastrointestinais, incluindo aquelas responsáveis por doenças diarreicas agudas (BROOK e GOBER, 1997; DA SILVEIRA et al., 2009).

Alguns destes estudos observaram uma associação entre os hábitos de sucção não nutritiva com episódios diarréicos, entretanto, outros não encontraram tal relação. Tomasi et al. (1994), em um estudo realizado em Pelotas, observou que

apesar de a grande maioria das crianças estudadas serem usuárias de chupetas, metade das quais contaminadas por coliformes fecais, os resultados não evidenciaram associações significativas entre diarreia e uso de chupetas, contaminadas ou não. Em um estudo de coorte, Sette et al. (2012) também observaram que o uso de chupetas durante a permanência no hospital não parece afetar a incidência de diarreia em bebês.

Em contrapartida, Festini et al. (2012) sugeriram que a recomendação de adiar o uso de chupeta após o primeiro mês de vida para não interferir na duração do aleitamento materno também pode ter o efeito de reduzir o risco de episódios de diarreia nos primeiros três anos de vida. Em um estudo realizado na Nigéria observou-se maior incidência de casos de diarreia aguda em crianças abaixo de 5 anos de idade que apresentavam hábitos de SNNs em relação àquelas sem esse comportamento (ORIMADEGUN e OBOKON, 2015).

1.4 Justificativa

Há poucos trabalhos na literatura científica que estudam a associação das SNNs com os episódios diarreicos; além disso, os poucos estudos realizados apresentaram resultados controversos. Dessa forma, mais pesquisas são necessárias para esclarecer a real associação entre as sucções não nutritivas e os episódios diarreicos. Além disso, há de ser ressaltado que a diarreia ainda é uma das principais causas de mortalidade infantil entre crianças abaixo de 2 anos de idade.

Diante do exposto acima, foi levantada a hipótese de que hábitos de SNNs estão associados a uma maior incidência de episódios diarreicos em lactentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a frequência de hábitos de sucção não nutritivos e a sua associação com episódios diarreicos em uma coorte de lactentes.

2.2 Específicos

- Determinar a frequência de hábitos de SNN (uso de chupeta e hábito de chupar o dedo) no segundo e terceiro ano de vida em uma coorte de nascimentos da cidade de Ribeirão Preto - SP.
- Determinar a frequência de episódios diarreicos no segundo e terceiro ano de vida em uma coorte de nascimentos da cidade Ribeirão Preto - SP.
- Estudar a associação de hábitos de SNN (uso de chupeta e hábito de chupar o dedo) com episódios diarreicos em lactentes no segundo e terceiro ano de vida em uma coorte de nascimentos da cidade Ribeirão Preto - SP.
- Estudar a influência de variáveis de confusão na associação entre as SNN e os episódios diarreicos em lactentes no segundo e terceiro ano de vida em uma coorte de nascimentos da cidade de Ribeirão Preto - SP.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipo de estudo

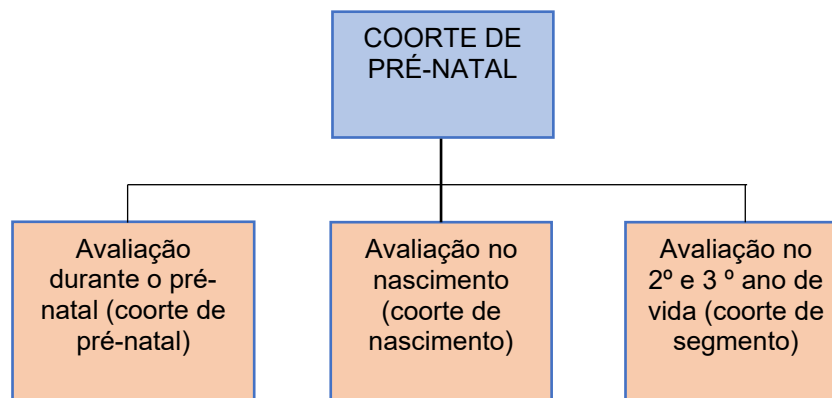
Caracteriza-se como um estudo transversal, descritivo, observacional e analítico, inserido em uma coorte de nascimento denominada “fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras”, denominado Projeto *Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort* (BRISA), cujo processo encontra-se registrado na Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), sob o nº. 08/53593-0.

Este estudo tem como finalidade principal avaliar novos fatores de risco para prematuridade (hipóteses neuroendócrina, imuno-inflamatória e de intervenção

médica) e o seu impacto sobre o crescimento, além de estudar indicadores de saúde perinatal, em duas coortes nas cidades de Ribeirão Preto (SP) e São Luís (MA).

Os indivíduos inseridos no projeto BRISA de interesse para esse estudo foram avaliados em três momentos. O primeiro momento da avaliação ocorreu durante a gestação, entre as 22^a e 25^a semanas de gravidez, em uma coorte de conveniência de gestantes, denominada *coorte de pré-natal*; o segundo momento, ocorreu por ocasião do nascimento e finalmente, o terceiro, durante o segundo e terceiro ano de vida das crianças (Figura 1).

Figura 1. Organograma do projeto “Sucção não nutritiva e episódios diarreicos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010” (inserido no estudo “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras” – projeto BRISA).



Fonte: Pesquisa, 2018.

3.2 Local do estudo

No presente trabalho, a população estudada é proveniente da cidade de Ribeirão Preto, que está localizada na região nordeste do Estado de São Paulo, Sudeste do Brasil. É uma das cidades mais desenvolvidas do país, com 99% das residências abastecidas por água encanada e esgotos sanitários. Sua principal atividade econômica é a agroindústria da cana-de-açúcar, além de comércio e serviços. Constitui-se, ainda, em um centro universitário regional por excelência (BETTIOL, et al. 1998; BARBIERI, et al., 2006).

O município de Ribeirão Preto tem uma população estimada em 694.534 habitantes e apresenta uma densidade demográfica de 928,92 hab/km² (IBGE,

2018). O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,800, estando na 22ª posição dentro do Estado de São Paulo nesse quesito (PNUD, 2010).

3.3 População e amostra

A população participante do presente projeto é constituída pelas crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA e que foram reavaliadas no segundo e terceiro ano de vida no município de Ribeirão Preto (SP). Na coorte de pré-natal as mulheres foram recrutadas em unidades básicas de saúde do distrito Oeste e em clínicas de ultrassonografias (amostra de conveniência) onde realizavam seu pré-natal, no primeiro trimestre de gestação, bem como por telefone e carta.

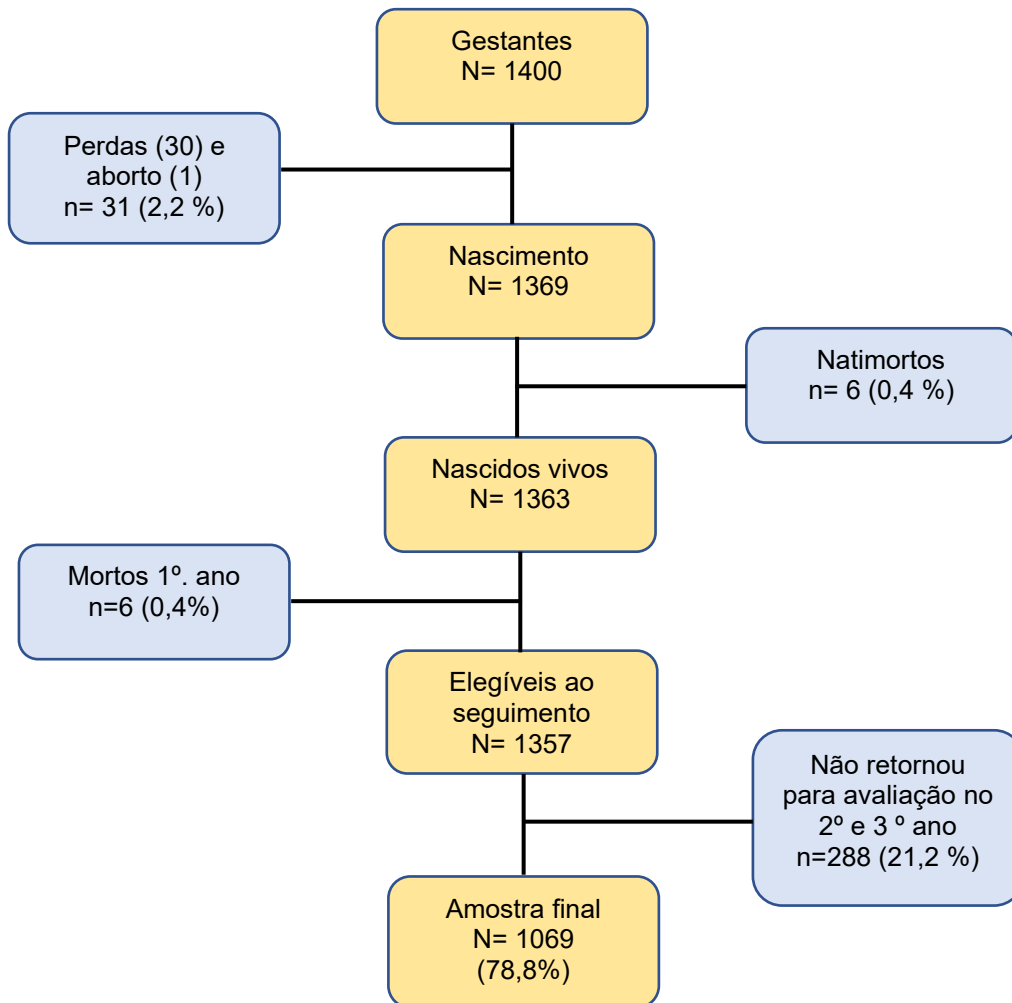
Nesse momento foi agendada uma consulta de pré-natal, a qual foi realizada no 5º mês de gravidez (entre 22ª e 25ª semanas de gestação), na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Nessa consulta as gestantes foram entrevistadas por meio de um questionário padronizado e realizavam consulta ginecológica e coleta de exames. O período de coleta desses dados foi compreendido entre 27 de fevereiro de 2010 e 12 de fevereiro de 2011; 1259 consultas foram realizadas em 2010 e 141, em 2011, totalizando 1400 gestantes.

As gestantes agendadas compareceram à UPC uma única vez, onde permaneceram em torno de 4 horas para avaliação completa. No momento desta entrevista as mulheres receberam um cartão/diploma de identificação com um número para apresentarem na maternidade por ocasião do parto, quando elas e seus recém-nascidos foram novamente contatados e avaliados. Foram estudados os recém-nascidos cujos partos ocorreram em oito maternidades da cidade: Hospital AMICO – Ribeirânia, HCFMRP-USP, Hospital São Lucas, Hospital Santa Lydia, Hospital Santa Casa, Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (Mater), Hospital Sinhá Junqueira e Hospital São Paulo.

Das 1400 gestantes recrutadas, trinta e uma não foram acompanhadas ao nascimento devido a abortos ou mudanças de localidade, resultando em 1369 nascimentos. Destes 1369 nascimentos, 821 ocorreram em 2010 e 548 em 2011, dos quais 6 (0.4%) foram natimortos. Entre os nascidos vivos (1.363), 6 (0.4%) morreram no primeiro ano, ficando assim um potencial de 1357 vivos a partir do

segundo ano. Devido a não localização de algumas crianças e ao não comparecimento da mãe ou responsável à avaliação durante o segundo e terceiro ano de vida, a amostra final do presente estudo foi de 1.069 indivíduos (Figura 2).

Figura 2 - Amostra final do estudo.



Fonte: Pesquisa, 2018.

Durante o período do estudo, de 08 de abril de 2010 a 28 de junho de 2011, todos os dias, uma equipe de entrevistadores percorria estas maternidades entrevistando as puérperas, e complementando as informações sobre os recém-nascidos, com a coleta nos prontuários médicos.

Na avaliação durante o segundo e terceiro ano de vida das crianças, a equipe do projeto BRISA entrou em contato com as mães ou outros responsáveis por meio de contato telefônico para agendamento das entrevistas em locais pré-estabelecidos. Para as mães ou responsáveis que não queriam ou que estavam

impossibilitados de comparecer ao local estabelecido, a entrevista e a aplicação dos questionários ocorriam nos domicílios dos mesmos. Nesta fase foi realizada uma nova avaliação através de questionários aplicados por entrevistadores, previamente treinados e respondidos pelas mães ou outro responsável pela criança.

3.4 Elaboração do banco de dados

No projeto BRISA estabeleceu-se um plano de codificação, sendo desenvolvido um manual que transformou todas as variáveis-respostas dos questionários (anexo A) em uma classificação numérica para digitação no banco de dados. Os questionários foram codificados e digitados no banco de dados por pessoas treinadas e capacitadas, em duplicata.

A codificação foi conferida pela supervisora de campo por técnica de amostragem (10% do total das fichas) para detecção de erros sistemáticos nessa fase do processo. O banco de dados foi criado em MS-Access 2010. Todas as variáveis que compõem o banco passaram por testes de consistência na entrada da digitação dos dados.

3.4.1 Critérios de inclusão

Todos os nascidos vivos das mães pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA residentes no município de Ribeirão Preto (SP).

3.4.2 Critérios de não inclusão

Foram excluídas do estudo as crianças cujas mães ou responsáveis não participaram da coleta de dados no segundo e terceiro ano de vida do projeto BRISA e/ou cujos pais ou responsáveis legais não permitiram a sua participação na pesquisa.

3.5 Variáveis do estudo e métodos empregados

3.5.1 Variável dependente

A variável dependente foi a diarreia, relatada nos últimos 15 dias anteriores a entrevista, categorizada em sim ou não. Importante esclarecer que, aqui não foi avaliado o tempo de duração da diarreia e se houve outros episódios.

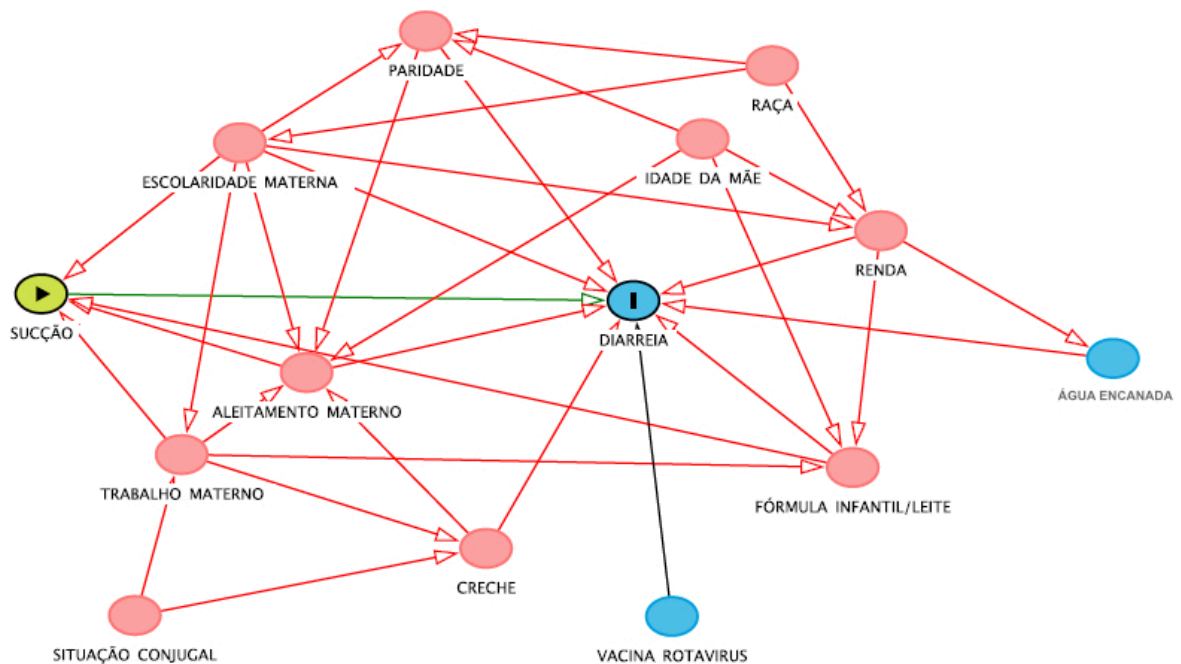
3.5.2 Variáveis independentes

Dentre as variáveis independentes destacam-se as seguintes:





- Hábito de sucção não nutritiva (uso de chupeta e/ou hábito de chupar dedos pela criança): categorizada em sim chupa atualmente, não parou e nunca chupou;
- Aleitamento materno exclusivo (AME): duração em meses. Para a análise estatística, categorizou-se a variável em três grupos: < 1 mês, ≥ 1 e <4 meses e ≥ 4 meses;
- Escolinha/creche: frequenta escolinha ou creche (sim/não);
- Paridade: categorizada por número de filhos (foram considerados somente os que residiam com a mãe);
- Situação conjugal materna: categorizada em “com companheiro” (casada ou união consensual) e “sem companheiro” (solteira, separada/divorciada ou viúva);
- Trabalho materno remunerado: categorizado em sim ou não;
- Condições socioeconômicas: renda familiar mensal (em salários mínimos);
- Escolaridade materna: categorizados em ensino fundamental, ensino médio, nível superior completo ou incompleto;
- Idade materna: em anos;
- Cor da pele materna (etnia): categorizada em etnia branca; preta/negra; parda/mulata/morena; amarelo/oriental;
- Vacina/Rotavírus: sim ou não;
- Água encanada: categorizado em sim ou não;
- Fórmula/leite: idade (em meses) em que foi introduzida a fórmula infantil/leite na alimentação do lactente;
- Sexo da criança: masculino e feminino;
- Idade da criança: em meses.

Para análise da hipótese levantada e para se atingir os objetivos propostos, construiu-se um modelo teórico com base nas variáveis relacionadas às questões de interesse e discutidas na literatura científica. Consecutivamente, as variáveis selecionadas foram analisadas através de um Diagrama Acíclico Direcionado (“*Directed Acyclic Graph*” - DAG), conforme figura 3.

Figura 3 - Gráfico acíclico direcionado (DAG) construído para o estudo.



Fonte: DAGitty (2018).

-  Variável de desfecho;
-  Variável de exposição;
-  Variável relacionada ao desfecho;
-  Variável relacionada à exposição e ao desfecho.

A partir do DAG construído para o estudo (figura 3), as variáveis indicadas e utilizadas para a análise estatística no presente estudo foram: aleitamento materno, creche/escola, escolaridade materna, idade materna, cor da pele materna, uso de fórmula infantil/leite, paridade, renda familiar e trabalho materno.

Os DAGs são diagramas causais que permitem aos pesquisadores visualizarem a pergunta da pesquisa, visando estabelecer pressupostos causais

entre variáveis, definindo ainda um conjunto mínimo de variáveis para estimar o efeito da exposição no desfecho, controlando dessa forma, o confundimento e evitar ajustes desnecessários (GREENLAND et al., 1999).

Enfim, os DAGs permitem a identificação de variáveis “reais” de confusão e a eliminação de outras, que não causarão efeito no desfecho final do estudo. Dessa forma, os DAGs auxiliam nas decisões sobre o condicionamento das variáveis, visando, portanto, um maior controle dos fatores de confusão na associação entre a exposição e o desfecho.

3.6 Tratamento e análise estatística dos dados

O tamanho amostral foi calculado baseado nas prevalências relatadas das variáveis explanatórias que são objeto de estudo do grande projeto, as quais variam de 10 a 50%. Desta forma, considerando-se uma taxa de prematuridade de 12%, pretendeu-se recrutar inicialmente 1.500 mulheres na cidade de Ribeirão Preto. Durante a pesquisa observou-se que houve uma diminuição da taxa de prematuridade ficando em torno de 9%, sendo, portanto, realizado um ajuste no tamanho amostral, a qual ficou efetivamente constituída por 1.400 gestantes.

Após análise do cálculo do tamanho amostral do presente estudo (SNN), foi observado uma confiabilidade de 99%, com uma margem de erro de 3,9%. Para a caracterização da amostra de estudo, foi realizada a descrição das variáveis a partir da determinação de medidas de tendência central (média e/ou mediana) e de dispersão (desvio padrão), além de valores percentuais.

A análise de associação entre as variáveis independentes (SNN, aleitamento materno, creche, escolaridade materna, idade materna, cor da pele materna, uso de fórmula infantil/leite, paridade, renda familiar e trabalho materno) e a variável dependente (diarreia) foi realizada através de modelos de regressão log-binomiais. Riscos relativos brutos foram calculados para todas as variáveis para se verificar possíveis associações com os episódios diarreicos.

Para as análises estatísticas dos dados foram utilizados os *softwares* *Statistical Analysis System (SAS) 9.4* e *Statistical Software for Data Science (STATA®) 13*.

3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Em cumprimento à Resolução Nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o presente projeto foi enviado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

Levando-se em consideração que o projeto BRISA já foi analisado e aprovado pelo CEP do HCFMRP-USP, cujo processo encontra-se devidamente registrado sob o nº. 11157/2008 (anexo B), e que o presente estudo utilizou dados já coletados mediante consentimento prévio dos participantes da pesquisa, foi solicitado a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e Termo de Compromisso de Utilização de Dados (anexo C), sendo a sua realização aprovada em 30/7/2018 (CAAE: 91502618.5.0000.5440; Número do Parecer: 2.790.349; anexo D).

Atendendo ainda aos aspectos éticos e legais da pesquisa, foram adotadas todas as normas dispostas no manual de diretrizes para apresentação de dissertações e teses da Universidade de São Paulo - USP (2016), baseado nas normas preconizadas e exigidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no que se refere aos direitos autorais das publicações consultadas, sendo devidamente referenciadas, respeitando, portanto, a lei de direitos autorais.

4 RESULTADOS

Das 1.400 mães inicialmente recrutadas, 30 não compareceram à consulta no período estipulado (entre as 22^a e 25^a semanas) e uma sofreu aborto. Dentre as 1.369 mulheres e seus pares elegíveis na coorte de pré-natal, completaram as três etapas do estudo 1.069 crianças, totalizando 76,4% da amostra inicial.

Em decorrência do fato de que nem todas as perguntas foram respondidas durante as entrevistas pelos participantes, o número amostral oscilou entre as variáveis selecionadas.

Tabela 1 - Características socioeconômicas das mães pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010).

Características	Maternas
Cor da pele/etnia	n (%)
Branca	565 (53,3%)
Preta/negra	118 (11,1%)
Parda/mulata/morena	373 (35,2%)
Amarelo/oriental	5 (0,4%)
Idade	(anos)
Média	26,4
Mediana	26,0
DP	6,1
Situação conjugal	n (%)
Com companheiro	910 (85,2%)
Sem companheiro	158 (14,8%)
Quantidade de filhos (residem)	n (%)
1 a 2	466 (43,6%)
3 a 4	45 (4,2%)
5 ou mais	2 (0,2%)
Não relatado	556 (52,0%)
Atividade remunerada	n (%)
Sim	649 (60,7%)
Não	420 (39,3%)
Escolaridade	n (%)
Ensino Fundamental	291 (27,3%)
Ensino médio	687 (64,4%)
Superior incompleto	39 (3,6%)
Superior completo	50 (4,7%)
Renda familiar	Salário mínimo
Média	3,5
Mediana	2,8
DP	2,5
Água encanada	n (%)
Rede pública/água encanada	1.370 (97,9%)
Poço artesiano	6 (0,4%)
Poço/cacimba	2 (0,1%)
Rio/riacho/lagoa	18 (1,3%)
Não sabe	9 (0,3%)

DP = desvio padrão.

Fonte: Pesquisa, 2018.

Conforme demonstrado na tabela 1, dentre as mães que concluíram o presente estudo, a idade média foi de 26,4 anos (DP = 6.1), sendo que a maioria pertencia à raça branca (53,3%), viviam com seus parceiros (85,2%) e exerciam atividade remunerada (60,7%). A renda média familiar mensal foi de 3,5 salários mínimos (DP = 2,5), correspondendo a média dos salários mínimos entre 2010 a 2012.

A maioria das mães (64,4%) concluiu somente o ensino médio e 27,3% somente o ensino fundamental. Das mães que responderam em relação ao número de filhos, a maioria tinha em média até 2 filhos (43,6%). A maioria das casas (97,9%) possuía água encanada.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010).

Características	Crianças
Idade no seguimento	(meses)
Média	22,6
Mediana	22,5
DP	3,4
Sexo	n (%)
Masculino	527 (49,4%)
Feminino	541 (50,6%)
Frequenta escola/creche	n (%)
Sim	508 (47,5%)
Não	561 (52,5%)
Duração do AME	(meses)
Média	3,7
Mediana	4,0
DP	2,3
Idade de introdução de leite/ Fórmula	(meses)
Média	3,8
Mediana	4,0
DP	2,4
Vacina – rotavírus	n (%)
Sim	951 (89,0%)
Não	118 (11,0%)

DP = desvio padrão; AME = aleitamento materno exclusivo.

Fonte: Pesquisa, 2018.

De acordo com a tabela 2, 49,4% (527/1069) das crianças eram do sexo masculino e 50,6% (541/1069), do sexo feminino. Durante a terceira etapa do estudo (etapa de seguimento), a idade média foi de 22,6 meses (DP = 3,4) e a mediana, 22,5 meses. Os lactentes que frequentavam escola/creche correspondiam a 47,5% (508/1069). A duração média do AME foi de 3,7 meses (DP = 2,3). A idade média de introdução de fórmulas infantis e leites foi de 3,8 meses (DP = 2,4). Em relação à vacina contra rotavírus, 951 das crianças receberam a vacina (89,0%).

Tabela 3 - Número de casos de diarreia nos 15 dias precedentes à entrevista em crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010).

Diarreia	n (%)
Sim	191 (17,9%)
Não	878 (82,1%)

Fonte: Pesquisa, 2018.

Segundo demonstrado na tabela 3, das crianças analisadas, 191 (17,9%) apresentaram episódios de diarreia nos 15 dias anteriores à entrevista, porém, não havia registros sobre o tempo de doença.

Tabela 4 - Características de hábitos de sucção não nutritiva em crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010).

Hábito de chupar chupeta	n (%)
Sim, chupa atualmente	440 (41,2%)
Não, parou de chupar	78 (7,3%)
Nunca chupou	551 (51,5%)
Hábito de chupar dedo	n (%)
Sim, chupa atualmente	52 (4,9%)
Não, parou de chupar	36 (3,4%)
Nunca chupou	981 (91,7%)

Fonte: Pesquisa, 2018.

Segundo os resultados que podem ser visualizados na tabela 4, em relação a SNN 41,2% (440/1069) das crianças ainda chupavam chupeta durante a entrevista e 4,9% (52/1069) chupavam o dedo (sete crianças chupavam tanto o dedo como chupeta, 0,7%). Porém, em relação ao segundo e terceiro ano de vida 56,7% (606) das crianças apresentaram SNN em algum momento deste período. Porém, ao fato de ter detectado somente os casos de diarreia que ocorreram nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista, só foram consideradas para análise as crianças que ainda estavam chupando chupeta ou dedo atualmente. Para análise de associação, as crianças que sugavam chupeta e dedo ao mesmo tempo foram consideradas como somente um indivíduo.

Na tabela 5, apresenta-se a associação entre episódios diarreicos nos 15 dias precedentes à entrevista e SNN, bem como as demais variáveis em lactentes no segundo e terceiro ano de vida pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA de Ribeirão Preto. Após a análise, não foram observadas associações entre a presença de SNN e episódios diarreicos nos lactentes estudados.

Tabela 5 - Associação entre episódios diarreicos, SNN e demais variáveis em crianças pertencentes à coorte de pré-natal do projeto BRISA (Ribeirão Preto, 2010-2012).

	N (%) (n=1069)		RR (IC 95%) Bruto		RR (IC 95%) Ajustados		P
	Sim	Não	LI	LS	LI	LS	
	191 (17,9)	878 (82,1)					
Sucção			1.1 (0.8 1.4)		0,592	-- --	--
Sim	90 (47,1)	395 (45,0)					
Não	101 (52,9)	483 (55,0)					
AME acima de 4 meses			1.1 (0.8 1.4)		0,653	-- --	--
Sim	110 (57,6)	490 (55,8)					
Não	81 (42,4)	388 (44,2)					

Uso de fórmula antes de 6 meses			0.9 (0.7 1.2)	0,445	-- --	--
Sim	146 (76,4)	694 (79,0)				
Não	45 (23,6)	184 (21,0)				
Etnia			1.1 (1.0 1.2)	0,076	1.0 (1.0 1.2)	0,273
Branca	92 (48,2)	473 (54,0)				
Preta	24 (12,6)	94 (10,7)				
Parda	72 (37,7)	301 (34,3)				
Amarelo	--	5 (0,5)				
Indígena	--	--				
Não relatado	3 (1,5)	5 (0,5)				
Quant. de filhos que residem com a mãe			1.0 (1.0 1.0)	0,679	-- --	--
1-2	84 (44,0)	382 (43,5)				
3-4	5 (2,6)	40 (4,6)				
5-6	--	2 (0,2)				
Não relatado	102 (53,4)	454 (51,7)				
Atividade remunerada			1.1 (0.8 1.4)	0,517	-- --	--
Sim	112 (58,6)	537 (61,2)				
Não	79 (41,4)	341 (38,8)				
Renda total			1.0 (1.0 1.0)	0,005	0.9 (0.9 1.0)	0,005
<2 salários mínimos	93 (48,7)	358 (40,8)				
2-4 salários mínimos	47 (24,6)	250 (28,5)				
4-6 salários mínimos	9 (4,7)	52 (5,9)				
>6 salários mínimos	2 (1,0)	23 (2,6)				
Não relatado	40 (21,0)	195 (22,2)				
Idade da mãe			1.0 (0.9 1.0)	0,007	1.0 (0.9 1.0)	0,035
<20 anos	33 (17,3)	105 (12,0)				
20-30 anos	127 (66,5)	553 (63,0)				
30-40 anos	29 (15,2)	204 (23,2)				
>40 anos	2 (1,0)	16 (1,8)				
A criança vai à escola ou creche			0.7 (0.5 0.9)	0,002	0.7 (0.5 0.9)	0,015
Sim	111 (58,1)	397 (45,2)				
Não	80 (41,9)	481 (54,8)				
Escolaridade materna			0.8 (0.5 1.1)	0,446	-- --	--
Ensino fundamental	41(21,5)	250 (28,5)				
Ens. méd./Sup. Inc.	141 (73,8)	585 (66,6)				
Superior completo	7 (3,7)	43 (4,9)				
Não relatado	2 (1,0)	--				

AME = aleitamento materno exclusivo; Ens. Méd. = ensino médio; Sup. Inc = superior incompleto; LI = limite inferior; LS = limite superior; IC 95% = intervalo de confiança de 95%. p= probabilidade de significância.

Fonte: Pesquisa, 2018.

Mesmo não se observando associação entre a presença de SNN e episódios diarreicos nos lactentes estudados, é importante ressaltar que, após análise das outras variáveis demonstradas na tabela 5, observou-se que crianças que não frequentavam creche apresentaram menor número de episódios diarreicos.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou estudar a associação entre SNN e episódios diarreicos. Foi observado que mais da metade das crianças estudadas apresentaram SNN – em especial, o uso de chupetas -, durante algum momento nos três primeiros anos de vida; 45,4% das crianças estudadas apresentavam SNN no momento da entrevista. Esses dados demonstram uma prática ainda muito frequente entre as mães em relação aos hábitos de seus filhos.

Vários estudos observaram taxas elevadas de SNN entre crianças, alguns com números muito semelhantes ao presente estudo. Na última pesquisa nacional brasileira, realizada no ano de 2008, observou-se uma redução no uso de chupetas de 57,7% em 1999 para 42,6% naquele ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em um estudo realizado no Hospital Amigo da Criança de Porto Alegre, que desestimula essas práticas, verificou-se que 61,6% das crianças nascidas naquele estabelecimento já usavam chupeta no primeiro mês de vida (SOARES et al., 2003). Em um estudo mais recente realizado na mesma capital foi observada uma taxa de SNN em 52,5% em crianças acompanhadas de zero a 6 meses de idade, sendo percebida uma queda lenta nas taxas ao longo dos anos (GIUGLIANI et al., 2019).

No âmbito internacional, estima-se que dois terços das mães irão oferecer chupetas aos seus filhos em algum momento do primeiro ano de vida (VOGEL et al., 2001). Joyner et al. (2016) em um estudo qualitativo com pais afro-americanos, observou taxas bem mais elevadas (72,3%) de SNN nos lactentes durante a entrevista.

Foi observada, no presente estudo, uma frequência elevada de episódios diarreicos entre os lactentes (18%). No entanto, não foi encontrada associação entre SNN e episódios diarreicos. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado em bairros pobres do município de Pelotas (RS); neste estudo, apesar de coliformes fecais estarem presentes em metade das chupetas testadas, também não

se encontrou associação entre o uso da chupeta, e os episódios diarreicos na comunidade (TOMASI et al., 1994).

Em outro estudo de coorte realizado em um hospital na cidade de Recife (PE), os pesquisadores também não observaram associação entre o uso de chupeta e a ocorrência de diarreia nosocomial, apesar da maioria das crianças estudadas apresentarem tal hábito (SETTE et al., 2012). Porém, em um estudo transversal realizado na Nigéria, Orimadegun e Obokon (2015) observaram maior frequência de diarreia aguda no grupo de SNN do que naquele que não apresentava estes hábitos.

O fato de se ter avaliado apenas os 15 dias anteriores à entrevista e eventuais vieses de memória dos responsáveis pelos lactentes podem ajudar a explicar o porquê do presente estudo não ter encontrado associação entre as SNNs e os episódios diarreicos; além disso, outros fatores de risco para a diarreia podem ter contribuído para esse achado (ausência de associação entre SNN e episódios diarreicos) já que se observou uma elevada prevalência de diarreia (18%) no grupo estudado.

Ao lado da SNN, o presente trabalho investigou a possível influência de outras variáveis na ocorrência de diarreia na população estudada.

Em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME), observou-se que a média da duração foi menor do que é preconizado pela OMS, que é de seis meses. A duração média do AME foi de 3,7 meses, com mediana de 4 meses, o que coincidiu com época da introdução de leite e ou fórmula infantil; entretanto, não foi observado associação da duração do AME com diarreia. Raheem et al. (2017), em um estudo de coorte acompanhando 458 crianças desde o nascimento, observou que o risco de diarreia é significativamente reduzido nas crianças amamentadas ao seio, quando comparado com aqueles que não mamaram, mesmo quando os bebês foram parcialmente amamentados por seis meses. Tal fenômeno não foi observado no presente estudo. Vieses de memória dos responsáveis em relação à duração do aleitamento materno no momento da entrevista, exposição a alguns fatores de risco à diarreia não explorados pela pesquisa e o fato de termos analisado a presença de episódios diarreicos apenas nos 15 dias precedentes podem ajudar a explicar tal achado no presente estudo.

Lamberti et al. (2011), em trabalho de revisão sistemática de toda a literatura publicada de 1980 a 2009 que avaliou o papel da duração da amamentação menor que a considerada ideal como fator de risco para diarreia, observaram que entre os

bebês de zero e cinco meses de idade, a manutenção do AME durante os primeiros seis meses de vida constituiu-se em intervenção fundamental para a sobrevivência da criança. Além disso, foi encontrado que, entre bebês e crianças acima dos seis meses de idade, a amamentação continuada foi importante como uma intervenção crítica para proteger contra a morbimortalidade específica da diarreia durante os primeiros dois anos de vida.

Importante ressaltar que nos “10 passos para uma alimentação saudável” o hábito de SNN constitui-se em um dos principais fatores que pode influenciar para o desmame precoce (WHO/UNICEF, 1989). Porém, tal associação não foi analisada no estudo atual.

No contexto da pesquisa realizada em Ribeirão Preto, faz-se necessário também destacar que 99% das casas apresentam saneamento básico e água tratada, o que contribui para a diminuição não só de casos de diarreia, como de várias doenças. O tratamento da água, dos dejetos e a vacinação, dentre outras medidas, colaboraram para o declínio da diarreia em todo o mundo. Em um estudo baseado em revisão bibliográfica, Cairncross et al. (2010), propõem reduções no risco de diarreia de 48%, 17% e 36%, associadas respectivamente, à lavagem das mãos com sabão, melhoria da qualidade da água e descarte de excretas, observando forte evidência para apoiar o fornecimento de água, saneamento e higiene para todos. Em um estudo transversal realizado na Etiópia, Azage et al. (2016) observaram incidência elevada de diarreia, principalmente nas famílias com renda menores, e conseqüentemente, com redes de esgotos e tratamento de água inadequados. Em nosso estudo também não foram observadas diferenças entre as prevalências de diarreia nas diferentes faixas de renda.

Outro fato importante dessa pesquisa é que 89% das crianças receberam vacina contra o rotavírus. Um estudo sobre o impacto da adoção da vacina no Brasil, apresentado por Do Carmo et al. (2011), evidenciou uma redução de 40 mil hospitalizações e declínio de 22% na mortalidade por diarreia aguda entre crianças menores de cinco anos de idade (ano base de 2009), com cerca de 200 mortes evitadas. Em um trabalho realizado no México observou-se uma redução de 53% na mortalidade e de 47% nas hospitalizações relacionadas a diarreia nos anos pós-vacinais em crianças menores de cinco anos de idade (SÁNCHEZ-URIBE et al., 2016)

Na presente pesquisa, as crianças que não frequentavam creche e/ou escolas apresentaram significativamente uma menor frequência de diarreia do que as que frequentavam tais instituições. Louhiala et al. (1997), em um estudo de coorte realizado na Finlândia, observou que crianças que já frequentavam creches tinham até 20% mais chances de ter diarreia quando comparada com aquelas que ainda não estavam institucionalizadas, principalmente na faixa etária de 1 a 2 anos. Ejemot-Nwadiaro et al. (2015), em um estudo de revisão bibliográfica observou que o emprego da lavagem das mãos corretamente, provavelmente, reduziria os episódios de diarreia em creches infantis em cerca de 30%. No presente estudo, uma menor exposição a agentes infecciosos pode explicar a observação de que crianças que não frequentavam creches apresentaram menor frequência de diarreia. Em uma revisão bibliográfica, Pedraza (2017) concluiu que as infecções respiratórias e parasitárias constituem problemáticas importantes nas crianças institucionalizadas em creches. Tal fato pode estar relacionado a características biológicas inerentes à criança (idade), assim como a aspectos relacionados à creche (aglomeração e condições higiênicas) e às condições socioeconômicas das famílias (renda familiar e a escolaridade materna).

No presente estudo observou-se que a maioria das mães (64,4%) possuíam o ensino médio, enquanto 27,3% possuíam apenas o ensino fundamental; entretanto, não encontramos associação entre essa variável e os episódios diarreicos. Pesquisas revelam que o baixo nível de escolaridade materna, contribui para um maior número de casos de diarreia. Em um estudo transversal realizado em Benishangul Gumuz, região noroeste da Etiópia, Mihret, et al. (2014), encontraram que filhos de mães sem instrução eram os mais vulneráveis à diarreia, principalmente na ausência de instalações sanitárias. Alebel, et al. (2018), em um estudo que envolveu revisão sistemática e metanálise sobre a prevalência e os determinantes da diarreia entre crianças menores de cinco anos de idade na Etiópia, também observaram que a baixa escolaridade materna influenciava no aumento dos casos da doença. Em nosso estudo, grande parte (três quartos) das mães apresentava boa escolaridade (ao menos ensino médio completo), o que pode ter contribuído para que não encontrássemos associação entre essa variável e a frequência de episódios diarreicos; além disso, novamente, o fato de termos verificado a presença de diarreia somente nos 15 dias precedentes à entrevista também pode explicar esse achado.

Em nosso estudo, a maior parte das mães (60,7%) exerciam atividade remunerada fora de casa; entretanto, não foi observada associação entre essas atividades e diarreia. Pinzón-Rondon et al. (2015), observaram que filhos de mães que trabalhavam fora tinham 14% mais chance de ter diarreia do que aqueles cujas mães não trabalhavam. Apesar de, aparentemente, não exercerem atividades com grande remuneração (mais de 50% das famílias recebiam até três salários mínimos), a maior parte das mães possuía média escolaridade, o que poderia “proteger” as crianças do presente estudo de fatores de risco para o desenvolvimento de diarreia; assim, tal característica poderia explicar o fato de não termos observado associação entre o trabalho externo materno com os episódios diarreicos das crianças em nosso estudo.

No presente estudo não foi observada associação entre idade materna e diarreia. Pinzón-Rondon et al. (2015) realizando uma análise multinível de dados do Banco Mundial e das Pesquisas Demográficas e de Saúde, observou que mães mais jovens (abaixo de 20 anos de idade) relataram diarreia com mais frequência do que as mais velhas. Em nossa pesquisa 87% das mães tinham mais de 20 anos de idade no momento da entrevista, o que pode ter contribuído para que não encontrássemos tal associação.

O presente trabalho apresenta algumas limitações. Pelas características intrínsecas de um estudo transversal, as relações entre causa e efeito (SNN e episódios diarreicos) podem não ter sido detectadas. A população estudada limitou-se a uma amostra local, o que não garante sua reprodutibilidade e generalização de resultados para outras situações socioeconômicas e culturais. Como todo estudo que se utiliza de questionários/entrevistas, a possibilidade de viés de memória é sempre possível, embora a informação coletada tenha ocorrido durante ou logo após a exposição. As “características” das SNNs, ou seja, a frequência e o tempo de exposição ao hábito, não foram abordados no estudo, o que poderia influenciar no risco do desenvolvimento de episódios diarreicos. É importante ainda levar em consideração que, no grupo estudado, havia crianças com diferentes idades dentro do segundo e terceiro anos de vida, o que poderia influenciar na susceptibilidade da aquisição de episódios infecciosos, dentre eles, a diarreia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de uma frequência importante das crianças estudadas apresentarem SNN, os resultados não evidenciaram associações significativas entre diarreia e uso de chupetas e/ou chupar o dedo. No entanto, é importante a apresentação de novos estudos para um melhor entendimento da influência das SNNs nos episódios diarreicos, mesmo diante das campanhas da OMS que desestimulam o uso de chupetas. As SNNs, aliadas aos cuidados de higiene precários, podem elevar ainda mais o risco de desenvolvimento de episódios diarreicos em crianças.

Apesar do presente estudo não ter encontrado uma associação entre SNN e diarreia, seria desejável que os profissionais de saúde continuem a desencorajar os pais ou responsáveis em relação a esses hábitos, a fim de se evitar prováveis problemas odontológicos a que essas crianças estão expostas, dentre outras patologias. Essas orientações devem ser ainda mais reforçadas se a amamentação ao seio ainda não estiver bem estabelecida.

7 CONCLUSÕES

- 1) Foi observada uma elevada frequência de SNN na população estudada, sendo o uso da chupeta mais comum que o hábito de chupar o dedo.
- 2) Foi encontrada uma elevada prevalência de diarreia na população estudada.
- 3) Não foi observada associação entre SNN e diarreia.
- 4) Crianças que não frequentavam creche tiveram, de forma significativa, menor frequência de diarreia em comparação àquelas que frequentavam tais instituições.

REFERÊNCIAS

- ADANE, M.; MENGISTIE, B.; KLOOS, H.; MEDHIN, G.; MULAT, W. **Sanitation facilities, hygienic conditions, and prevalence of acute diarrhea among under-five children in slums of Addis Ababa, Ethiopia: Baseline survey of a longitudinal study.** In: PLoS One, v.12, n. 8, aug, 30, 2017.
- ALEBEL A.; TESEMA C.; TEMESGEN B.; GEBRIE A.; PETRUCKA P.; KIBRET G.D. **Prevalence and determinants of diarrhea among under-five children in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis.** PLoS One. Jun 28;13(6), 2018.
- AZAGE, M.; KUMIE, A.; WORKU, A.; BAGTZOGLU, A.C. **Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling.** In: J. Health Popul Nutr., v.35, n.13, 2016.
- BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; SILVA, A.A.; CARDOSO, V. C., SIMÕES, V. M.; GUTIERREZ, M.R. et al. **Health in early adulthood: the contribution of the 1978/79 Ribeirao Preto birth cohort.** In: Braz J Med Biol Res, v.39, n.8, p.1041-55, 2006.
- BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I. et al. **Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa.** In: The Lancet, p.47-60, 2011.
- BENÍCIO, M.H.D; MONTEIRO, C.A. **Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996).** In: Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 6 Suppl., p.83-90, 2000.
- BERTOLDI, P. M.; FELFICIO, C. M.; MATSUMOTO, M. A. **Effect of the early intervention of oral habits on the development of dental occlusion.** In: Pro-Fono. v.17, n.1, p.37-44. 2005.
- BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; GOMES, U. A.; GOLDANI, M. Z.; RIBEIRO, E. R. O. **Saúde Perinatal: metodologia e características da população estudada.** In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 32, n. 1, p. 18-28, 1998.
- BHUTTA, J. A.; DAS, J. K.; ARJUMAND, R. et al. **Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?** Lancet, n. 382, p. 452–77, 2013.
- BISHARA, S.E.; WARREN, J.J.; BROFFITT, B.; LEVY, S.M. **Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life.** In: Am J Orthod Dentofacial Orthop., v. 130, n.1, p. 31-36, 2006.
- BROOK, I.; GOBER, A.E. **Bacterial colonization of pacifiers of infants with acute otitis media.** In: J Laryngol Otol., v. 111, p.614–615, 1997.

BÜHLER, H.F.; IGNOTT, E.; NEVES, S.M.A.S.; HACON, S.S. **Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010.** In: *Cad Saúde Pública*, v.30, n.9, p.1921-1934, 2014.

CAIRNCROSS, S.; HUNT, C.; BOISSON, S.; BOSTOEN, K.; CURTIS, V.; FUNG, I.C.H.; SCHMIDT, W.P. **Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea.** In: *International Journal Epidemiology*, v.39, (Suppl 1), p. i193–i205, Apr, 2010.

CASTILHO, S.D.; ROCHA, M.A.M. **Uso de chupeta: História e visão multidisciplinar.** In: *Jornal de Pediatria*, v. 85, n. 6, p.480-489, dezembro de 2009.

COSTA, I. F. **Perfil epidemiológico da doença diarreica aguda no estado de Rondônia, no período de 2007 a 2009, baseado no Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA). 2011.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2011.

DA SILVEIRA, L.C.; CHARONE, S.; MAIA, L.C.; SOARES, R.M.; PORTELA, M.B. **Biofilm formation by Candida species on silicone surfaces and latex pacifier nipples: a in vitro study.** In: *J Clin Pediatr Dent.*, v. 33, p.235–240, 2009.

DEGAN, V. V. **Fisiologia da Sucção.** In: DEGAN, V. V.; BONI, R. C. Hábitos de Sucção Chupeta e Mamadeira. São José dos Campos: Pulso, p. 13-15, 2004.

DEGAN, V, V.; PUPPIN-RONTANI, R.M. **Terapia Miofuncional e Hábitos Oraís Infantis.** In: *RverCefac.*, v. 6, n. 4, p.396-404, 2004.

DEGAN, V.V.; PUPPIN-RONTANI, R.M. **Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual.** In: *Pró-Fono R. Atual. Cient. Barueri*, v. 17, n. 3, dez. 2005.

DIAS, D.M; SILVA, A.P; HELFER, A.M; MACIEL, A.M.T.R; LOUREIRO, E.C.B; SOUZA, C.O. **Morbidity and mortality for gastroenteritis in the State of Pará.** In: *Revista Pan Amaz Saude*, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2010.

DO CARMO, G.M.; YEN C.; CORTES, J.; SIQUEIRA, A.A.; DE OLIVEIRA, W.K.; CORTEZESCALANTE, J.J. et al. **Decline in Diarrhea Mortality and Admissions after Routine Childhood Rotavirus Immunization in Brazil: A Time-Series Analysis.** In: *PLoS Med.*, v.8, n. 4, Apr, 2011.

DULGHEROFF, A.C.B.; FIGUEIREDO, E.F.; GOUVÊA, V.S.; DOMINGUES, A.L.S. **Changes in epidemiology of rotavirus in the Triângulo Mineiro region of Brazil: lack of two consecutive rotavirus seasons.** In: *Braz J Med Biol Res.*, v. 47, n.12, p.1091-1095, 2014.

EJEMOT-NWADIARO, R. I.; EHIRI, J.E.; ARIKPO, D.; MEREMIKWU, M.M. AND CRITCHLEY, J.A. **Hand washing promotion for preventing diarrhea.** *Cochrane Database Syst Rev*, Sep; 2015.

FELÍCIO, C. M. de. **Desenvolvimento Normal das Funções Estomatognáticas.** In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. Tratado de Fonoaudiologia. 2. ed. São Paulo: Roca. Cap. 3. p. 17-27, 2010.

FESTINI, F.; GIUSTI, F.; PAOLETTI, E.; BIANCALANI, L.; POGGI, G.M. **Is early use of pacifier a risk factor for diarrhea?** In: Minerva Pediatr., v.64, n.3, p.303-305, 2012.

FLECKENSTEIN, J. M.; BARTELS, S. R.; DREVETS, P. D. et al. **Infectious Agents of Food- and Water-Borne Illnesses.** In: The American Journal of the Medical Sciences, v. 340, n. 3, p. 238-46, 2010.

FRANÇA, M.C.T; GIUGLIONI, E.R.J; OLIVEIRA, L.D; WEIGERT, E.M.L; ESPÍRITO SANTO; KÖHLER, C.V; BONILHA, A.L.L. **Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação.** In: Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 4, 2008.

FRANCO, V.V.B.; GORRITXO, G.I.L. **Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz.** In: Anales de Pediatría, v.77, n.6, p.374-380, 2012.

FRIAS, J.S; FORASTI, F.N.R; CARMONA, A.S; DI NINNO, C. **Relação entre ceceio anterior e crescimento craniofacial e hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 3 a 7 anos.** In: RverCefac, v. 6, n. 2, p.177-84, 2004.

GEDERI, A.; COOMARASWAMY, K.; TURNER, P.J. **Pacifiers: a review of risks vs benefits.** In: Dent Update, v.40, p.92-94, 2013.

GOLDMAN, R.D. **Uso de chupeta no primeiro mês de vida.** In: Médico Can Fam, v 59, p.499-500, 2013.

GIUGLIANI, E.R.; NUNES, L.M.; ISSLER, R.M.; SANTO, L.C.; OLIVEIRA, L.D. **Participação da avó materna e mãe adolescente na intervenção para redução do uso de chupeta: um ensaio clínico randomizado.** In: J Pediatr., v.95, p.166-172, 2019.

GREENLAND, S. et al. **Causal diagrams for epidemiologic research.** In: Epidemiology, p. 37-48, 1999.

HESSELMAR, B.; SJÖBERG, F.; SAALMAN, R.; ABERG, N.; ADLERBERTH, I.; WOLD, A.E. **Pacifier cleaning practices and risk of allergy development.** In: Pediatrics, v. 131, n. 6, p. e1829-1837, 2013.

HÖRNELL, A.; AARTS, C.; KYLBERG, E.; HOFVANDER, Y.; GEBREMEDHIN, M. **Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden.** In: Acta Paediatr., v. 88, n.2, p.203-211, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidade Ribeirão Preto.** Rio de Janeiro: IBGE, 2018 [s.d]. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

JOYNER, B.L.; ODEN, R.P.; MOON, R. Y. **Reasons for Pacifier Use and Non-Use in African-Americans: Does Knowledge of Reduced SIDS Risk Change Parents' Minds?** In: J Immirg Minor Health, Apr: 18 (2): 402-410, 2016.

KEUSCH, G.T.; FONTAINE, O.; BHARGAVA, A. **Disease Control Priorities in Developing Countries.** In: New York: Oxford University Press, p. 371, 2006.

KOTLOFF, K.L.; NATARO, J.P.; BLACKWELDER, W.C, et al. **Burden and etiology of diarrheal disease in infants and young children in developing countries (the Global Enteric Multicenter Study, GEMS): a prospective, case-control study.** Lancet, v 382: 209-22, 2013.

LAMBERTI, L.M.; FISCHER WALKER, C.L.; NOIMAN, A.; VICTORA, C.; BLACK, R.E. **Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality.** BMC Public Health. Apr 13;11 Suppl 3:S15, 2011.

LOUHIALA, P.J.; JAAKKOLA, N.; RUOTSALAINEN, R.; JAAKKOLA J.J. **Day-care centers and diarrhea: a public health perspective.** J Pediatr. Sep;131(3):476-9, 1997.

MATTOS-GRANER, R.O.; DE MORAES, A.B.; RONTANI, R.M.; BIRMAN, E.G. **Relation of oral yeast infection in Brazilian infants and use of a pacifier.** In: ASDC J Dent Child, v.68, p.33-36, 2001.

MIHRETE, T.S.; ALEMIE, G.A. AND TEFERRA, A.S. **Determinants of childhood diarrhea among underfive children in Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia.** BMC Pediatrics, 14 April, 2014.

MINAS GERAIS, Estado de. **Informe Epidemiológico de Doença Diarreica Aguda.** Ano 3, 2014. Disponível em: <http://boletim.crmmg.org.br/outros/epidemiologia_02.14_diarreica.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito federal** (relatório). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas – MDDA:** manual do monitor. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 94, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Análise da situação das doenças transmissíveis no Brasil no período de 2000 a 2010.** In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Secretaria de Vigilância em

Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.46-92, 2012.

MORAIS, M.B.; TAHAN, S.; MELLO, C.S. **Diarreia aguda: Probióticos e outros coadjuvantes na terapêutica. Atualidades em clínica cirúrgica intergastro e trauma 2012.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, p. 539-549, 2013.

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 years-old Senegalese children.** In: *Orthod Fr.*, v. 79, n.2, p.99-106, 2008.

NORTH, K.; FLEMING, P.; GOLDING, J.; ALSPAC, study team. **Pacifier use and morbidity in the first six months of life.** In: *Pediatrics*, v. 103, n.3, 1999.

OLIVEIRA, T.C.R.; LATORRE, M.R.D.O. **Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia no Brasil, 1995 a 2005.** In: *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.1, p.102-111, 2010.

ORIMADEGUN, A.E.; OBOKON, G.O. **Prevalence of Non-Nutritive Sucking Habits and Potential Influencing Factors among Children in Urban Communities in Nigeria.** In: *Front Pediatr*, v.3, n.30, 2015.

PEDRAZA, D.F. **Infectious diseases among Brazilian preschool children attending daycare centers.** In: *Ciênc. saúde coletiva*, v.22, n.12, 2017.

PÉRCOPE, S. **Diarreia aguda/Acute diarrhea.** In: *Pediatria Moderna*, v. 51, n. 4 p. 141-14, abr. 2015.

PEREIRA I.V.; CABRAL I.V. **Diarréia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar.** In: *Esc Anna Nery Rev. Enferm.*, v.12, n.2, p.224-229, 2008.

PINZÓN-RONDÓN, A.M.; ZÁRATE-ARDILA, C.; HOYOS-MARTÍNEZ, A.; RUIZ-STERBERG, A.M. AND VÉLEZ-VAN-MEERBEKE, A. **Country characteristics and acute diarrhea in children from developing nations: a multilevel study.** *BMC Public Health*. 15: 811; 2015.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010.** Disponível em:

<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 19 jan. 2018.

RAHEEM, R.A.; BINNS, C.W.; CHIH, H.J. **Protective effects of breastfeeding against acute respiratory tract infections and diarrhoea: Findings of a cohort study.** *J Paediatr Child Health*. Mar;53(3):271-276, 2017.

SÁNCHEZ-URIBE E.; ESPARZA-AGUILAR M.; PARASHAR U.D.; RICHARDSON V. **Sustained reduction of childhood diarrhea-related mortality and**

hospitalizations in Mexico after rotavirus vaccine universalization. Clin Infect Dis. May 1;62 Suppl 2:S133-9, 2016.

SÃO PAULO, Estado de. **Monitorização das doenças diarreicas agudas (MDDA):** normas e instruções. 2.ed. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica, 2008.

SATO, V.C.B.; GARIB, D.; SCAVONE, J.R.H.; RÍVEA, I.F. **Associação entre hábitos de sucção não nutritivos e mordida aberta anterior na dentição decídua de nipo-brasileiros.** In: Revista Dental Press of Orthodontics, v.17, n.1, 2012.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento.** Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Gastroenterologia. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-guda.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2019.

SETTE, G.C.S.; MELLO, M.J.G.S; CORREIA, J.B.; SETTE, I.S.; DA SILVA, G.A.P.; DE LIM, L. S. **Do pacifiers increase the risk of nosocomial diarrhea? A cohort study.** In: BMJ Open, 2012.

SEXTON, S.; NATALE, R. **Riscos e benefícios das chupetas.** In: Am Fam Médico, v. 79, p.681-685, 2009.

SILVA, M.F.; GÓMEZ, M.M.; ROSE, T.L.; VOLOTÃO, E.M.; CARVALHO-COSTA, F.A.; BELLO, G., et al. **VP8*P [8] lineages of group A rotaviruses circulating over 20 years in Brazil: proposal of six different sub-lineages for P[8]-3 clade.** In: Infect Genet Evol, v.16, p.200-205, 2013.

SIH/SUS. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS.** Banco de Dados, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

SOARES, M.E.M.; GIUGLIANI, E.R.J.; BRAUN, M.L.; SALGADO, A.C.N.; OLIVEIRA, A.P.; AGUIAR, P.R. **Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança.** In: J Pediatr., v. 79, n.4, p.309-316, 2003.

SUWANTIKA, A.A.; POSTMA, M.J. **Effect of breastfeeding promotion interventions on cost-effectiveness of rotavirus immunization in Indonesia.** In: BMC Public Health, v.13, n.1106, 2013.

TAMEZ R. N.; SILVA M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal.** Assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 107-20, 1999.

TIRADO, A.R.; DENZIN, P.; BASSETO, M.C.A. **Sucção não nutritiva e alimentação de recém-nascido.** In: BASSETO, M.C.A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. Neonatologia. Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise, p. 285-288, 1998.

TOMASI, E.; VICTORA, C.G.; POST, P.R.; OLINTO, M.T.; BEHAGUE, D. **O uso de chupetas em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia.** In: Rev. Saúde Pública, v 28, p.373-379, 1994.

TURGEON-O'BRIEN, H.; LACHAPPELLE, D.; GAGNON, P.F.; LAROQUE, I.; MAHEU-ROBERT, L.F. **Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review.** In: ASDC J Dent Child, v.63, n.5, p.321-327, 1996.

UNICEF/WHO. World Health Organization. **The Treatment of Diarrhoea – A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers.** Geneva: World Health Organization, 44p., 2005.

UNICEF/WHO. The United Nations Children" Fund, World Health Organization. **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done.** Geneva: WHO, UNICEF; 68 p, 2009.

UNICEF/WHO. The United Nations Children" Fund, World Health Organization. **Levels & Trends in Child Mortality, 2017.**

USP. Universidade de São Paulo. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte I (ABNT).** Cadernos de estudos 9. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. 3. ed. São Paulo: SIBiUSP, 2016.

VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L.; SALDIVA, S.R.D.M.; GIUGLIANI, E.R.J. **Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances.** In: J Pediatr., v. 86, n.4, p.317-24, 2010.

VICTORA, C.G.; BEHAGUE, D.P.; BARROS, F.C.; OLINTO, M.T.A.; WEIDERPASS, E. **Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?** In: Pediatrics, v. 99, p.445-453, 1997.

VICTORA, C.G.; TOMASI, E.; OLINTO, M.T.A.; BARROS, F.C. **Use of pacifier and breastfeeding duration.** In: Lancet, v. 341, p.404-406, 1993.

VICTORA, C.G. **Mortalidade por diarreia: o que o mundo pode aprender com o Brasil?** In: J. Pediatr., v.85, n.1, 2009.

VOGEL, A.M.; HUTCHISON, B.L.; MITCHELL, E.A. **The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study.** In: J Paediatr Child Health, v.37, p.58-63, 2001.

WHO/UNICEF. World Health Organization. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services.** A joint WHO/UNICEF statement. Genebra, Suíça: World Health Organization, 1989.

ZAPATA, M; BACHIEGA, J.C; MARANGONI, A.F; JEREMIAS, J.E.M; FERRARI, R.A.M; BUSSADORI, S.K; SANTOS, E.M. **Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos.** In: Rver CEFAC, São Paulo, v. 12, n. 2, abr. 2010.

ANEXO A


**QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL
ENTREVISTA**
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
1. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª caselas: número sequencial para cada cidade

2. Cidade:

() Ribeirão Preto

() São Luís

12. De onde vem a água da casa usada para beber?

() Rede pública/água encanada

() Poço artesiano

() Poço/cacimba

() Outro _____

() Rio/riacho/lagoa

() Não sabe

Obs: O questionário acima apresentado foi readaptado e algumas questões foram retiradas do mesmo, propositalmente, pelo fato de não estabelecerem correlações com os objetivos do trabalho atual. No entanto, a sequência de perguntas corresponde ao questionário original.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**1. Número de identificação:** _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Coorte iniciada no Pré-natal

2 Coorte iniciada no nascimento

3ª casela: 1 Questionário do pré-natal

2 Questionário do nascimento

3 Questionário do 1º ano

4ª casela: 0 Questionário do nascimento-mãe

1 Questionário do nascimento feto 1

2 Questionário do nascimento feto 2

3 Questionário do nascimento feto 3

4 Questionário do nascimento feto 4

5 Questionário do nascimento feto 5

8 saliva

9 cordão

5ª à 8ª casela: número sequencial para cada cidade

2. Cidade: Ribeirão Preto São Luís**3. Coorte** Iniciada no Pré-natal Iniciada no Nascimento**DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

1. A Srª. sabe ler e escrever?

 Sim Não Não sabe

2. A Srª. frequenta ou frequentou escola?

 Sim Não - Passe para a questão 6 Não sabe

3. A Srª. ainda estuda?

 Sim Não Não se aplica Não sabe

4. Qual foi o último curso que a Sr^a. frequentou ou frequenta?

- Alfabetização de jovens e adultos
- Ensino fundamental ou 1º grau
- Ensino médio ou 2º grau
- Superior graduação incompleto - Passe para a questão 6
- Superior graduação completo - Passe para a questão 6
- Não se aplica
- Não sabe

6. Qual a cor da sua pele?

- Branca
- Preta/negra
- Parda/mulata/cabocla/morena
- Amarelo/oriental
- Indígena
- não sabe

10. A Sr^a. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

- Sim
- Não
- Não sabe

11. Caso sim, com quantos filhos? _____

- Não se aplica
- Não sabe

26. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

- A Sr^a. faz todo trabalho
- A Sr^a. faz parte do trabalho
- Outra pessoa
- Não sabe

Obs: O questionário acima apresentado foi readaptado e algumas questões foram retiradas do mesmo, propositalmente, pelo fato de não estabelecerem correlações com os objetivos do trabalho atual. No entanto, a sequência de perguntas corresponde ao questionário original.



QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - RN

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Coorte iniciada no Pré-natal

2 Coorte iniciada no nascimento

3ª casela: 1 Questionário do pré-natal

2 Questionário do nascimento

3 Questionário do 1º ano

4ª casela: 0 Questionário do nascimento-mãe

1 Questionário do nascimento RN 1

2 Questionário do nascimento RN 2

3 Questionário do nascimento RN 3

4 Questionário do nascimento RN 4

5 Questionário do nascimento RN 5

8 saliva

9 cordão

5ª à 8ª casela: número sequencial para cada cidade

2. Cidade:

() Ribeirão Preto

() São Luís

7. Qual o sexo do recém-nascido?

() Masculino

() Feminino

() Não sabe

8. Como nasceu o filho da Srª.?

() Vivo

() Morto

() Não sabe

11. O RN apresentou algum problema de saúde?

() Sim

() Não

() Não se aplica

() Não sabe

Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.

12. Problema 1: _____

() Não se aplica

() Não sabe

13. Problema 2: _____
() Não se aplica
() Não sabe

14. Problema 3: _____
() Não se aplica
() Não sabe

15. Problema 4: _____
() Não se aplica
() Não sabe

Obs: O questionário acima apresentado foi readaptado e algumas questões foram retiradas do mesmo, propositalmente, pelo fato de não estabelecerem correlações com os objetivos do trabalho atual. No entanto, a sequência de perguntas corresponde ao questionário original.



QUESTIONÁRIO DO 2º ANO ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto
2 São Luís

2ª casela: 1. Pré-natal
2. nascimento

3ª casela: F. Avaliação da mãe no 1º ano
A. Avaliação no 1º ano RN 1
B. Avaliação no 1º ano RN 2
C. Avaliação no 1º ano RN 3
D. Avaliação no 1º ano RN 4

4ª e 5ª caselas: QG. Questionário geral da criança
QM. Questionário de saúde da mulher
QP. Questionário da psiquiatria
SG. Sangue
SR. Soro
HM. Hemograma da criança
TB. Teste de Bayey
AO. Avaliação odontológica
Id. Identificação
NT. Questionário nutricional

6ª a 9ª caselas: Número sequencial para cada cidade (colocar o mesmo número sequencial do nascimento).

2. Cidade:

- () Ribeirão Preto
() São Luís

IDENTIFICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

1. Qual a cor da criança?

- () Branca
() Preta/Negra
() Parda/Mulata/cabocla/morena
() Amarelo/Oriental
() Indígena
() Não sabe

2. A criança vai a escolinha ou creche?

- () Sim
() Não - Passe para a questão 4
() Não sabe - Passe para a questão 4

3. Se sim, desde que idade a criança frequenta a escolinha ou creche?

- () _____ meses
 () Não se aplica
 () Não sabe

4. Ontem a criança recebeu leite do peito?

- () Sim
 () Não
 () Não sabe

5. Se não, até que idade a criança mamou leite do peito?

- () _____ dias () _____ meses
 () Não se aplica (nunca mamou)
 () Não sabe

6. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos).

- () _____ dias () _____ meses
 () Não se aplica (nunca mamou)
 () Não sabe

7. Considerando apenas os últimos três meses, a senhora tem o hábito de oferecer o peito para a criança depois que ele (a) já adormeceu a noite?

- () Sim
 () Não
 () Não se aplica (nunca mamou)
 () Não sabe

Quando a senhora inseriu estes alimentos ou bebidas na rotina alimentar da criança?

- Leite (líquido ou em pó) () _____ dias () _____ meses () Nunca () Não sabe
 Leite tipo fórmula () _____ dias () _____ meses () Nunca () Não sabe
 Outros líquidos (chá, sucos) () _____ dias () _____ meses () Nunca () Não sabe
 Semi-sólidos ou sólidos () _____ dias () _____ meses () Nunca () Não sabe

13. Considerando apenas os últimos três meses, a criança costuma usar mamadeira durante a noite, após já ter adormecido?

- () Sim
 () Não
 () Não se aplica (nunca mamou)
 () Não sabe

14. Atualmente, a criança usa chupeta?

- () Sim, usa atualmente
 () Não, parou de usar
 () Nunca usou - Passe para a questão 18
 () Não sabe

15. Qual era a idade da criança, quando começou a usar chupeta?

() _____ dias () _____ meses

() Não se aplica

() Não sabe

17. Quando parou de usar?

() _____ dias () _____ meses

() Não se aplica

() Não sabe

18. A criança chupa dedo?

() Sim, chupa atualmente

() Não, parou de chupar

() Nunca chupou - Passe para a questão 1 – Saúde da criança

() Não sabe

19. Qual era a idade da criança, quando começou a chupar dedo?

() _____ dias () _____ meses

() Não se aplica

() Não sabe

20. Quando parou de chupar dedo?

() _____ dias () _____ meses

() Não se aplica

() Não sabe

SAÚDE DA CRIANÇA

1. Em geral, a senhora considera a saúde da criança?

() Excelente

() Muito boa

() Boa

() Regular

() Ruim

() Não sabe

8. A criança teve diarreia desde (dia da semana) da duas semanas atrás?

() Sim

() Não - Passe para a questão 17

() Não se aplica

() Não sabe

9. A Sr^a. deu algo para a criança para tratar a diarreia?

() Sim

() Não - Passe para a questão 17

() Não sabe

Se sim, o quê a Sr^a. deu?

- | | | | | |
|--------------------|---------|---------|-------------------|--------------|
| 10. Soro pacotinho | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |
| 11. Soro caseiro | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |
| 12. Soro farmácia | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |
| 13. Outra solução | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |
| 14. Água | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |
| 15. Chá | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |
| 16. Remédio | Sim () | () Não | () Não se aplica | () Não sabe |

17. Desde que a criança nasceu, alguma vez teve diarreia com sangue?

- () Sim
 () Não
 () Não sabe

18. A criança teve algum outro problema de saúde (dia da semana) de duas semanas atrás?

- () Sim
 () Não - Passe para a questão 22
 () Não sabe

Caso tenha apresentado problema(s) foi (foram)?

19. Problema 1: _____

- () Não se aplica
 () Não sabe

20. Problema 2: _____

- () Não se aplica
 () Não sabe

21. Problema 3: _____

- () Não se aplica
 () Não sabe

65. A criança tem cartão de vacina?

- () Sim, visto
 () Sim, não visto
 () Tinha, mas perdeu
 () Nunca teve
 () Outros: _____
 () Não sabe

Quanta doses de vacina já recebeu? Verificar o cartão da criança e anotar com x as doses aplicadas).

(1ª) (2ª) (3ª) (Reforço)

66. BCG () Não sabe () () () ()
 67. VHB (Hepatite B) () Não sabe () () () ()
 68. VORH (Rotavírus) () Não sabe () () () ()
 69. VOP (Oral contra pólio) () Não sabe () () () ()
 70. Tetravalente (DTP+Hib) () Não sabe () () () ()
 71. SRC (tríplice viral) () Não sabe () () () ()
 72. Febre Amarela () Não sabe () () () ()

(1ª) (2ª) (3ª) (Reforço)

73. DTP (tríplice bacteriana) () Não sabe () () () ()
 74. Hemófilo () Não sabe () () () ()
 75. Antipneumocócica () Não sabe () () () ()
 76. Antimeningocócica () Não sabe () () () ()
 77. Influenza () Não sabe () () () ()
 78. Hepatite A () Não sabe () () () ()
 79. Varicela () Não sabe () () () ()

80. Onde a criança foi vacinada na maioria das vezes?

- () Posto de saúde
 () Consultório ou clínica particular
 () Não se aplica
 () Não sabe

DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1. A família recebe bolsa família ou recebe algum outro benefício de transferência de renda do governo?

- () Sim
 () Não
 () Não sabe

2. Há quanto tempo recebe benefício do governo?

- () _____ meses
 () Não se aplica
 () Não sabe

9. Qual a situação conjugal da Sra.?

- () Casada
 () União consensual (mora junto)
 () Solteira
 () Separada, desquitada, divorciada
 () Viúva
 () Não sabe

10. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a Sr^a. mora? Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a Sr^a. por menos de 3 meses ou visitantes.

() N^o de pessoas: _____

() Não sabe

11. A Sr^a. mora atualmente com o marido ou companheiro?

() Sim

() Não

() Não sabe

12. A Sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

() Sim

() Não - Passe para a questão 15

() Não sabe

13. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

Ocupação: _____

() Não se aplica

() Não sabe

14. Qual a sua relação de trabalho?

() Trabalha por conta própria

() Assalariada ou empregada

() Dona da empresa-empregadora

() Faz bico

() Não se aplica

() Não sabe

15. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? Considerar chefe da família aquele de maior renda. Considerar o parentesco em relação à criança (mãe da criança, pai da criança).

() Mãe

() Pai

() Avó

() Avô

() Madastra

() Padastro

() Tio

() Tia

() Imã

() Irmão

() Outros

() Não sabe

23. No mês passado quantos ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa - R\$ _____

2ª pessoa - R\$ _____

3ª pessoa - R\$ _____

4ª pessoa - R\$ _____

5ª pessoa - R\$ _____

A família tem outra renda?

Renda total: R\$ _____

() Não quis informar

() Não sabe

DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe da criança, passe para o bloco H.

1. Qual a idade do companheiro atual?

() _____ anos

() Não se aplica (não tem companheiro atual)

() Não sabe

2. O seu companheiro sabe ler e escrever?

() Sim

() Não

() Não se aplica

() Não sabe

3. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

() Sim

() Não - Passe para a questão 6

() Não se aplica

() Não sabe

4G. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

() Alfabetização de jovens e adultos

() Ensino fundamental ou 1º grau

() Ensino médio ou 2º grau

() Superior graduação incompleta - Passe para a questão 6G

() Superior graduação completa - Passe para a questão 6G

() Não se aplica

() Não sabe

5G. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

() Primeira

() Segunda

() Terceira

() Quarta

() Quinta

() Sexta

() Sétima

- Oitava
- Não se aplica
- Não sabe

6G. O seu companheiro está trabalhando no momento?

- Sim
- Não - Passe para o bloco H
- Não se aplica
- Não sabe

7G. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? Descrever a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu.

Ocupação: _____

- Não se aplica
- Não sabe

8G. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

- Trabalha por conta própria
- Assalariado ou empregado
- Dono da empresa-empregador
- Faz bico
- Não se aplica
- Não sabe

BLOCO I – EXAME CLÍNICO DA CRIANÇA

1I. Peso: _____

2I. Comprimento: _____

3I. Perímetro cefálico: _____

Obs: O questionário acima apresentado foi readaptado e algumas questões foram retiradas do mesmo, propositalmente, pelo fato de não estabelecerem correlações com os objetivos do trabalho atual. No entanto, a sequência de perguntas corresponde ao questionário original.

ANEXO B



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 13 de novembro de 2009.

Ofício n°. 4116/2008
CEP/ SPC


Prezados Professores,

O trabalho intitulado **“FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTOS EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 276ª Reunião Ordinária, realizada em 10/11/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o Processo HCRP n°. 11157/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de harmonização de Boas Práticas Clínica (ICH-GCP), bem como a Resolução n° 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da Pesquisa.

Atenciosamente.



PROF. DR. SÉRGIO PERERIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
PROF. DR. MARCO ANTONIO BARBIERI
PROFª DRª HELOISA BETTIOL
Departamento de Puericultura e Pediatria.

ANEXO C

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de Compromisso de Utilização de Dados e Termo De Dispensa Do Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE

Em muitos países em desenvolvimento, a diarreia ainda representa uma ameaça significativa para a saúde e a sobrevivência dos menores de cinco anos de idade, sendo ainda um grande problema de saúde pública nesses locais.

Vários são os motivos que levam as crianças a usarem de métodos de sucção não nutritivos (acalmar-se, melhorar o sono), os quais além de promoverem alterações na arcada dentária, podem juntamente com cuidados de higiene precários, serem responsáveis por episódios de diarreia aguda em crianças.

Diante do exposto acima, nós levantamos a hipótese de que hábitos de sucção não nutritivos estão associados a uma maior incidência de episódios diarreicos agudos em lactentes.

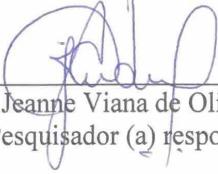
Para realizar o presente estudo utilizaremos os dados do projeto BRISA (“Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras”). Considerando que o projeto BRISA já foi analisado e aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa (Processo HCRP no. 4116/2008) e que o presente estudo utilizará de dados já coletados mediante consentimento prévio dos participantes da pesquisa, vimos solicitar a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no presente projeto intitulado “**Sucção não nutritiva e episódios diarreicos agudos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010**”.

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
- d) Assegurar a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) O pesquisador responsável estabelecerá salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado e das apresentações e publicações científicas oriundas do mesmo; os dados serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

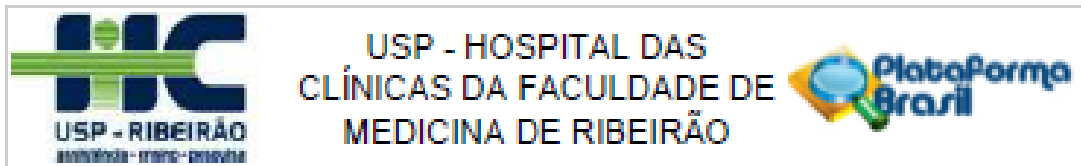
Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Manaus/Ribeirão Preto, 30 de abril de 2018



 Jeanne Viana de Oliveira
 Pesquisador (a) responsável

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sucção não nutritiva e episódios diarreicos agudos na coorte de nascimentos de Ribeirão Preto (SP) em 2010.

Pesquisador: Jeanne Mana de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91502618.5.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.790.349

Apresentação do Projeto:

A diarreia configura-se em um dos principais agravos que acometem crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade. Em virtude da imaturidade no seu sistema imunológico, crianças apresentam maior suscetibilidade a esta e a outras doenças que atingem, sobretudo, aquelas com estado nutricional comprometido. Segundo a OMS, quinze por cento das 8,79 milhões de crianças menores de cinco anos de idade que morrem em todo o mundo a cada ano têm como causa as doenças diarreicas. Alguns comportamentos podem aumentar o risco da criança desenvolver episódios diarreicos, dentre estes, as sucções não nutritivas (especialmente, chupar o dedo e/ou chupeta). Estes comportamentos, juntamente com cuidados de higiene precários, podem elevar mais ainda o risco de desenvolvimento de episódios diarreicos em crianças. Serão utilizados os dados do projeto intitulado "Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras" (também conhecido como projeto BRISA – processo HCRP no.11157/2008).

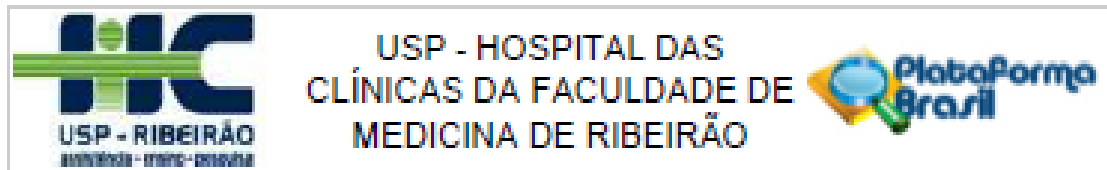
Objetivo da Pesquisa:

Estudar a incidência de hábitos de sucção não nutritivos e a sua associação com episódios diarreicos agudos em uma coorte de lactentes.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O projeto utilizara do banco de dados do Projeto Brisa Inserido no projeto temático

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-000
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3802-2228 Fax: (16)3833-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.790.349

"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras", portanto não há riscos relacionados ao projeto.

Benefícios: Diminuir os casos de diarreia na Infância e consequentemente contribuir com a diminuição da mortalidade infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um estudo descritivo, transversal, observacional e analítico, inserido no projeto temático "Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras", denominado Projeto BRISA. O projeto utilizará de dados obtidos da entrevista realizada no período da avaliação do segundo ano de vida das crianças inseridas na coorte do segundo ano de vida e na coorte de pré-natal de Ribeirão Preto (SP), em 2010.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados. Solicita a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se tratar de pesquisa retrospectiva com uso de banco de dados do projeto BRISA.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

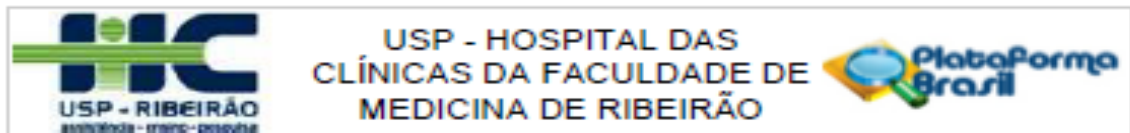
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	14/06/2018		Acelto

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-000
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3803-2228 Fax: (16)3833-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.790.349

Básicas do Projeto	ETO_1098931.pdf	21:15:12		Aceito
Orçamento	orcamentoupc.pdf	14/06/2018 21:14:36	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
Outros	anuencia.pdf	14/06/2018 21:13:29	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	14/06/2018 21:12:10	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprojeto.pdf	18/05/2018 17:09:39	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
Parecer Anterior	ParecerCRC.pdf	18/05/2018 16:34:53	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBRISA.pdf	18/05/2018 16:28:57	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/05/2018 16:23:33	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	18/05/2018 16:13:07	Jeanne Viana de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 30 de Julho de 2018

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br