

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



**O efeito da utilização da chupeta na prevenção
da Síndrome de Morte Súbita do Lactente**

Uma Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Denise Rocha Araújo

Porto | 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O efeito da utilização da chupeta na prevenção da
Síndrome de Morte Súbita do Lactente
Uma Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Prof. Doutora Maria do Céu Barbieri Aguiar de Figueiredo

Coorientação:

Prof. Mestre Fernanda Maria Ferreira De Carvalho

Denise Rocha Araújo

AGRADECIMENTOS

A execução do presente documento teve por base um somatório de esforços e saberes provenientes de um leque variado de pessoas a quem desejo, desde já, agradecer. Ao longo deste percurso tive a meu lado pessoas que, de forma direta ou indireta, foram fundamentais para a sua concretização.

Um agradecimento particular às Professoras Maria do Céu Barbieri Figueiredo e Fernanda Carvalho que influenciaram, desde sempre, a realização deste trabalho com o seu conhecimento, exigência e disponibilidade. O meu sincero agradecimento, não apenas pelas competências e estímulos transmitidos, mas igualmente pela amabilidade e partilha de experiências que se revelaram como importantes pilares para a execução deste documento.

À Professora Ana Paula França pela partilha de conhecimentos e incentivo ao longo da minha formação numa área que me é muito querida, a saúde infantil e pediatria.

Ao Pedro Vouga e ao Dr. Francisco Vieira, o meu grande obrigado pelo contributo e pela importância decisiva que tiveram para a qualidade deste trabalho.

O meu muito obrigado à Sandra, à Ana Rego, à Heloísa, à Gabriela e à Vânia que estiveram ao meu lado, ao longo deste percurso, pelo interesse e apoio que sempre demonstraram no meu trabalho.

Ao Bruno, à Ana, à Margarida e Sara um grande obrigado pela clareza e ajuda para ultrapassar certos obstáculos, assim como pela amabilidade, pelos conselhos e sugestões, e pelas palavras de ânimo que sempre transmitiram quando necessário.

E por fim, aos meus pais, aos meus irmãos, Leonel e Carlota, obrigado pela compreensão e abertura em partilhar desejos, receios e os meus momentos do dia-a-dia.

A todos, um muito obrigado!

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP - Academia Americana de Pediatria
BIREME - Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DGS - Direção Geral de Saúde
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
EUA - Estados Unidos da América
IC - Intervalo de Confiança
ICN - *International Council of Nurses*
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
JBI - *Joanna Briggs Institute*
MeSH - *Medical Subject Heading*
OMA - Otites Médias Agudas
OMS - Organização Mundial de Saúde
OR - Odd's Ratio
PBE - Prática Baseada na Evidência
PCEBP - *Portugal Centre for Evidence Based Practice*
QM - Qualidade Metodológica
RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RN - Recém-Nascido
RSL - Revisão Sistemática da Literatura
SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente
SN - Sucção Nutritiva
SNN - Sucção Não Nutritiva
SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria
UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

INTRODUÇÃO: o uso da chupeta é um hábito instituído culturalmente. Assume na nossa sociedade função de acalmar ou confortar a criança. Contudo, este tema é controverso pois, se por um lado, não é recomendado o seu uso devido à possível influência na amamentação, na saúde oral da criança e no aumento de otites médias agudas, por outro a sua utilização voltou a despertar interesse devido ao efeito preventivo na Síndrome de Morte Súbita do Lactente.

OBJETIVO: o presente estudo tem como principal objetivo obter evidências científicas no sentido de compreender o efeito da utilização da chupeta na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente.

MÉTODO: trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise segundo o modelo do Instituto *Joanna Briggs*®. Para a identificação dos estudos recorreu-se as seguintes bases de dados: *CINAHL*®, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*®, *SCOPUS*® e *MEDLINE*®. Foram utilizados descritores como Lactentes, Chupeta e SMSL, assim como sinónimos frequentemente utilizados em português, inglês e espanhol. Numa fase inicial foram identificados 117 artigos. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada através dos instrumentos preconizados pelo Instituto *Joanna Briggs*®. Os estudos identificados, bem como a extração de dados foi conduzida, de forma independente, por dois investigadores. Todas as discordâncias no decorrer da revisão foram discutidas com um terceiro investigador.

RESULTADOS: foram incluídos 8 estudos, sendo que 3 deles reuniram condições para efetuar Meta-análise. Encontra-se consistência entre as evidências empíricas, nomeadamente acerca do efeito protetor da chupeta na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente. A utilização da chupeta parece prevenir a SMSL, OR = 2,89 (IC95%: 1,52 - 5,51), não só pelo efeito protetor da chupeta na respiração durante o sono, como também através da posição que o lactente adota para dormir. O uso rotineiro da chupeta permite ainda desenvolver a imunidade contra

determinados microrganismos. A sucção não-nutritiva está associada ao prazer e satisfação do lactente, por conseguinte, a sua utilização irá promover menos movimento durante o sono, reduzindo a probabilidade de a criança se voltar em decúbito ventral/lateral ou colocar roupa da cama sobre a sua cabeça.

CONCLUSÕES: as evidências encontradas mostram uma forte correlação entre o uso da chupeta e a prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente, sendo que a utilização da mesma não deverá ser desaconselhada após o estabelecimento da amamentação. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para perceber as dúvidas dos cuidadores, explorando não só as áreas do conhecimento e capacidades, como também as crenças, valores e atitudes que possam estar na base de comportamentos que poderão contribuir para a Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Recomenda-se, no entanto, mais investigação sobre esta intervenção no sentido de fortalecer os resultados encontrados.

PALAVRAS-CHAVE: *lactente, morte súbita do lactente, chupeta, revisão sistemática*

ABSTRACT

INTRODUCTION: the usage of the pacifier is a habit established culturally. In our society, it assumes the function of comforting and soothing the child. However, this is a controversial theme, because if, on one hand, it is not recommended due the possible influence in breastfeeding, oral health or in the increased number of otitis media, on the other hand, its usage has been arousing interest because of the preventive effect in Sudden Infant Death Syndrome.

OBJECTIVE: this study's main objective is to obtain scientific evidence in order to understand the effect of the pacifier usage in the prevention of the Sudden Infant Death Syndrome.

METHODS: it is a systematic review of the literature with meta-analysis according to the model from Joanna Briggs Institute®. For the identification of the used studies, the following databases were resorted to: *CINAHL®*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials®*, *SCOPUS®* e *MEDLINE®*. As for the descriptors, the ones used were Infant, Pacifier and Sudden Infant Death Syndrome, as well as frequently used synonyms in Portuguese, English and Spanish. In an initial phase, 17 articles were identified. The quality of the study's methodology was evaluated through tools recommended by Joanna Briggs Institute®. Not only the identified studies, but also the data extraction was led by two researchers separately. All the disagreements during the revision were discussed with a third researcher.

RESULTS: although 8 studies were included, only 3 of them were qualified for meta-analysis. We can find consistency between the empirical evidence, more precisely about the protective effect of the pacifier in the prevention of Sudden Infant Death Syndrome. The usage of the pacifier seem to prevent the Sudden Infant Death Syndrome, OR = 2,89 (IC95%: 1,52 - 5,51), not only due to the protective effect of the pacifier in breathing during sleep, but also through the position the infant uses to sleep. The routine usage of a pacifier allows the child to further develop

immunity against certain microorganisms. The non-nutritive sucking is associated to pleasure and satisfaction of the infant, as such, the usage of the pacifier will promote less movement during sleep, reducing the likelihood of the child to take back side or put blankets over its head.

CONCLUSIONS: the evidence shows a strong correlation between the pacifier usage and the prevention of Sudden Infant Death Syndrome. As such, the usage of the pacifier should not be discouraged after the breastfeeding establishment. The nurse is in the privileged position to understand the doubts of the caretakers, exploring not only the areas of awareness and ability, but also the beliefs, values and attitudes that can contribute to prevent the Sudden Infant Death Syndrome. It is advised, however, more research on this intervention, in order to strengthen these results.

KEY-WORDS: *infant, sudden infant death syndrome, pacifier, systematic review*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1.1. Síndrome de Morte Súbita do Lactente	19
1.1.1. Aspetos epidemiológicos	20
1.1.2. Fatores de risco na Síndrome de Morte Súbita do Lactente	22
1.1.3. Boas Práticas na Prevenção da Morte Súbita do Lactente	28
1.2. A importância da utilização da chupeta na prevenção da Morte Súbita do Lactente	29
1.3. A Educação Para a Saúde na Prevenção da Morte Súbita do Lactente: O Contributo da Enfermagem	31
2. REFERENCIAL METODOLÓGICO	35
2.1. Prática Baseada na Evidência: O Contributo da Revisão Sistemática da Literatura	35
2.2. O Modelo de Referência Metodológica para Revisões Sistemáticas do Instituto Joanna Briggs®.....	39
2.3. Fases Metodológicas da Revisão Sistemática da Literatura	42
2.3.1. Classificação do nível de evidência científica segundo o Instituto Joanna Briggs®	50
2.4. Meta-análise.....	51
2.4.1. Análise da Heterogeneidade	53
2.4.2. Modelos Estatísticos	54
2.4.3. Análise da Sensibilidade	55
2.4.4. Análise do Viés de Publicação.....	56
2.4.5. O Gráfico da Meta-análise: Forest Plot.....	56
3. ESTUDO EMPÍRICO.....	61
3.1. Tipo de estudo	61
3.2. Objetivos da Revisão Sistemática da Literatura	61
3.3. Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura	62

3.3.1. Formulação da questão da Revisão Sistemática da Literatura	63
3.3.2. Critérios de inclusão.....	65
3.3.3. Critérios de exclusão	65
3.3.4. Método de identificação de evidências científicas.....	66
3.3.5. Método da seleção inicial dos estudos	71
3.3.6. Qualidade Metodológica dos estudos	73
3.3.7. Extração dos dados	75
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4.1. Características dos estudos incluídos na RSL	77
4.2. Evidências encontradas nos artigos incluídos na RSL	83
4.3. Meta-análise dos estudos encontrados.....	89
4.4. Limitações da RSL	92
4.5. Implicações para a Prática	93
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	115
Anexo I - Protocolo de Pesquisa	
Anexo II - Procedimento de Pesquisa dos Estudos	
Anexo III - Teste de Relevância I	
Anexo IV - Resultados do Teste Relevância I	
Anexo V - Teste de Relevância II	
Anexo VI - Tabelas de Avaliação da Qualidade Metodológica dos E3, E26, E27, E28, E40, E51, E68 e E69	
Anexo VII - Tabelas da Extração de dados dos E3, E26, E27, E28, E40, E51, E68 e E69	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Níveis de Evidência	51
Tabela 2 - Esquema PICO da RSL	63
Tabela 3 - Critérios de inclusão.....	65
Tabela 4 - Critérios de exclusão	66
Tabela 5 - Descritores MeSh® e DeCs® utilizados na pesquisa	67
Tabela 6 - Descrição das bases de dados e respetiva estratégia de pesquisa	68
Tabela 7 - Identificação dos estudos.....	71
Tabela 8 - Resultados após a aplicação do Teste de Triagem II.....	72
Tabela 9 - Disposição dos artigos por nível de evidência JBI® e Score QM JBI®...	74
Tabela 10 - Principais resultados dos artigos incluídos.....	79
Tabela 11 - Descrição dos estudos incluídos por título, país e ano, periódico e instituição de origem do estudo.....	80
Tabela 12 - Tipo de estudo, desenho e método de colheita de dados	81
Tabela 13 - Principais resultados e conclusões sobre o uso da chupeta	82
Tabela 14 - Resultados encontrados para a categoria “Efeito protetor da chupeta na respiração durante o sono”	85
Tabela 15 - Resultados encontrados para a categoria “Efeito da chupeta na posição para dormir”	86
Tabela 16 - Estudos incluídos para a meta-análise	90
Tabela 17 - Resultados individuais e agrupados.....	90
Tabela 18 - Resultados se estudos omitidos	91
Tabela 19 - Recomendações para a compra/uso de chupetas	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Incidência da Síndrome de Morte Súbita do Lactente em 1990 e 2005 .	21
Figura 2 - Valores Estatísticos Internacionais sobre a Incidência de SMSL	22
Figura 3 - Modelo do Triplo Risco para SMSL	23
Figura 4 - Descrição do Modelo do Triplo Risco	24
Figura 5 - Idade do óbito da criança (em meses)	25
Figura 6 - Teoria dos cinco passos para a falência respiratória na SMSL	26
Figura 7 - Número de artigos científicos publicados nas últimas décadas	37
Figura 8 - Modelo Concetual de Cuidados de Saúde Baseados em Evidência do JBI®	40
Figura 9 - Orientações para a elaboração de RSL	42
Figura 10 - Método PICO	44
Figura 11 - Gráfico Forest Plot (exemplo)	57
Figura 12 - Processo de identificação dos estudos	70
Figura 13 - Fluxograma da estratégia de pesquisa	75
Figura 14 - Categorias de efeitos da chupeta na SMSL emergentes dos estudos incluídos na RSL	84
Figura 15 - Resultados individuais e agrupados (Forest Plot)	91
Figura 16 - Análise da Sensibilidade	92

INTRODUÇÃO

O uso da chupeta é um hábito instituído culturalmente, contudo a sua utilização é um tema controverso e muitos são os motivos abordados que a (des) promovem. Por um lado, o uso da chupeta está associado a uma menor duração do aleitamento materno e a um aumento da incidência de caries e Otites Médias Agudas (OMA), por outro lado a relação entre o uso da chupeta e a redução do risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é consistente entre diversos autores.

A enfermagem é, de facto, uma área privilegiada no contacto com pessoas detentoras de necessidades de cuidados, como tal, é importante que os enfermeiros possuam conhecimentos nesta área, com pertinência no desenvolvimento infantil, de forma a orientar os pais no melhor exercício do seu papel.

As áreas de atenção e intervenção em enfermagem pediátrica têm como foco a criança e a sua família. A parceria entre o profissional de saúde e os pais é essencial, já que possibilita uma identificação conjunta de necessidades, assim como o planeamento de intervenções adequadas ao problema identificado. A informação transmitida aos cuidadores deverá ser fidedigna e baseada nas evidências mais atuais. Com efeito, os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria que, na sua prática, lidam com lactentes necessitam, para que os interesses da criança sejam devidamente protegidos e promovidos, de esclarecer as dúvidas e receios dos pais de forma a promover o desenvolvimento salutar da criança.

A evidência científica deve orientar a prestação de cuidados, traduzindo-se como o pilar inerente à prática diária dos enfermeiros. Contudo, sabe-se que existe uma discrepância entre a melhor evidência científica e a prática de cuidados. A Prática Baseada na Evidência (PBE) pretende reduzir essa lacuna, apetrechando a

prática diária da melhor evidência científica. Este aspeto deve alertar a consciência crítica de todos os enfermeiros para a importância de questionar as suas práticas, de forma a procurar a melhor evidência científica disponível. Assim, perante a evidência científica escassa, os enfermeiros devem sensibilizar-se para a importância de desenvolver estudos científicos no âmbito da prestação de cuidados e dos focos de atenção em enfermagem.

Nos últimos anos tem sido demonstrado uma provável ação preventiva do uso da chupeta na SMSL. Tal como o nome indica, a SMSL é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida que permanece inexplicada depois de um exame pós-morte completo, incluindo uma investigação do local da morte e uma revisão da história do caso (AAP, 2005). Esta é uma situação assustadora, porque acontece sem aviso prévio numa criança aparentemente saudável.

A elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) relativamente à temática em estudo parece pertinente, já que estas identificam, *dentre os inúmeros estudos publicados sobre determinado tema, aqueles com superior qualidade metodológica*, cujos resultados podem ser utilizados na e para a tomada de decisão durante a prática clínica. Este é o método de pesquisa científica que produz o melhor nível de evidência, sendo que os trabalhos que utilizam esta metodologia são fontes de informação úteis para a tomada de decisões em saúde (Berwanger *et al.*, 2007, p. 476).

Decorrente da preocupação supramencionada, o presente documento visa analisar os recursos publicados, através de uma RSL, com o intuito de compreender, atendendo às evidências científicas disponíveis, se o uso da chupeta previne o risco de SMSL.

Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), o presente trabalho terá por base uma Revisão Sistemática da Literatura sustentada nos modelos conceptuais do Instituto Joanna Briggs®.

Como objetivo principal do trabalho foi delineado: Obter evidências científicas no sentido de compreender o efeito da utilização da chupeta na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente, através de uma Revisão Sistemática da Literatura. Como objetivos específicos foram delineados: i) operacionalizar os termos chave da revisão sistemática da literatura (lactente, chupeta e SMSL); ii) elaborar um protocolo de revisão sistemática; iii) analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática, iv) discutir a

evidência científica encontrada e, por último, v) realizar meta-análise dos resultados estatísticos encontrados nos artigos (se aplicável).

Sob o ponto de vista estrutural, o trabalho encontra-se dividido em três partes principais - Enquadramento Teórico, Referencial Metodológico e o Estudo Empírico. No enquadramento teórico será apresentada uma abordagem à SMSL, assim como todos os aspetos que a envolvem e a interligam com a Enfermagem. Seguidamente, no referencial metodológico, será efetuada uma abordagem ao modelo conceitual do Instituto *Joanna Briggs*® utilizado para a elaboração da RSL. Na terceira parte do trabalho será apresentado o estudo empírico, bem como descritos e discutidos os dados resultantes dos estudos incluídos na revisão.

Sob o ponto de vista metodológico, foram definidas como fontes de pesquisa os livros e revistas presentes na biblioteca da ESEP, os motores de busca na *World Wide Web* “*Google Books*” e “*Google Scholar*”, bases de dados científicas, nomeadamente, *CINAHL Plus*®, *MEDLINE*®, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*®, *SCOPUS*®, *Cochrane Database of Systematic Reviews*® e *MedicLatina*® e ainda, repositórios *online*, mais concretamente, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal® (RCAAP).

O presente trabalho revela-se fundamental para o processo de formação enquanto estudante de formação especializada. Espera-se que a sua elaboração enriqueça a prática clínica influenciando positivamente, o desenvolvimento da Enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente define-se como a morte repentina e imprevisível de um lactente, para a qual não se encontra qualquer explicação após uma investigação completa. Na última década, verificou-se uma redução significativa na sua incidência contudo, continua a constituir a principal causa de morte durante a infância, após o primeiro mês de vida (Crawford, 2010). Seguidamente será apresentada, de forma detalhada, a SMSL e todos os aspetos que a envolvem. Assim, nos próximos subcapítulos será elaborada uma abordagem à SMSL, aos aspetos epidemiológicos, aos fatores de risco, à evolução das recomendações da AAP e ao possível papel preventivo da chupeta na SMSL.

1.1. Síndrome de Morte Súbita do Lactente

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) não é um problema recente, pelo contrário, acredita-se que o registo do primeiro data de 500 A.C. e encontra-se no Primeiro Livro dos Reis, no Velho Testamento (citado por Bernardino, 2007):

De noite morreu o filho desta mulher, porquanto se deitara sobre ele. Levantou-se à meia-noite, e, enquanto dormia a tua serva, tirou-me a meu filho do meu lado, e deitou nos seus braços, e a seu filho morto deitou-o nos meus.

(Bíblia, Capítulo 3, versículo 19)

No entanto, a sua definição foi pela primeira vez utilizada em 1969 numa conferência internacional sobre as causas de morte súbita em lactentes (Adams, Good e Defranco, 2009). A SMSL foi reconhecida como entidade própria e definida

através de painel de especialistas com o apoio do *National Institute of Child Health and Human Development*® em Bethesda (1969) como sendo *a morte inesperada de um lactente ou criança com menos de 1 ano, totalmente inesperada pela história e para a qual um extenso exame post-mortem é incapaz de indicar uma causa adequada que a justifique* (Beckwith, 2003, p. 287).

A atual definição de SMSL foi desenvolvida em 1991, sendo esta descrita como a morte inesperada de uma criança com menos de um ano de idade que permanece inexplicada após uma investigação completa do caso, incluindo a realização de uma autópsia, investigação do local onde ocorreu o óbito e revisão da história clínica (Moon *et al.*, 2011). Pode ocorrer em Recém-Nascidos (RN) e lactentes, e não existe previamente nenhum sinal consistente que sugira que a criança se encontra em risco de vida (Nunes *et al.*, 2001).

É necessária a realização de um exame pós-morte de forma a excluir a existência de outras patologias de base, nomeadamente, cardiopatias congénitas, anomalias do sistema nervoso central, anomalias metabólicas, ou então, homicídio (García, 2008). Geralmente, as crianças vítimas de SMSL têm um estado nutricional normal, não têm qualquer patologia de base e nem apresentam indícios de maus tratos (Krous *et al.*, 2004)

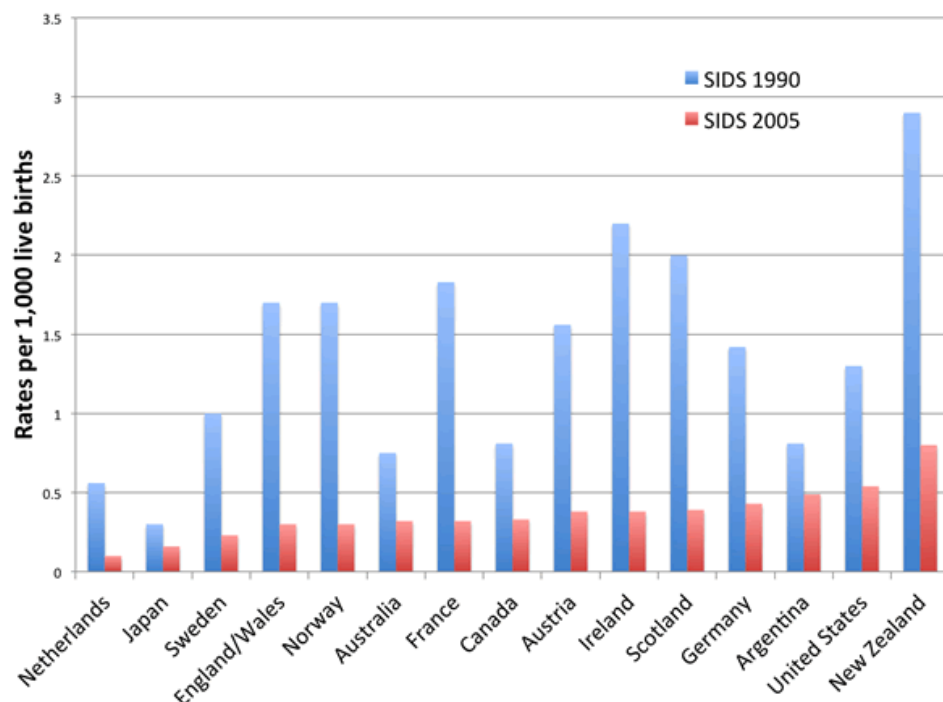
1.1.1. Aspetos epidemiológicos

Epidemiologicamente importante nos países desenvolvidos onde se tornou um problema de saúde pública, a SMSL é uma das principais causas de mortalidade infantil no primeiro ano de vida. Em 2003, a SMSL foi responsável pela morte de 2162 lactentes (Heron e Smith, 2007). Segundo Xu *et al.* (2009), a SMSL foi a terceira causa de morte no lactente (do nascimento até 12 meses) e a primeira causa de morte pós-natal (1 mês aos 12 meses) em 2007. A Holanda tem a menor incidência de SMSL no Ocidente, com 0,078/1000 nados vivos em 2007 (Liebrechts-Akkerman *et al.*, 2011).

Felizmente tem-se registado uma diminuição de incidência de casos de SMSL (figura 1). Nos EUA, em 1992, a taxa de mortalidade por SMSL era de 1,2/1000 nados vivos, e em 2005, esse valor caiu para 0,56/1000 nados vivos. A explicação apontada para este facto foi atribuída à mudança nas recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP), principalmente, no que concerne à posição ideal para dormir -

dorsal (García, 2008). Também na Nova Zelândia, a taxa de mortalidade por SMSL desceu de 4,3/1000 crianças vivas em 1987, para um valor de 0,9/1000 vivas em 2001 (Hutchison, Stewart e Mitchell, 2006), ou seja, uma descida para quase metade dos casos de SMSL. Segundo os mesmos autores, esta descida deveu-se sobretudo à campanha *Back to Sleep*® que recomenda que as crianças durmam em decúbito dorsal. Esta campanha incentivou os cuidadores dos lactentes a colocá-los para dormir em posição dorsal, provocando uma queda de 30 a 50% na mortalidade por SMSL (Romaneli *et al.*, 2012).

Figura 1 - Incidência da Síndrome de Morte Súbita do Lactente em 1990 e 2005



Fonte: SIDS CENTER (2013) in <<http://www.sidscenter.org/Statistics.html>>

De acordo com um estudo realizado no Departamento de Patologia Clínica Humana na Universidade da Extremadura, em Badajoz (2001), obtiveram-se os dados ilustrados na figura 2. Apesar do valor apontado (0,55/1000 nados vivos), pensa-se que em Portugal não se conhece a verdadeira dimensão da SMSL, estimando-se que este valor possa ir até uma incidência de 2/1000 nados vivos (Pinheiro, 1998).

Figura 2 - Valores Estatísticos Internacionais sobre a Incidência de SMSL

País	Frecuencia	País	Frecuencia	País	Frecuencia
Alemania	0,78	Espanña, Navarra (1994)	0,44	Noruega	0,6
Argentina	0,56	Inglaterra	0,45	N. Guinea-Papúa	0
Australia	0,54	Finlandia	0,25	Nueva Zelanda	1,04
Austria	0,6	Francia	0,49	Portugal	0,55
Bélgica	0,6	Grecia	0,43	Rusia	0,43
Canadá	0,45	Holanda	0,14	Singapur	0
Checoslovaquia	0,8-1,0	Hungria	0,3	Sudáfrica	0,29-1,1
Dinamarca	0,3	Hong-Kong	0,1	Suecia	0,45
Escocia	0,6	Irlanda	0,9	Suíza	0,44
Eslovaquia	0,14	Israel	0,2	Ucrania	0,7
Eslovenia	0,47	Italia	1,0	USA	0,77
Espanña	1	Japón	0,388	Zimbabue	29

Fonte: Piquer (2003)

1.1.2. Fatores de risco na Síndrome de Morte Súbita do Lactente

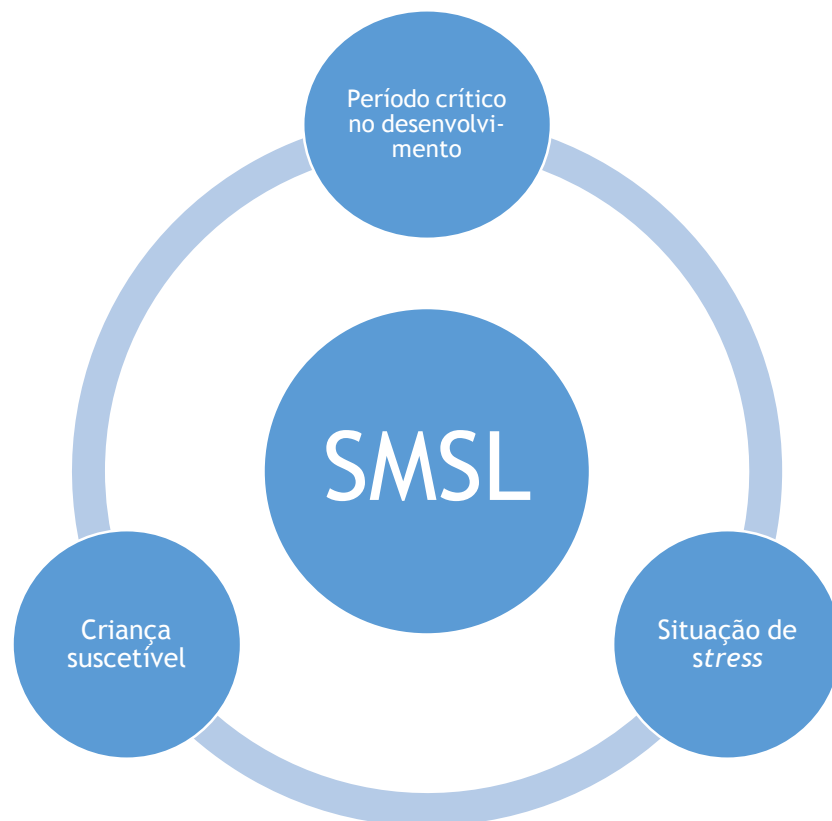
Apesar de enormes avanços na medicina nos últimos anos, ainda não se sabe exatamente a causa desta síndrome (Crawford, 2010, Fernandes *et al.*, 2012, Lopes e Figueira, 2001). Sabe-se sim, que existem bebês mais suscetíveis, mas não existe nenhum fator de risco confirmado que por si só possa causar a SMSL. Por outro lado, existem vários fatores de risco que podem contribuir, em combinação, para a morte de um lactente suscetível. Neste sentido, têm sido desenvolvidos estudos para averiguar possíveis causas de SMSL baseadas em hipóteses fisiopatológicas (Crawford, 2010).

Assim, várias teorias têm sido propostas para explicar a etiologia da SMSL. Uma hipótese aceitável é a de que a SMSL se relaciona com uma anormalidade do tronco cerebral na regulação neurológica no controlo cardiorrespiratório. Entendem-se por anormalidades a apneia do sono, a maior frequência de pausas respiratórias inspiratórias breves e resposta comprometida pelo aumento de dióxido de carbono ou aumento do oxigénio (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2011).

Também tem sido mencionada uma predisposição genética como uma provável causa para a SMSL. Um estudo efetuado por Puffenberger *et al.* (2004) revelou que existe correlação positiva entre uma mutação genética no cromossoma 6q22.1-22.31 e a SMSL.

Atualmente pensa-se que a SMSL será de etiologia multifatorial e a hipótese do Triplo Risco (figura 3) tem sido utilizada para explicar a provável patogénese desta síndrome. Tendo em conta esta teoria, a SMSL parece ocorrer i) em lactentes com uma vulnerabilidade subjacente, ii) que passam por uma situação de *stress* e, iii) durante um período crítico do desenvolvimento do sistema nervoso central ou imunitário (Fernandes *et al.*, 2012).

Figura 3 - Modelo do Triplo Risco para SMSL



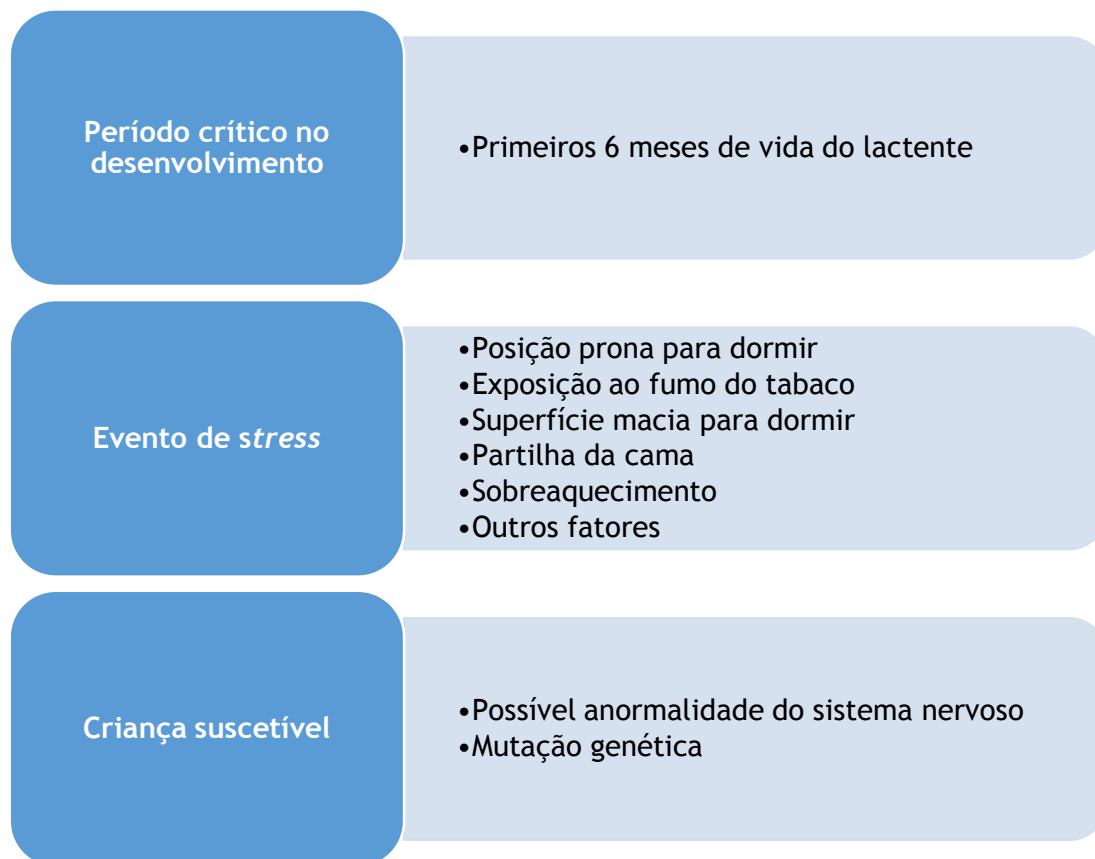
Fonte: Macián (2013)

Esta é a teoria mais amplamente aceite no que concerne ao desencadeamento de SMSL, sendo que a criança poderá ser vítima desta síndrome quando houver associação destes três fatores.

O período de desenvolvimento crítico refere-se aos seis primeiros meses de vida da criança, já que este é um período de rápido crescimento, considerando-se que a vulnerabilidade intrínseca pode permanecer latente até que a criança seja exposta a um fator externo, num determinado período, que tem um pico entre os dois e seis meses de idade. A criança vulnerável representa um lactente com uma anormalidade subentendida do tronco cerebral ou uma mutação genética. A

situação de *stress* (fatores externos ou ambientais) podem ser, entre outros, a exposição ao fumo do tabaco, as infeções respiratórias e a partilha da cama (figura 4).

Figura 4 - Descrição do Modelo do Triplo Risco



Fonte: Adaptado de Macián (2013)

Um estudo no âmbito da neuropatologia publicado pela *Child Health Alert*® em 2006 revelou que existem anomalias na forma como o cérebro dos lactentes utiliza a serotonina. Esta molécula está envolvida na forma como os lactentes reagem a elevados níveis de dióxido carbono e estaria diminuída durante o sono.

Na conceção atual da morte súbita de um lactente existem vários aspetos a ser considerados relativamente aos seus fatores de risco. Como referido anteriormente, subsistem vários fatores de risco que, combinados podem contribuir para a SMSL.

O pico de incidência de SMSL ocorre entre os dois e quatro meses de idade (figura 5), cerca de 90% dos casos surgem antes dos seis meses de idade e menos frequentemente antes do primeiro mês de idade (Athanasakis, Karavasiliadou e Styliadis, 2011, Crawford, 2010, Fernandes *et al.*, 2012, García, 2008).

Figura 5 - Idade do óbito da criança (em meses)



Fonte: AAP (2005)

O predomínio no sexo masculino, numa proporção de 60:40, tem sido encontrado em todos os estudos publicados, levando alguns autores a sugerirem como etiologia uma hipótese genética ligada ao sexo (Horne *et al.*, 2010, Nunes *et al.*, 2001).

Os casos de morte por SMSL parecem ocorrer com maior incidência nos meses mais frios (outono e inverno) e durante a noite (00:00h - 06:00h) (Crawford, 2010).

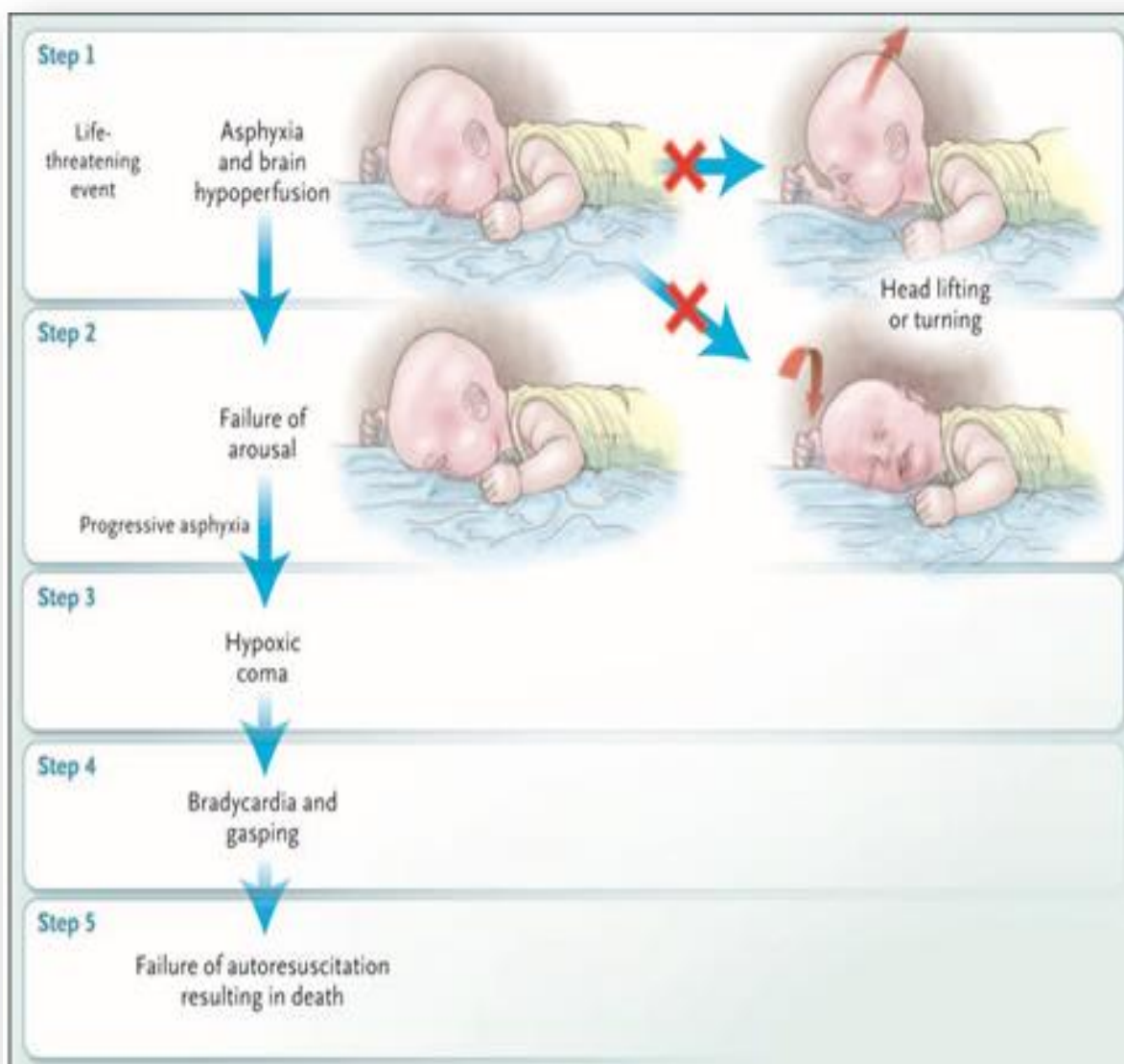
O tabagismo durante a gravidez é também um importante fator de risco para a SMSL. Um estudo levado a cabo por Anderson, Johnson e Batal (2005) mostrou que a exposição ao fumo do tabaco aumentou em 1,9 vezes o risco de um lactente sofrer de SMSL em comparação com os não expostos e que, 59% das mortes por SMSL foram atribuídas ao tabagismo materno. Além disso, foram encontradas maiores concentrações de nicotina no tecido pulmonar em crianças que morreram por SMSL, em comparação com um grupo controle. Por outro lado, estima-se que cerca de 25% de todos os casos de SMSL, sejam atribuídos ao tabagismo passivo (Valero e Ciscar, 2002).

Também o álcool parece estar relacionado com a SMSL. Um estudo concluiu que a probabilidade de SMSL aumenta de seis a oito vezes em caso de ingestão de álcool, particularmente se foi ingerido nos três primeiros meses da gravidez. Por outro lado, o abuso de álcool pela mãe durante a gestação foi associado à diminuição dos reflexos para despertar e ao aumento da irritabilidade do RN, sendo que estes parâmetros podem contribuir para a SMSL (Bailey e Sokol, 2011).

O sono na posição de decúbito ventral foi tido como um grande fator de risco para SMSL. Algumas das razões que leva o decúbito ventral a ser considerado

perigoso e favorecedor de SMSL estão relacionadas com um sono mais profundo e um aumento do limiar de despertar. Outras hipóteses sugerem a inalação de dióxido de carbono, a obstrução de vias aéreas superiores e a menor capacidade de despertar em resposta a eventos nocivos, como a hipóxia e hipercapnia, tal como sugere a figura 6 (Horne, Parslow e Harding, 2004).

Figura 6 - Teoria dos cinco passos para a falência respiratória na SMSL



Fonte: Macián (2013)

Vários estudos demonstraram que a cabeça coberta constitui um fator de risco para a SMSL devido ao sobreaquecimento ou à sufocação por inalação de gases expirados, como referido anteriormente (Carolan *et al.*, 2000, Guntheroth e Spiers, 2001, Patel *et al.*, 2003).

O aumento da temperatura corporal tem também um papel significativo para a SMSL, isto em virtude da sua interação com os mecanismos do sono, do controlo respiratório e do despertar da criança. Observou-se também que os RN's de pré-termo apresentam apneias mais frequentes em temperaturas mais altas. Assim sendo, a utilização de duas ou mais camadas de roupas sobre o tórax e o uso de roupa de cama que propiciem sobreaquecimento constituem potenciais fatores de risco para a SMSL, da mesma forma que o uso de colchões e travesseiros macios ou cobertores sob a criança pode constituir um fator de risco (D'halluin *et al.*, 2011).

Dormir com os pais ou *bedsharing*, foi associado positivamente com a SMSL (Fu, Moon e Hauck, 2010). Importa salientar que este risco aumentou quando associado ao hábito tabágico dos pais ou ao uso de drogas (Moon *et al.*, 2012). Além disso, a partilha da cama agrava o risco de sobreaquecimento da criança devido ao calor proveniente do corpo dos pais, podendo também favorecer a ocorrência de asfixia (Gessner, Ives e Perham-Hester, 2001).

São ainda considerados fatores de risco para a SMSL, os cuidados pré-natais tardios ou inexistentes, o estatuto socioeconómico precário, os bebés prematuros (com peso inferior a 2 500g), os bebés que nasceram com APGAR reduzido, as mães jovens e parto pré-termo e/ou crianças com baixo peso ao nascer (Athanasakis, Karavasiliadou e Styliadis, 2011, Fernandes *et al.*, 2012, García, 2008).

Existem ainda outros fatores de risco que podem contribuir para a morte de um lactente suscetível tais como, as causas genéticas, as patologias habituais desta faixa etária (infecções), o refluxo gastroesofágico, hipertonia vagal, hipertermia e, ainda, causas que podem propiciar este acontecimento, ligadas sobretudo ao ambiente em que o lactente se encontra, nomeadamente a posição no berço, seja em decúbito ventral ou lateral (Athanasakis, Karavasiliadou e Styliadis, 2011, Crawford, 2010).

Um estudo realizado por Coleman-Phox, Odouli e Li (2008), na Califórnia, concluiu que o uso do ventilador no quarto reduziria a incidência da SMSL em 72%, e, no caso de temperaturas ambientes superiores a 21°C, a redução da incidência de morte súbita com o uso do aparelho seria de 94%. Uma das hipóteses apontadas seria que os ambientes pouco ventilados favoreceriam maior concentração de dióxido de carbono perto da boca e do nariz da criança.

Os bebés de raça negra são cerca de 2,5 vezes mais suscetíveis à SMSL do que os bebés da raça branca. Por outro lado, a incidência da SMSL é menor entre os bebés hispânicos e asiáticos (García, 2008).

Pelo contrário, o aleitamento materno deve ser promovido pelos benefícios universalmente reconhecidos e pelo efeito protetor descrito nalguns estudos. Uma

meta-análise levada a cabo por Hauck *et al.* (2011) concluiu que o efeito protetor do leite materno aumenta se este for em exclusividade. De qualquer forma, a amamentação, mesmo que associada ao leite adaptado é, por si só, protetora (Mitchell e Blair, 2012).

1.1.3. Boas Práticas na Prevenção da Morte Súbita do Lactente

De seguida serão descritos alguns marcos apresentados pela AAP que foram, indubitavelmente, importantes para a redução da incidência de SMSL.

Foi em 1992 que a AAP publicou a sua primeira recomendação sobre a SMSL, na qual aconselhava a colocação dos lactentes em decúbito dorsal ou lateral durante o sono (Moon, 2011).

Em 2000, pelo facto de a SMSL permanecer uma das principais causas de mortalidade infantil, a AAP alargou as suas recomendações iniciais focando-se também nas superfícies onde decorre o sono, no sobreaquecimento, na partilha do quarto com os pais e no tabagismo materno (APP, 2005).

Posteriormente, em 2005, as recomendações da AAP colocaram um fim à indicação do decúbito lateral. Pelo contrário, afirmaram que os lactentes deveriam dormir apenas em decúbito dorsal e, foi nesta altura, que incluíram a ideia de que as chupetas poderiam reduzir o risco da SMSL. Além disso, mantiveram a ideia de que o lactente deveria partilhar a mesma divisão da mãe até aos 6 meses de idade, mas dormindo em camas separadas (Moon, 2011).

Em 2011 surge uma ampliação das últimas recomendações que deixam de se focar apenas na SMSL, para falar em *ambientes de sono seguro*. Mantêm-se as recomendações anteriores, contudo a AAP acrescenta que estas devem ser adotadas, em regra, até aos 12 meses de idade. Entre as medidas a tomar, destacam-se, a colocação do bebé em decúbito dorsal, dormindo no mesmo quarto, mas num berço apropriado, sem objetos soltos da cama e evitando o sobreaquecimento. Uma outra novidade foi o papel protetor do aleitamento materno que, apesar de ter sido mencionado desde 1992, aparece pela primeira vez como fator protetor de SMSL (Moon, 2011).

Também a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) publicou em 2009 um folheto com sete aspetos chave para a prevenção da SMSL, destinado aos pais e restantes familiares, médicos, enfermeiros, educadores, auxiliares de educação,

amas e a todos os que estão envolvidos na prestação de cuidados às crianças portuguesas. Neste folheto, o sétimo passo recomenda os cuidadores a oferecerem a chupeta à criança para dormir, alertando para o facto de que não deverá ser oferecida nas primeiras semanas de vida pois, segundo estes, poderá prejudicar a adaptação do bebé à mama (SPP, 2009).

Em maio de 2013, foi atualizada uma circular normativa da Direção Geral de Saúde (DGS) relativa ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, onde consta que a criança deverá ser colocada para dormir em posição dorsal de forma a evitar a SMSL, aconselhando também o seu desmame a partir dos dois anos (DGS, 2013).

1.2. A importância da utilização da chupeta na prevenção da Morte Súbita do Lactente

É sabido que nos primeiros meses de vida a maior sensibilidade da criança se centra na boca, sendo através dela que ela tem o único contacto com o mundo exterior. Portanto, para a criança a sucção funciona como uma das principais formas de exploração quer do seu corpo, através do ato de levar as mãos à boca, quer do ambiente, ao agarrar objetos e da mesma forma os conduzir à boca (Cunha et al., 2004). Por conseguinte, a Sucção Não-Nutritiva (SNN) assume um papel facilitador do ajustamento e interação da criança com o meio ambiente (Cunha et al., 2004), e pode manifestar-se através do uso da chupeta.

O termo anglo-saxónico *pacifier*¹ parece sábio e acertado. Silva (2000) corrobora esta ideia, afirmando no seu estudo que a sucção da chupeta apresenta uma função de autocontrolo, conforto e de sossego na criança, possibilitando-lhe, desta forma, enfrentar as exigências do mundo externo com sucesso.

Contudo, a sua utilização é um tema polémico e não reúne consenso entre os diversos profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita à sua influência na amamentação.

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno. A IHAC propõe um conjunto de medidas para atingir as metas contidas na *Declaração de Innocenti*,

¹ Pacificador, calmante

onde se destaca a iniciativa do Hospital Amigo da Criança, que enumera os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. O nono passo aconselha as mães a não darem tetinas e chupetas ao bebê amamentado ao peito (Araújo, Silva e Coutinho, 2007).

Tendo em vista o impacto negativo do uso da chupeta sobre a amamentação, vários autores procuraram evidência que comprovasse ou não, a influência da utilização da chupeta na manutenção da amamentação.

Jenik *et al.* (2009) no seu estudo concluiu que em RN's com gestação de termo, saudáveis, que estivessem a ser amamentados com sucesso às 2 semanas de vida e cujas mães se encontrassem motivadas para amamentar até aos 6 meses, a recomendação da utilização da chupeta não diminuiria a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos três meses. Dois anos mais tarde, o Centro de Colaboração Cochrane® levou a cabo a elaboração de uma RSL - Jaffar *et al.* (2011), onde verificou que a utilização da chupeta em crianças nascidas a termo, já com a amamentação estabelecida, não afetou significativamente a prevalência e/ou duração da amamentação exclusiva e parcial até quatro meses de idade. A evidência para avaliar a curto prazo as dificuldades sentidas pelas mães durante o processo de amamentação e o efeito a longo prazo da chupeta na saúde da criança é escassa. À luz desta revisão, é recomendado que, até que surjam mais informações sobre os efeitos da chupeta em lactentes, as mães que estejam motivadas para amamentar devem ser elas próprias a tomar a decisão sobre a utilização da chupeta (Jaafar *et al.*, 2011).

Vários estudos têm sido efetuados com o intuito de avaliar se o uso da chupeta é determinante na duração da amamentação exclusiva ao peito. A teoria de que os RN aprendem técnicas de sucção inadequadas e usam métodos diferentes na chupeta e/ou biberão comparativamente ao mamilo, não é comprovada pelo estudo de Jaafar *et al.* (2011). Assim sendo, incentivar o não uso da chupeta em crianças amamentadas poderá não ser a melhor escolha. Talvez a eficácia dos programas de incentivo ao aleitamento materno, com suporte permanente após a alta hospitalar, fosse maior ao serem reconhecidas as dificuldades individuais da mulher com o processo de amamentação.

Por outro lado, de entre todos os potenciais benefícios da utilização da chupeta, o que mais se destaca e que se encontra fortemente suportado pela evidência científica é a redução de SMSL (Nelson, 2012).

Já no final da década de 70, Cozzi, Albani e Cardi (1979) afirmaram que a chupeta poderia proteger contra a SMSL. Mais tarde, Mitchell *et al.* (1993) publicaram um estudo desenvolvido na Nova Zelândia, onde concluíram que o uso

rotineiro de chupetas ou apenas no sono de referência (no caso do grupo controlo) teria reduzido o risco de SMSL em 24% e 56%, respetivamente. Doze anos mais tarde, Hauck *et al.*, (2005) realizaram uma RSL que revelou a existência de uma forte correlação entre o uso da chupeta e a redução do risco da SMSL, sendo o efeito mais forte quando a criança está a dormir. Afirmaram ainda que, incentivando o uso da chupeta, é provável que uma morte por SMSL pudesse ser evitada para cada 2733 crianças que usam chupeta quando colocada para dormir. Concluíram desta forma, que o uso da chupeta para a prevenção da SMSL é benéfico para crianças até um ano de idade. Outros autores revelaram nos seus estudos que o risco SMSL nas crianças que não usaram chupeta no último sono foi, pelo menos, duas a cinco vezes maior do que o das crianças que usaram chupeta (Bueno, 2008).

Com efeito, diferentes mecanismos têm sido usados para explicar o efeito protetor da chupeta, contudo nenhum tem sido universalmente aceite. A literatura tem-se centrado na permeabilização das vias áreas, na respiração pela boca em caso de oclusão nasal, e na posição dorsal para dormir (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005). De facto, a sucção desenvolve a tensão muscular ao nível das vias aéreas superiores e a língua acaba por adotar uma posição que se move para a frente mantendo assim, a permeabilização das vias aéreas (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005, Mellara *et al.*, 2010). Além disso, o uso da chupeta está associado à presença de uma hipercapnia ligeira, fator que *per si* estimula a função ventilatória (Jenik e Vain, 2009).

No entanto, existem outros argumentos causais que têm sido também utilizados, para explicar a relação entre a chupeta e a SMSL, nomeadamente, que a sucção pode reduzir a probabilidade de apneia e que a utilização da chupeta pode diminuir os comportamentos de sono de alto risco, tais como, quando a criança está a dormir em decúbito ventral (Mellara *et al.*, 2010). Apesar destes resultados, a maioria dos investigadores e profissionais de saúde mantiveram-se relutantes em promover e incentivar o uso da chupeta.

1.3. A Educação Para a Saúde na Prevenção da Morte Súbita do Lactente: O Contributo da Enfermagem

Em muitos países, as campanhas públicas de sensibilização para a prevenção de SMSL, resultaram numa acentuada diminuição da incidência da morte súbita. Exemplo disso são, a Holanda, em 1987, o Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália

em 1991, os países escandinavos 1990-1992 e os EUA em 1994 (Moon, Horne e Hauck, 2007). Apesar da incidência de SMSL variar de país para país, em todos os que foram realizadas campanhas para a prevenção de SMSL, houve *uma redução considerável* desse mesmo número (Romero e Piquer, 2003, p. 34). Após a identificação da posição prona (decúbito ventral) para dormir como principal fator de risco para SMSL, as campanhas de sensibilização advertindo os cuidadores para evitar essa posição resultaram numa redução significativa da mortalidade por SMSL. Além disso, foi também verificado que a decisão dos pais de modificar a posição para dormir, é influenciada pela orientação recebida de profissionais da área da saúde (Nunes *et al.*, 2002).

Contudo, em Portugal, apesar das recomendações para a prevenção da SMSL da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e DGS, não foram encontradas campanhas de sensibilização e/ou informação à população sobre esta síndrome.

Um estudo realizado por Fernandes *et al.* (2012), que tinha como objetivo perceber o que os pais sabiam sobre este assunto na área da Grande Lisboa, relevou que num universo de 44 mães de lactentes saudáveis, *31% desconheciam medidas de prevenção do SMSL, 30% das mães assumiram agasalhar de forma excessiva os seus bebés e 68% dos lactentes dormiam com objetos como almofada, bonecos moles, fralda de pano ou edredão e/ou tinham um colchão mole* (Fernandes *et al.*, 2012, p. 61). Relativamente aos fatores que parecem conferir proteção na SMSL, pouco mais de metade dos lactentes (52%) adormeciam com a chupeta e a grande maioria (95%) foi amamentada (de forma exclusiva ou não) mais de um mês.

Como conclusões, os autores afirmaram que os únicos fatores de risco possíveis de manipular são os ambientais, sendo crucial informar os pais e cuidadores neste sentido, ressaltando que estes são, de facto, os elementos-chave em todo este processo.

Face à consciencialização desta problemática, constata-se que a prevenção de SMSL é ainda pouco divulgada, bem como os seus fatores de risco. Torna-se, assim, indispensável a educação dos cuidadores neste aspeto, já que só assim será possível obter ganhos em saúde significativos para a criança e para os seus cuidadores.

Sabe-se com certeza que a incidência de SMSL diminuiu significativamente nas regiões onde são realizadas campanhas de esclarecimento da população quanto aos fatores de risco (Nunes *et al.*, 2001). Nesta linha de pensamento, pode-se afirmar que a prevenção é indispensável em todo este processo. Alerta-se assim, para a importância da implementação de campanhas de Educação Para a Saúde dirigidas, sobretudo, aos cuidadores de lactentes, sejam pais, avós, parentes e

amigos, e o reforço deste ensino no decorrer das consultas de Vigilância de Saúde Infantil ao longo do primeiro ano de vida.

Nesta parceria, a intervenção do enfermeiro deve ser centrada na promoção do papel parental e consiste em estabelecer uma relação de abertura e diálogo com cuidadores, disponibilizar a informação, facilitar a expressão de sentimentos e promover estratégias para aumentar as competências parentais.

A Educação Para a Saúde define-se como qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promova a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). A Educação Para a Saúde é um aspeto que o enfermeiro deve dominar, dando a conhecer fatores adjuvantes para a saúde e os benefícios de determinadas escolhas, de modo a capacitar o indivíduo/família para comportamentos de procura de saúde (Damasceno, 2009).

A educação só tem sucesso quando os cuidadores tiverem um conhecimento aprofundado de todos os factos e do contexto da situação (Carvalho e Carvalho, 2006). No entanto, é importante mencionar, que a aquisição de conhecimentos são o produto de um processo ativo e interativo entre as matérias e as ideias relevantes da estrutura cognitiva do cuidador (Ausubel, 2000).

O enfermeiro deve possuir conhecimento e dominar a capacidade comunicativa de forma a poder contribuir para uma melhor qualidade de vida da população (Damasceno, 2009). Para isto deve intervir na unidade familiar como alvo de cuidados, para assim, conseguir perceber e trabalhar a dinâmica familiar. A predisposição e motivação da família para a mudança, tem que, forçosamente, basear-se em aspetos além do domínio do conhecimento e capacidades, podendo estes fatores ser influenciados, positiva ou negativamente, pelos profissionais de saúde (Viana, Santos e Guimarães, 2008).

O enfermeiro deverá, pois, agir no cerne da questão, tentando, primordialmente, perceber quais as dúvidas dos cuidadores, explorando não só as áreas do conhecimento e capacidades, como também as crenças, valores e atitudes que estão na base de comportamentos desviantes que poderão contribuir para a SMSL. A enfermagem assume um papel primordial na Educação Para a Saúde, realizando intervenções quer nas instituições, no decorrer das consultas de saúde infantil, quer nas visitas domiciliárias, onde pode realizar, no momento, Educação Para a Saúde sobre a SMSL.

Percebe-se que, apesar do fulcral trabalho de enfermagem, ainda há um longo caminho a percorrer, para que os resultados esperados se reflitam nos resultados obtidos, pelo que se acredita que a chave do sucesso se prende com uma

avaliação rigorosa das necessidades dos cuidadores, para que as intervenções se coadunem com estas e não com aquilo que é pressentido pelos enfermeiros como necessidade.

2. REFERENCIAL METODOLÓGICO

A utilização de evidência científica conduz à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na Enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados mais adaptados em prol da qualidade de vida dos clientes. Com efeito, as pesquisas devem ser efetuadas através de um formato sistematizado, pois este é o método mais sofisticado para a aquisição do conhecimento (Polit e Beck, 2011). Assim, neste subcapítulo, apresentam-se as conceções teóricas no que concerne à metodologia e modelo concetual utilizados na elaboração da RSL.

2.1. Prática Baseada na Evidência: O Contributo da Revisão Sistemática da Literatura

A Prática Baseada na Evidência (PBE) retrata uma abordagem que surgiu da necessidade de se aprimorar a prática clínica e a qualidade do ensino. Esta tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência na tomada de decisões clínicas sobre a prestação de cuidados aos doentes, levando em consideração as necessidades individuais e as preferências da pessoa (Sampaio e Mancini, 2007). Acredita-se que a PBE pode contribuir para a mudança da prática de enfermagem que, em muitas instituições, está ainda pautada por tradições, rituais e tarefas, tornando assim a prática mais reflexiva e baseada em conhecimento científico (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

A PBE surgiu no Canadá, na década de 80, sendo que inicialmente foi limitada ao contexto medicina, nomeando-se portanto, Medicina Baseada em Evidências. Surgiu do trabalho de um grupo de investigadores da Universidade de McMaster que se propuseram reestruturar a prática de medicina de forma a poderem adquirir e

utilizar a informação mais facilmente. Estes investigadores pretendiam mudar a medicina de uma cultura baseada na experiência clínica caracterizada por um viés pessoal e registos escassos de resultados, para uma cultura onde existissem registos de informação sem viés e onde os benefícios para o cliente seriam valorizados. Esta abordagem rapidamente apresentou benefícios para os clientes e reduziu custos, sendo que posteriormente, foi abraçada por outras áreas do conhecimento como a Enfermagem, a Fisioterapia, a Terapia ocupacional, a Educação, entre outras áreas (De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, 2011, Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

A PBE garante, então, que os cuidados de saúde sejam fundamentados em evidências científicas válidas, relevantes e que resultem ainda, de uma pesquisa e avaliação sustentada. Esta consiste numa abordagem à prática clínica que compreende a integração da evidência pela investigação, a perícia clínica, a interpretação das necessidades e perspetivas dos doentes na tomada de decisão (Craig e Smyth, 2004).

De facto, a PBE distingue-se pelo seu carácter estimulante e frequentemente gera ideias para futuras investigações, tendo assim como resultado uma abordagem mais eficaz aos problemas no que respeita à prestação de cuidados aos clientes. No entanto, importa ressaltar que esta não dispensa o domínio da prática, das capacidades de escuta e da dedicação humana. Estes atributos, no seu conjunto, permitem uma compreensão do cliente e da sua doença no contexto da sua experiência, personalidade e cultura (Craig e Smyth, 2004).

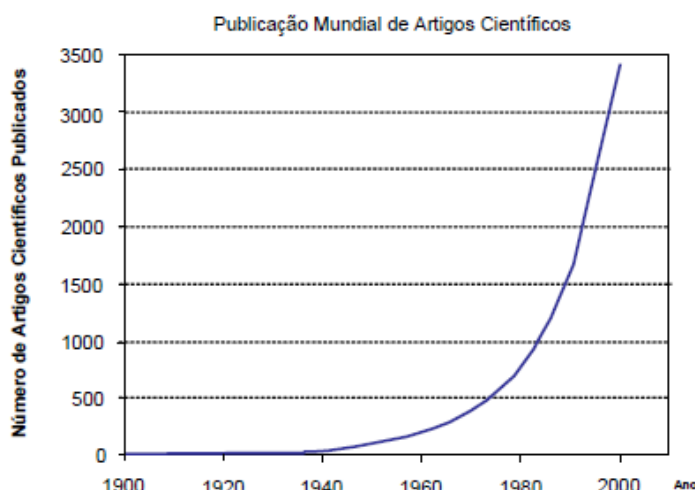
Assim, ao utilizarem uma abordagem baseada na evidência na seu exercício profissional, é possível que os enfermeiros sejam capazes de desenvolver o seu pensamento crítico, colocando a si próprios questões pertinentes sobre sua prática, demonstrando assim que utilizam informação fidedigna para basear as suas decisões. É por esta razão que o *International Council of Nursing*® (ICN®) promove e apoia a PBE através das suas publicações e da sua Rede de Investigação do ICN® (www.icn.ch/networks/research-network/).

O agir profissional do enfermeiro consoma-se com a prática de atos, em resultado do processo de tomada de decisão. Em enfermagem, as decisões tomadas na prestação de cuidados devem ser fundamentadas em evidência científica, transmitindo conhecimentos objetivos e neutros. A tomada de decisão deve ser enraizada como uma filosofia de trabalho, de desenvolvimento pessoal e do estilo de liderança adotado. Com efeito, os atos profissionais decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base no raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica (Martins, 2010).

Pelo que foi anteriormente referido, vários autores reforçam que a prestação de cuidados de enfermagem deve ter por base a PBE. Contudo, reconhecem também que alguns obstáculos necessitam de ser ultrapassados para a incorporação dessa abordagem na prática clínica, nomeadamente, a falta de tempo para a procura da evidência científica fundamentada, a complexidade das ferramentas para o desenvolvimento de pesquisas, a dificuldade para avaliar criticamente as pesquisas, a barreira linguística e o vasto número de periódicos que contém novas informações (Kajermo *et al.*, 2008).

De facto, o crescimento exponencial do número de artigos científicos publicados é evidente como ilustra a figura 7. Anualmente são publicados cerca de dois milhões de artigos científicos na área da saúde, em mais de 20.000 revistas científicas. A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo.

Figura 7 - Número de artigos científicos publicados nas últimas décadas



Fonte: Mayer (2013)

Desta forma, é necessário que estas sejam analisadas quanto à sua aplicabilidade, tornando o conhecimento produzido mais facilmente acessível.

De forma a sintetizar o conhecimento produzido e a separar os estudos pertinentes daqueles irrelevantes para determinada questão de partida surge então, a necessidade de se realizarem Revisões Sistemáticas da Literatura (RSL) (Pereira e Bachion, 2006).

As RSL surgem como um meio de dar resposta a este desafio, através da identificação, avaliação e síntese de evidência baseada na investigação e da sua apresentação num formato acessível. Mais concretamente, a RSL é uma metodologia

científica objetiva, eficiente e reprodutível, que permite extrapolar resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada um deles e explicar as possíveis incoerências e conflitos. Além disso, é uma técnica que aumenta a acurácia dos resultados, melhorando a precisão das estimativas de efeito de uma determinada intervenção (Lefavre e Slobogean, 2013).

Deste modo, as RSL são encaradas por diversos autores como o fundamento da PBE (Polit e Beck, 2011). Acrescente-se ainda que as RSL são investigações científicas com uma metodologia definida *à priori* através da elaboração de um protocolo, recorrendo a estudos originais como sendo a sua amostra. Com efeito, o seu principal objetivo será sintetizar os resultados desses mesmos estudos utilizando estratégias que diminuam a ocorrência de erros aleatórios e sistemáticos (Berwanger *et al.*, 2007).

As RSL são assim, consideradas ferramentas indispensáveis da PBE, já que perante a quantidade e complexidade das informações produzidas diariamente na área da saúde, os métodos de revisão são sustentados por um padrão de rigor (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Contrariamente às revisões narrativas que não explicitam e/ou justificam a escolha dos artigos utilizados, as RSL utilizam métodos rigorosos e explícitos para identificar, criticar e sintetizar os estudos relevantes, procurando desta forma, agregar e examinar toda a evidência de melhor qualidade referente à pergunta colocada (Bernardo, Nobre e Jatene, 2004). Na elaboração de revisões narrativas, geralmente, não se aplica qualquer critério explícito e sistemático para a procura e análise crítica das evidências científicas encontradas. Estas têm uma força de evidência científica precária, sendo que a seleção dos artigos e a interpretação das informações ficam sujeitas à subjetividade dos autores (Bernardo, Nobre e Jatene, 2004). Contudo, podem ser usadas, por exemplo, em explorações iniciais de um problema ou para integrar diversas temáticas.

Por outro lado, as RSL quando corretamente elaboradas resumem, de forma concisa e transparente, a evidência científica dos estudos pertinentes a um determinado tópico de interesse, passando pelo crivo da avaliação da qualidade metodológica de cada estudo incluído na mesma. A revisão sistemática, com ou sem meta-análise, é o método de pesquisa científica que produz o melhor nível de evidência. Desta forma, os trabalhos que recorrem a essa metodologia são fontes de informação úteis para justificar a tomada de decisões em saúde (Castro *et al.*, 2002). Em suma, na área da saúde, a elaboração de uma RSL sobre determinado tema procura que os cuidados sejam baseados em evidência científica, produzindo-

se uma avaliação crítica das informações disponíveis para uma posterior tomada de decisão fundamentada (Pereira e Bachion, 2006).

2.2. O Modelo de Referência Metodológica para Revisões Sistemáticas do Instituto Joanna Briggs®

Vários são os institutos que albergam estudos de RSL, como por exemplo o Centro de Colaboração Cochrane®, o Centro de Colaboração Campbell®, o Instituto Joanna Briggs®, entre outros. Com efeito, tendo em conta a área de conhecimento na qual o presente estudo se desenvolve, serão utilizadas na sua realização as orientações do Instituto Joanna Briggs®.

O JBI® (Joanna Briggs Institute) é um órgão internacional de investigação, desenvolvimento e organização especializado na Pesquisa em Enfermagem Baseada em Evidência, sem fins lucrativos. Possui a sua sede na Austrália e foi uma iniciativa conjunta do *Royal Adelaide Hospital* e da *University of Adelaide*. Contudo, atualmente é um instituto internacionalmente reconhecido da *University of Adelaide* e da *Faculty of Health Sciences* (JBI, 2011). O Instituto estabeleceu-se em 1995, tornando-se efetivamente operacional em 1996.

De referir que a necessidade de criação do presente instituto surgiu do facto de ser necessária a colaboração para avaliação da evidência proveniente de variadas fontes, que incluísse, não só a experiência, especialização e todas as formas de investigação, mas também a tradução, transferência e utilização rigorosa da melhor evidência científica disponível durante a prestação de cuidados (JBI, 2011).

O JBI® tem como principal papel viabilizar e identificar os resultados oportunos, úteis e eficazes das práticas e cuidados de saúde, facilitando a colaboração internacional entre os centros colaboradores, grupos e profissionais especialistas. Além disso tem também como objetivo a liderança na produção, disseminação e provisão das melhores evidências científicas, para que os profissionais de saúde possam tomar uma decisão clínica fundamentada no momento do atendimento ao cliente (JBI, 2011).

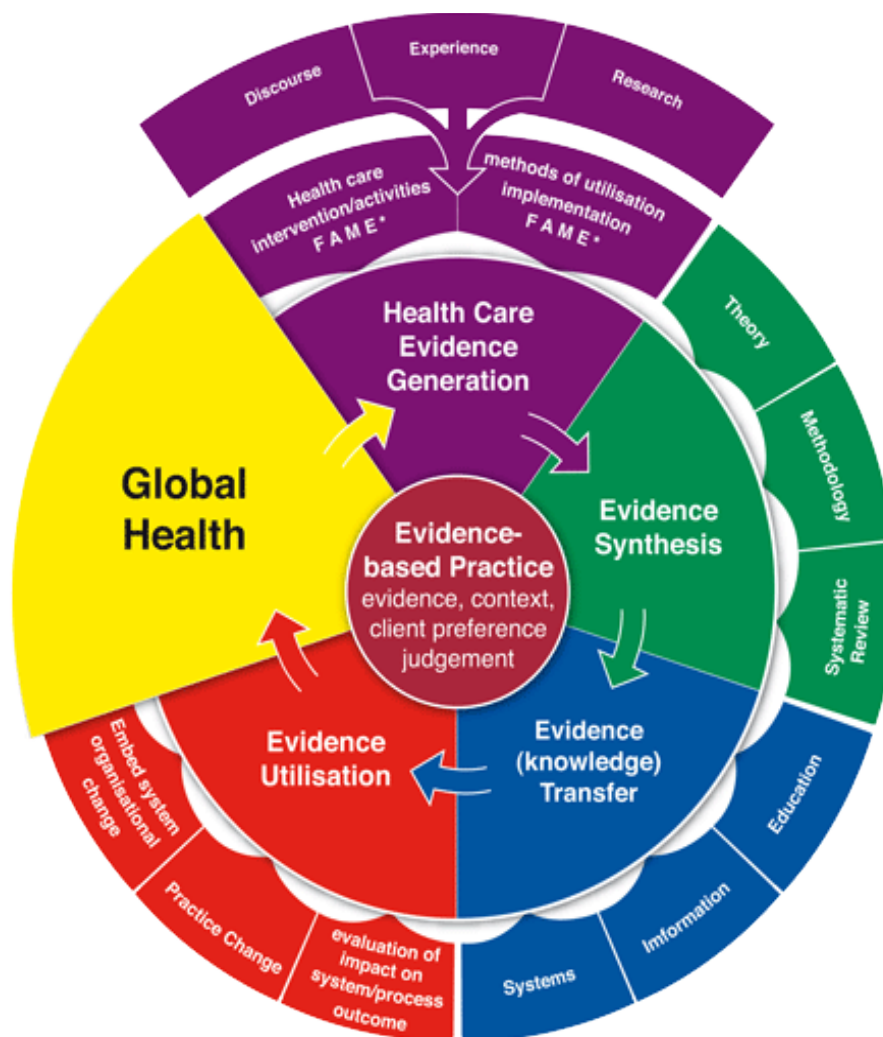
O Instituto colabora internacionalmente com 77 entidades em todo o mundo (Europa, Ásia, América, Austrália e Pacífico). Na Europa existem 14 Centros que pretendem fortalecer a sua ação de cooperação através de projetos conjuntos e ações em colaboração, um dos quais no nosso país. *Portugal Centre for Evidence*

Based Practice (PCEBP) é um Centro Afiliado JBI®, acolhido pela Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E).

As suas entidades colaboradoras difundem e apoiam a síntese, a transferência e utilização da evidência através da identificação de práticas de cuidados de saúde exequíveis, adequadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria dos resultados de saúde a nível mundial.

O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do JBI® (figura 8) forma o conceito de PBE como tomada de decisão que considera a melhor evidência disponível, o contexto em que os cuidados são prestados, a preferência do cliente e o juízo crítico do profissional de saúde (Pearson *et al.*, 2005).

Figura 8 - Modelo Concetual de Cuidados de Saúde Baseados em Evidência do JBI®



Fonte: JBI® (2011) in <<http://www.joannabriggs.edu.au/Use%20Evidence/800%20Hospitals/Translation%20Science>>

O modelo descreve os quatro elementos principais do processo de cuidados de saúde baseados na evidência, nomeadamente, i) geração de evidência de cuidados de saúde; ii) síntese da evidência; iii) transferência da evidência (conhecimento); e iv) utilização da evidência.

No presente modelo, os cuidados de saúde são apresentados através de um processo cíclico que desencadeia interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades globais de cuidados de saúde. Por sua vez, estas interrogações são direcionadas de modo a gerar conhecimento e evidência que vá ao encontro dessas necessidades, tendo em conta as reais necessidades das populações, culturas e cenários específicos. Posteriormente, esta evidência é avaliada, sintetizada e transferida para cenários de prestação de serviços e profissionais de saúde que, posteriormente, a utilizam e avaliam o seu impacto nos resultados de saúde, sistemas de saúde e prática profissional (JBI, 2011).

De forma sucinta, a geração de evidência identifica o discurso (ou narrativa), a experiência e a investigação como meios legítimos de produção de evidência ou de conhecimento. Por sua vez, a síntese de evidência é retratada como a avaliação ou análise da evidência de investigação e opinião sobre um tema específico para auxiliar na tomada de decisão em cuidados de saúde (no modelo é conceptualizada como consistindo em três elementos: teoria, metodologia e a revisão sistemática da evidência). A transferência da evidência é conceptualizada como o ato de transferir conhecimento ao nível mundial, individualmente para os profissionais de saúde, instalações de saúde e sistemas de saúde, através de revistas, outras publicações, os *media* eletrónicos, educação e formação e sistemas de apoio à decisão. Por último, a utilização da evidência relaciona a implementação da evidência na prática, como é evidenciado pela mudança da prática e/ou do sistema (Pearson *et al.*, 2005).

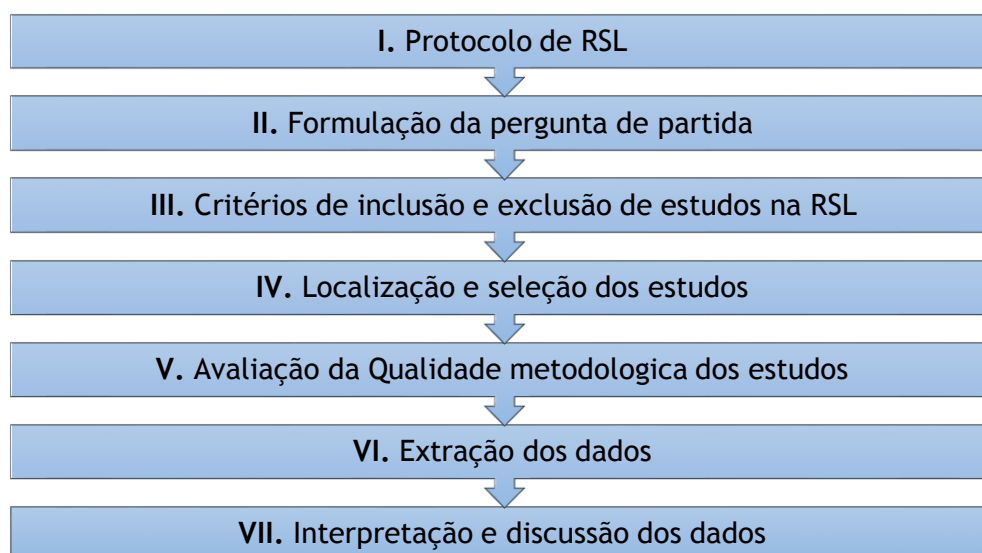
Importa ainda salientar que o termo *evidência* foi utilizado no modelo para designar a base da crença, a comprovação ou confirmação que é necessária para acreditar que algo é verdadeiro (Miller e Frederick, 2005, cit. por Pearson *et al.*, 2011). Contudo, há evidências que sugerem que os enfermeiros tendem a ver a evidência corrente gerada através da investigação como impraticável e, portanto, irrelevante para a prática diária. Autores como Nagy, Lumby, McKinley e Macfarlane (2001) citados por Pearson, Weeks e Stern (2011) sugerem que os enfermeiros não se vêem como possuidores de habilidades cognitivas, de tempo ou de apoio organizacional para localizar, avaliar e implementar as melhores evidências disponíveis. Assim, torna-se prioritário envolver os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, na procura da melhor evidência disponível.

Em suma, o modelo anteriormente referido representa o processo que o JBI® utiliza para enquadrar a prestação da melhor evidência disponível, bem como de utilização de recursos para profissionais de saúde para melhorar a saúde global. O Modelo JBI® foi então, construído para permitir o desenvolvimento do pensamento crítico sobre a prestação de cuidados baseados em evidências dentro de uma estrutura conceitual lógica. Este foi elaborado a partir da experiência do JBI® e dos seus parceiros globais na promoção e facilitação prática baseada em evidências. Este modelo é uma tentativa de representar conceitualmente as componentes de um processo cíclico que não só, responde às prioridades de saúde global, mas que também serve para dar qualidade à saúde global do indivíduo (Pearson, Weeks e Stern, 2011).

2.3. Fases Metodológicas da Revisão Sistemática da Literatura

O núcleo da síntese da evidência é a RSL sobre uma condição, intervenção ou assunto particular (Bettany-Saltikov, 2012). A RSL é essencialmente uma análise de toda a evidência disponível e um juízo sobre a eficácia (ou não) de uma prática, envolvendo várias etapas, representadas na figura 9 (JBI, 2011).

Figura 9 - Orientações para a elaboração de RSL



I. O desenvolvimento de um protocolo rigoroso

Um protocolo de pesquisa é um plano ou uma sequência de etapas a seguir no estudo. É um documento utilizado para formalizar todo o processo de decisão associado à seleção dos estudos primários e, simultaneamente, pretende definir, acompanhar e documentar todos os passos a serem executados no estudo secundário (Pereira e Bachion, 2006).

Por conseguinte, todos os detalhes da metodologia devem ser documentados de forma transparente antes do início do estudo, uma vez que a validade da RSL dependerá da reprodutibilidade do protocolo. Desta forma, será possível que outros investigadores, seguindo o protocolo, obtenham os mesmos resultados. Assim, a definição *à priori* da metodologia e posterior cumprimento das etapas do protocolo irá garantir a validade do estudo, minimizando possíveis vieses (JBI, 2011).

O protocolo da RSL caracteriza-se por um conjunto de etapas que devem ser seguidas e que incluem a justificação para a revisão, os objetivos, os critérios de inclusão e exclusão, os métodos de identificação de evidências científicas e de seleção dos artigos, os métodos de extração de dados, a avaliação da qualidade metodológica dos artigos e a síntese/disseminação dos dados (Higgins e Green, 2011).

Além de proporcionar um plano pré-determinado para garantir o rigor e minimizar os potenciais vieses, o protocolo de RSL permite ainda a atualização periódica da revisão, caso seja necessário. Importa ressaltar que devem ser evitadas mudanças no protocolo durante a RSL. Contudo, estas podem ser necessárias devido a circunstâncias não previstas. Deste modo, o protocolo não deve ser visto como uma *camisa-de-forças* que impossibilite a investigação devido a ocorrências inesperadas. Assim sendo, estas devem ser documentadas e publicadas na RSL (JBI, 2011).

II. Formular a questão de partida

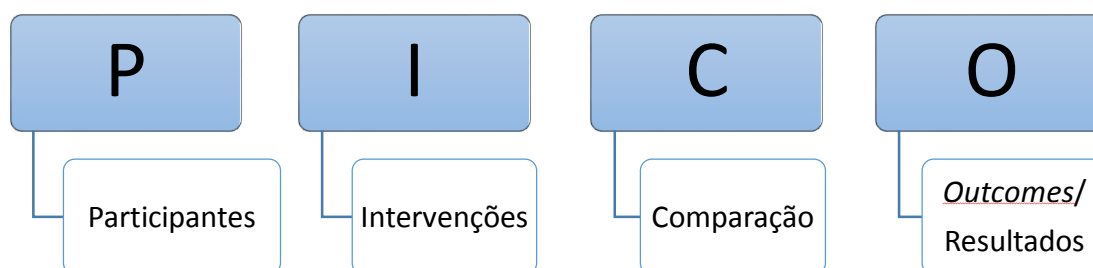
A RSL deve iniciar-se com a definição do problema e da formulação da questão de partida (Polit e Beck, 2011). Uma RSL requer uma questão de partida clara, uma vez que a partir desta são definidos os objetivos e toda a estrutura da revisão, determinando, desta forma, a sua validade externa (Higgins e Green, 2011). Esta etapa é considerada por muitos autores como a etapa mais importante na elaboração da RSL, uma vez que proporciona a direção para a execução das outras etapas relativas a todo processo. Essa fase inclui a definição dos participantes,

intervenções e resultados a serem avaliados (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004, Higgins e Green, 2011, Sampaio e Mancini, 2007). De referir que a pergunta da RSL pode ser específica ou abrangente. No entanto, o mais indicado é dividir uma questão abrangente em diferentes questões específicas (CDR, 2009).

Existem alguns itens-chave que determinam os critérios para seleção dos estudos da RSL que são fundamentais para a elaboração da pergunta de investigação. No caso de uma RSL sobre uma intervenção, os itens-chave são os participantes, a intervenção, a intervenção de comparação (se aplicável) e os resultados.

Desta forma, para o delineamento da questão de partida, pode ser utilizada a estratégia PICO (Bettany-Saltikov, 2012, Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Este método foi elaborado por Sackett *et al.* (1997 citado por Craig e Smyth, 2004) para a formulação de questões mais focalizadas, sendo derivado do acrónimo: População, Intervenção, Comparação e *Outcomes*/resultados (Figura 10).

Figura 10 - Método PICO



A questão é constituída por três ou quatro partes, dependendo se existe (ou não) comparação, sendo elas: i) doente ou problema, em que se define quem ou sobre o que é a questão; ii) intervenção, na qual se define a intervenção, teste ou exposição em que se está interessado; iii) comparação da intervenção (se existir), em caso afirmativo expõe-se a intervenção alternativa; e iv) resultados, em que é necessário referir quais os resultados benéficos e prejudiciais.

Importa referir ainda que, *os constructos-chave que delineiam a pergunta de partida deverão ser definidos conceitualmente e as definições devem indicar as fronteiras da investigação* (Polit e Beck, 2011, p. 563). Como tal, está também aconselhada uma pesquisa inicial na literatura, pois pode auxiliar a definição dos tipos de resultados adequados (CDR, 2009).

Paralelamente, deve ser utilizada uma terminologia que permita normalizar os vocábulos de uma determinada área do conhecimento para assim facilitar a

organização, recuperação e disseminação da informação. De referir que, a forma como se pesquisa, nomeadamente no que respeita aos termos de pesquisa, poderá interferir com a sensibilidade da RSL. Desta forma, é importante procurar termos descritores MeSH® no sentido de fortalecer a pesquisa e assim assegurar uma procura ampla. O MeSH®, acrónimo de *Medical Subject Headings*®, classifica os artigos segundo as palavras-chaves, sendo uma marca registada dos *United States National Library of Medicine* (Craig e Smyth, 2004). Os termos MeSH® estão organizados hierarquicamente numa estrutura de árvore, com os níveis superiores representando conceitos ou tópicos (Higgins e Green, 2011). Na área das Ciências da Saúde, o vocabulário controlado MeSH® é o mais utilizado ao nível mundial (acedido através do <<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>>).

Todavia, existe ainda um vocabulário que opera em três línguas - inglês, português e espanhol - denominado de DeCS® (Descritores em Ciências da Saúde®) que foi criado pela BIREME® (acedido através <<http://decs.bvs.br/>>). Este permite servir uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros ou outro tipo de materiais.

Tendo, desta forma, estabelecido os componentes chave da questão de partida e gerado uma lista de palavras para cada componente, é necessário associar os elementos da lista para obter uma combinação. Na pesquisa, a junção de palavras é realizada usando três conceitos fundamentais - OR, AND e NOT -, sendo estes denominados de operadores lógicos ou booleanos. Estes operadores são ferramentas úteis que podem ser usados para expandir ou restringir a pesquisa. Com efeito, os operadores booleanos, representados pelos termos conetores AND (interseção), OR (união) e NOT (exclusão) são utilizados juntamente com os descritores (Craig e Smyth, 2004) e, combinados de diferentes formas, podem modificar o resultado da pesquisa.

Assim, a elaboração de uma questão de partida torna-se essencial neste processo, na medida em que facilita a pesquisa, possibilita a seleção da melhor evidência permitindo, simultaneamente, decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática (Craig e Smyth, 2004).

III. Critérios de inclusão e exclusão de estudos

No que concerne aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos na RSL estes deverão encontrar-se definidos no protocolo. Devem portanto, ser explícitos e objetivos para, desta forma, evitar erros de julgamento aquando da inclusão dos artigos na RSL (JBI, 2011).

Os critérios de inclusão e exclusão devem ser descritos e rigorosamente seguidos. A sua definição dos critérios de inclusão e exclusão deve ser bem planeada para não excluir estudos que possam ser úteis para a pesquisa ou então, incluir estudos desnecessários ou com informações que não poderão ser comparadas e sintetizadas com os restantes estudos (CDR, 2009).

Os critérios de inclusão devem abarcar todos os estudos de interesse, pois assim se os critérios forem demasiado restritivos, poderá existir risco de enviesamento dos resultados. Com efeito, estes critérios devem ser práticos, pois se forem muito detalhados a seleção pode ser muito complicada e demorada. Por outro lado, se os critérios forem muito amplos a RSL poderá conter informações de difícil comparação e/ou sintetização (CDR, 2008).

Importa referir que não é aconselhável que a RSL abranja, nos critérios de inclusão, aspetos relacionados com a qualidade metodológica dos estudos, visto que os mesmos serão explorados posteriormente na análise (Berwanger *et al.*, 2007).

IV. Localização e seleção dos estudos

As RSL baseiam-se numa pesquisa abrangente e sem viés de estudos já concluídos. Assim, depois de definida a questão de partida e os critérios de inclusão/exclusão, serão estabelecidas as estratégias de pesquisa, de forma a identificar os estudos a serem incluídos na RSL. Para isso, os investigadores deverão seleccionar as bases de dados relevantes para a área de conhecimento e ainda identificar as palavras-chaves ou descritores (Stillwell *et al.*, 2010).

No que concerne à estratégia de pesquisa, idealmente, esta deverá reunir toda a evidência existente referente ao assunto abordado, sendo que o uso de apenas uma base de dados não está aconselhado (Berwanger *et al.*, 2007). Importa referir que uma pesquisa abrangente envolve, não só, uma estratégia que inclua termos adequados para o efeito que se pretende estudar, mas também uma escolha minuciosa das bases de dados que mais se adequam ao tema (Sampaio e Mancini, 2007).

A procura dos estudos na literatura é uma etapa crucial na RSL. A estratégia de pesquisa a utilizar deve ser ampla e, idealmente, incluir material publicado e não publicado. A estratégia de pesquisa da RSL deve identificar todos os artigos relevantes e necessários. Na verdade, uma pesquisa somente eletrónica pode não ser capaz de identificar todos os documentos relevantes. Assim, recomenda-se também a utilização de outras estratégias, nomeadamente a verificação das listas de referências dos artigos encontrados (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004). A

verificação das referências citadas nos artigos originais permite diminuir a ocorrência de vieses (Berwanger *et al.* 2007; Bettany-Saltikov 2012; Higgins e Green 2011).

Como referido anteriormente, a seleção dos estudos a ser incluídos na RSL é controlada pelos critérios previamente estabelecidos no protocolo, assegurando-se que, desta forma, os mesmos não serão baseados nos resultados dos estudos que o investigador encontrou (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004). Idealmente, dois investigadores devem pesquisar e selecionar os estudos de forma independente (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

De forma a sistematizar o processo, para seleção dos estudos poderá ser desenvolvido um instrumento de triagem. Este consiste numa lista de questões, de modo a definir rapidamente a inclusão ou exclusão do estudo (Sargeant *et al.*, 2006). Em caso de não concordância relativamente à inclusão de algum artigo, deverá ser consultado um terceiro investigador (Pereira e Bachion, 2006).

Outro aspeto a salientar é o facto de que conhecer quem são os autores, instituições envolvidas ou a revista científica que publicou o artigo poderá influenciar o julgamento dos investigadores. Com efeito, para evitar que tal ocorra, esses dados podem ser ocultados (CDR, 2009).

No que concerne às duplicações, estas devem ser identificadas e consideradas nos resultados como um único estudo, porém todas as referências devem ser relacionadas. Portanto, é necessário avaliar se existem discrepâncias entre as duplicações e, em caso afirmativo, os autores devem ser consultados (CDR, 2009).

V. Avaliação crítica dos estudos

O interesse de qualquer RSL depende largamente da qualidade dos estudos que nela se incluírem. Desta forma, a inclusão de estudos de baixa qualidade poderá, indubitavelmente, comprometer a fiabilidade dos resultados (Berwanger *et al.*, 2007). A avaliação crítica consiste na fase onde todos os estudos selecionados serão avaliados tendo em conta o rigor metodológico, com a finalidade de se averiguar se os métodos e resultados dos estudos selecionados serão suficientemente válidos para serem incluídos na RSL (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

O principal objetivo da análise da qualidade metodológica é então, estabelecer o quão próximos da realidade estão os resultados de um estudo e a

relevância desses para um determinado grupo populacional de interesse (CRD, 2009).

No decorrer da análise da qualidade metodológica será verificado se o desenho e a orientação do estudo não provocaram vieses nos resultados, e dessa forma, verificar se a metodologia e a execução do estudo foram adequadas (Higgins e Green, 2011). Erros no desenho e a orientação do estudo podem causar vieses, que, por sua vez, podem influenciar os resultados. Deste modo, é importante considerar todas as possíveis fontes de erro, dependendo da metodologia e do contexto dos estudos.

Dada a importância desta etapa para o sucesso da RSL, é requisito essencial que os investigadores que desempenhem esta tarefa possuam um conhecimento aprofundado sobre métodos de investigação e de análise estatística (Pereira e Bachion, 2006, Sampaio e Mancini, 2007). Para auxiliar os investigadores, existem diversas *checklist's*/ferramentas que auxiliam na avaliação da qualidade metodológica dos estudos (Sampaio e Mancini, 2007). A título de exemplo, as *checklist's* desenvolvidas pelo JBI® são utilizadas tendo em conta o tipo de estudo. Nas mesmas estão presentes determinados critérios que devem ser classificados como: Presente/Ausente/ Indefinido (JBI, 2011).

VI. Extração dos dados

A recolha dos dados é uma ponte entre o relato dos autores dos estudos primários e o relato final dos autores da RSL (Higgins e Green, 2011). Nesta etapa, dois investigadores recolhem um determinado conjunto de informações sobre cada estudo incluído na RSL. A extração de dados deve seguir um processo sistematizado, bem definido, para garantir o rigor científico e evitar enviesamentos (Higgins e Green, 2011).

O protocolo de pesquisa da RSL deverá descrever os procedimentos usados, nomeadamente a metodologia de extração de dados, isto é, se esta é realizada de forma independente por dois investigadores, se foi efetuado um pré-teste do instrumento a utilizar para a extração de dados e o método de resolução de discordâncias entre os investigadores.

O instrumento para a extração de dados deverá ser elaborado previamente à recolha de dados dos estudos, uma vez que a exploração das informações na procura de um resultado favorável à hipótese dos autores poderá gerar falso-positivos (Berwanger *et al.*, 2007).

Importa ressaltar que a RSL será baseada nos dados recolhidos nesta etapa. Assim, este instrumento deverá ser primeiramente testado tendo em conta a pergunta de partida da RSL para determinar a sua exequibilidade (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Idealmente, devem ser recolhidos dados sobre como cada estudo foi realizado, incluindo metodologia, participantes, contexto, intervenção, desfecho e ainda, os dados produzidos por eles (resultados) (Higgins e Green, 2011).

VII. *Interpretação e discussão dos resultados*

A secção dos resultados de uma RSL deverá apresentar, de forma clara e lógica, os principais resultados da literatura incluída. Deve ainda relacionar explicitamente estes últimos com os objetivos da revisão estabelecidos *à priori* (Higgins e Green, 2011). Verifica-se ainda que nesta etapa a secção dos resultados deve apresentar claramente os estudos integrados para revisão. Deve, por isso, explicitar as referências encontradas e o número de estudos resultantes da pesquisa efetuada, os critérios de exclusão e o número de estudos excluídos, os critérios de inclusão e número de estudos incluídos (JBI, 2011).

O principal propósito da RSL é a apresentação objetiva de evidências e, como tal, deve ser desprovida de opiniões pessoais ou argumentações sem fundamento científico (Higgins e Green, 2011).

O investigador, baseado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos na RSL, efetua a comparação dos mesmos com o conhecimento teórico. A identificação de lacunas permite ao investigador apontar sugestões para futuros estudos de investigação direcionadas para a melhoria dos cuidados de saúde (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

A discussão dos dados permite relacionar as implicações da evidência com as decisões práticas. Os autores devem abordar aspetos como as limitações metodológicas, a qualidade dos artigos incluídos, a significância dos efeitos observados, a consistência desses efeitos através dos diferentes estudos, a aplicabilidade dos resultados, entre outros (Sampaio e Mancini, 2007).

De salientar que a discussão deve auxiliar os leitores na interpretação e compreensão dos resultados obtidos na RSL, balanceando a descrição objetiva dos principais resultados e a explicação subjetiva do seu significado (CDR, 2009). Neste âmbito, Berwanger *et al.* (2007) mencionam a relevância da procura, por parte dos autores, das potenciais causas de heterogeneidade nos resultados encontrados.

2.3.1. *Classificação do nível de evidência científica segundo o Instituto Joanna Briggs®*

O núcleo da síntese de evidências é a RSL sobre uma determinada intervenção, condição ou problema. A RSL é, essencialmente, uma análise sobre literatura disponível e um juízo sobre a eficácia ou não de uma determinada prática, envolvendo uma série de passos complexos (JBI, 2011).

O JBI® tem desenvolvido teorias, metodologias e processos rigorosos para a avaliação crítica das evidências científicas, de modo a auxiliar na tomada de decisão clínica em cuidados de saúde. Deste modo, o JBI® e os seus centros colaboradores atribuem um nível de evidência a todas as recomendações resultantes das suas revisões sistemáticas. Os investigadores, fundamentados nos dados da sua RSL, devem compor as suas recomendações para a prática incluindo um nível de evidência coerente com o projeto de pesquisa que levou à recomendação (JBI, 2011).

Com esse propósito, os níveis de evidência são classificados recorrendo à escala FAME, acrónimo de *Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness* (JBI, 2008, p.11):

- ***Feasibility*** (Viabilidade) - A viabilidade da evidência está relacionada com as condições culturais, físicas e financeiras de um determinado ambiente.
- ***Appropriateness*** (Adequação) - A adequação está relacionada com o facto de uma intervenção ser, ou não, apropriada para uma determinada situação.
- ***Meaningfulness*** (Significância) - A significância está presente, na medida em que a intervenção/atividade é experimentada de forma positiva relativamente à experiência pessoal, opiniões, valores, pensamentos, crenças e interpretações de pacientes ou clientes.

- **Effectiveness** (Eficácia) - A eficácia refere-se ao facto de que determinada intervenção, quando usada apropriadamente, atinge o efeito pretendido.

(JBI, 2011)

De salientar que os níveis de evidência de eficácia clínica refletem as atuais normas internacionais e suas expectativas. No entanto, como o JBI® tem uma visão conceitual da prova, que se reflete na capacidade de realizar análises sobre a viabilidade ou relevância dos cuidados de saúde ou as experiências, os níveis de evidência JBI® incorporam critérios específicos relacionados com a avaliação dos estudos incluídos no paradigma quantitativo (JBI, 2011).

Segue-se a classificação dos níveis de evidência de acordo com o tipo de estudo, segundo o Instituto Joanna Briggs® (2011):

Tabela 1 - Níveis de Evidência

Nível	Origem das evidências
I	Evidência obtida a partir de RSL que contêm apenas ensaios clínicos controlados randomizados.
II	Evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio clínico controlado randomizado.
III-1	Evidência obtida a partir de ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização.
III-2	Evidência obtida a partir de estudos de coorte bem delineados ou caso-controle, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa.
III-3	Evidência obtida a partir de séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados.
IV	Evidência obtida a partir de pareceres de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de Especialistas.

Fonte: Adaptado de JBI® (2011)

2.4. Meta-análise

A meta-análise é uma técnica que permite aos investigadores extrair conclusões relativamente precisas acerca de uma área de estudo ou hipótese, com

base em estudos que reportam resultados inconsistentes. A meta-análise, enquanto técnica, permite ligar micro evidências a macro pareceres que geralmente direcionam hipóteses sobre uma associação ou relação de causa-efeito, e fá-lo controlando numerosos fatores estatísticos potencialmente responsáveis pela variabilidade dos micro resultados de cada estudo. Para tal, os resultados de cada estudo têm que ser expressos numa métrica comum, capaz de representar a relação entre as variáveis definidas (Chatzisarantis e Stoica, 2009).

Por conseguinte, a meta-análise é um procedimento estatístico que integra resultados de estudos primários independentes, reunidos e avaliados por uma RSL, permitindo a avaliação crítica das evidências encontradas e a discussão sobre a heterogeneidade que possa existir entre os resultados (Higgins e Green, 2011).

A meta-análise é o método estatístico aplicado à RSL que pode integrar os resultados de dois ou mais estudos primários. Trata-se de um estudo observacional da evidência baseando-se na aplicação do método estatístico a um estudo de RSL (Ramalho, 2005). Os resultados são sintetizados através de análise estatística permitindo assim, reduzir a subjetividade dos métodos tradicionais de revisão narrativa.

Tal como a RSL, a meta-análise é uma investigação secundária que envolve um método sistemático e rigoroso, passível de replicação por outros investigadores, e que permite combinar resultados provenientes de diferentes estudos (Santos e Cunha, 2013).

Com o recurso à meta-análise é possível, não só aumentar o poder estatístico de um estudo, isto é, aumentar a probabilidade de detetar um efeito real existente com significância estatística, mas também aumentar a precisão do mesmo, responder perguntas não propostas pelos estudos primários e ainda, esclarecer controvérsias entre estudos, aparentemente com desconformidades ou gerar novas hipóteses (Higgins e Green, 2011).

De acordo com a semelhança entre os estudos estes podem ser agrupados numa meta-análise. Para que os resultados de uma síntese quantitativa sejam fidedignos, é essencial que os estudos primários tenham sido sujeitos a uma avaliação da sua metodologia, para se saber se são comparáveis e se podem ser integrados. A realização da meta-análise necessita da existência de, pelo menos, dois estudos que respondam a uma mesma pergunta, utilizem pelo menos um desfecho em comum e tenham desenhos de estudo semelhantes (Santos e Cunha, 2013).

Importa salientar que a meta-análise só pode ser realizada se os estudos forem semelhantes, ou seja, se o desenho, a amostra, a intervenção e a definição dos resultados forem homogêneos (Castro et al., 2002).

De uma forma geral, a meta-análise pode ser composta por duas etapas: na primeira etapa, é elaborado um sumário estatístico para cada estudo, para descrever o efeito observado da intervenção; na segunda etapa, é desenvolvido o sumário do efeito da intervenção.

No âmbito da análise estatística, atualmente, existem vários programas informáticos disponíveis para executar a meta-análise. Estes podem ser do tipo comercial, isto é, com *copyright*, a título de exemplo o FAST PRO®, o STATA®, o True Epistat®, o DSTAT®, o EpiDat 3.1.® e o DESCARTES®, ou então de domínio público, como o RevMan, o Easy MA e o Meta-Analyst.

Nessa primeira etapa da meta-análise, deverá ser produzido um sumário estatístico sobre cada um dos estudos primários incluídos na RSL contendo a estimativa do efeito da intervenção e o erro padrão (ou variância) da estimativa. Desta forma, para os estudos serem comparáveis, é necessário padronizar os dados dos diferentes estudos. A técnica estatística usada para a padronização depende do tipo de dados utilizados, dados estes que podem ser dicotómicos, contínuos ou ordinais (Santos e Cunha, 2013).

2.4.1. *Análise da Heterogeneidade*

Na metodologia da RSL, a heterogeneidade é definida como a variabilidade ou diferença entre estudos em relação à estimativa de efeitos (Higgins e Green, 2011).

A análise da heterogeneidade avalia as possíveis diferenças de natureza metodológica existentes entre os estudos primários e a diversidade estatística dos resultados, que pode ocorrer devido à variância intra-estudo ou inter-estudos (Justo, Soares e Calil, 2005). Por conseguinte, quando a variabilidade entre os estudos não é apenas aleatória, diz-se que os estudos são heterogêneos. A avaliação sobre heterogeneidade tem um papel importante na escolha do modelo de meta-análise e, portanto, deve ser realizada antes da escolha do modelo.

A heterogeneidade pode ser distinguida em heterogeneidade estatística, metodológica e clínica. Relativamente à heterogeneidade estatística representa as

diferenças nos resultados dos desfechos, que pode ser influenciada quer pela heterogeneidade clínica ou metodológica, quer pela escolha errônea das medidas de efeito, ou então dever-se simplesmente ao acaso. Por sua vez, a heterogeneidade metodológica representa as diferenças nos desenhos de estudo, enquanto a heterogeneidade clínica se refere às diferenças entre os estudos em relação às características-chave: diferença nas características dos participantes, intervenção e resultados (Higgins e Green, 2011).

Alguns autores aplicam em tabelas 2x2 o Teste do Qui-Quadrado de heterogeneidade. Quando o teste é significativo, escolhem testes de efeitos aleatórios, como o de Dersimonian-Laird, caso contrário, os de efeitos fixos, sendo o mais conhecido o de Mantel-Haenszel (Ayres *et al.*, 2007).

2.4.2. Modelos Estatísticos

Quando os resultados dos estudos individuais são integrados, cada um deles receberá uma ponderação de acordo com a sua precisão, determinada pela extensão dos intervalos de confiança. Para essa estimativa, os investigadores devem definir um modelo de efeito. Existem dois modelos mais comumente utilizados o Modelo de efeitos fixos (*Random-Effects Model*), onde se assume que a variância entre estudos é zero, e o Modelo de Efeitos Aleatórios (*Random-Effects Model*), onde se considera a influência da variância. A escolha do modelo mais adequado a ser utilizado não é trivial, não existindo, uma regra de escolha. Contudo, alguns critérios devem ser considerados.

No Modelo de Efeito Fixo é essencial compreender que este pressupõe que o efeito de interesse é o mesmo em todos os estudos e que as diferenças observadas entre eles são devidas apenas a erros amostrais. De forma simplificada, é como se os métodos com efeitos fixos considerassem que a variabilidade entre os estudos ocorreu apenas pelo acaso e ignorassem a heterogeneidade entre eles (Santos e Cunha, 2013). Este modelo estatístico estabelece que as unidades analisadas - a pessoa num ensaio, ou um estudo numa meta-análise - são as unidades de interesse e, portanto, constituem a população. Considera que apenas a variação intra-estudo irá influenciar a incerteza dos resultados da meta-análise, sendo que assim, as variações entre as estimativas de efeito de cada estudo (heterogeneidade) não irão afetar o intervalo de confiança.

O modelo de Efeito Fixo é adequado quando se acredita que o efeito do tratamento é idêntico entre os estudos e quando o objetivo for estimar um efeito de tratamento para uma população específica não extrapolando para outras populações (Rodrigues, 2010).

Por sua vez, o Modelo de Efeitos Aleatórios considera e inclui erros de amostragem intra-estudo (variância) e variações entre estudos para a determinação da incerteza dos resultados. Com o recurso modelo, o investigador pode combinar vários estudos que tenham o mesmo objetivo, mesmo que não sejam conduzidos da mesma maneira. Assim, neste caso, é possível extrapolar para outras populações, o que torna a análise mais abrangente (Higgins e Green, 2011).

Embora o Modelo de Efeitos Aleatórios possa parecer melhor por ser mais abrangente, devem ser tomados alguns cuidados. Se o número de estudos for reduzido a estimativa da variância entre os estudos não apresentará uma precisão fidedigna. Importa ressaltar que, no caso de existir heterogeneidade significativa entre os resultados dos estudos incluídos, os Modelos de Efeito Aleatórios vão apresentar intervalos de confiança mais alargados que os modelos de efeito fixo.

2.4.3. *Análise da Sensibilidade*

A análise de sensibilidade é usada para determinar a sensibilidade dos resultados de um estudo ou de uma RSL (Higgins e Green, 2011). Através desta é possível avaliar o grau de confiança dos resultados em situações de decisões incertas (Castro *et al.*, 2002).

Para efetuar a análise de sensibilidade deve ser modificado um determinado critério da meta-análise e depois novamente repetida, para se verificar se a mudança do critério foi suficiente para modificar os resultados e a interpretação. No caso de haver mudança no resultado da meta-análise, a confiança nos resultados será menor.

Existem diversas estratégias para a análise de sensibilidade. É aconselhado serem realizadas múltiplas análises de sensibilidade, considerando para tal a alteração de um critério, nomeadamente:

- Alterando os critérios de inclusão (por exemplo: tipos de participantes, intervenções, medidas de resultados, entre outros).
- Inclusão ou exclusão de estudos que apresentaram incerteza nos seus critérios de inclusão.

- Exclusão dos estudos não publicados (se aplicável).
- Exclusão dos estudos de menor qualidade.
- Reavaliação dos dados recorrendo a uma variação dos resultados dos estudos, onde havia alguma incerteza sobre os resultados.
- Reavaliação dos dados, estabelecendo-se uma variação de valores para dados perdidos.
- Reavaliação dos dados usando métodos estatísticos diferentes.

(Castro *et al.*, 2002)

2.4.4. Análise do Viés de Publicação

O viés de publicação representa, possivelmente, uma das maiores ameaças metodológicas à validade dos resultados de uma meta-análise, assim os vieses de publicação devem ser também analisados. Para essa análise podem ser usados os Gráficos de Funil Invertido (*Funnel Plot*) para a visualização da distribuição dos estudos incluídos na meta-análise, de acordo com suas características ou então utilizado o Teste de Begg ou Egger (Begg e Mazumdar, 1994).

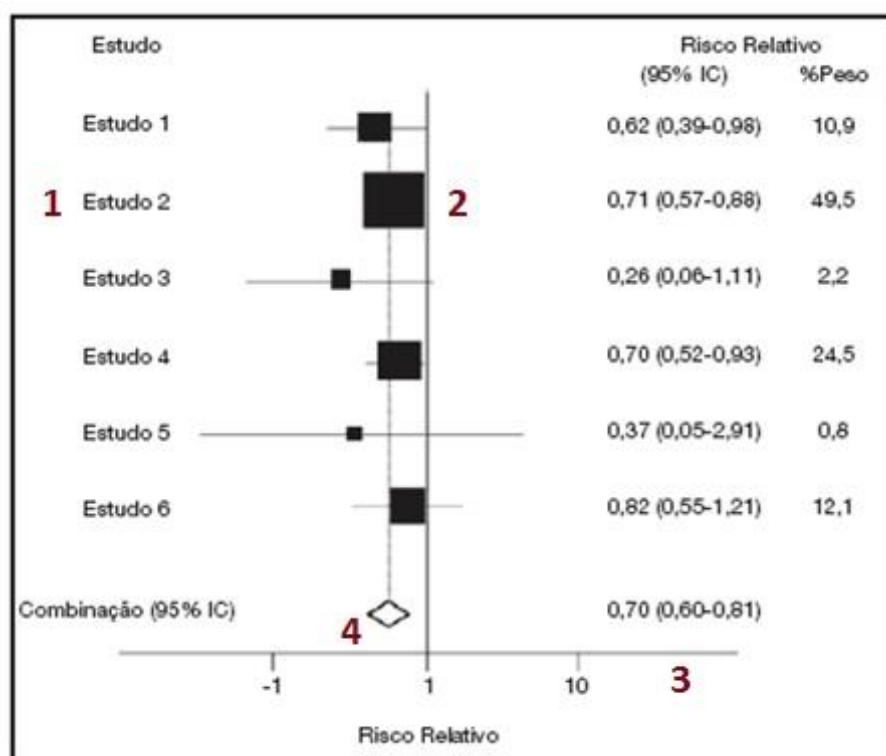
2.4.5. O Gráfico da Meta-análise: *Forest Plot*

Os resultados de uma meta-análise podem ser representados por um gráfico do tipo *forest plot*. O *forest plot* é um gráfico que mostra informações individuais de cada estudo incluído na meta-análise (figura 11).

Para cada estudo o gráfico apresenta a medida de efeito e o seu intervalo de confiança, sendo que a medida de efeito é representada por um símbolo que pode, por exemplo, ser um quadrado, um círculo, ou outra figura dependendo do *software* utilizado para a análise estatística. O tamanho deste símbolo é proporcional ao peso do estudo na meta-análise. Por conseguinte, quanto maior o peso, maior o tamanho do símbolo da medida de efeito. Também é exibida em torno da medida de efeito uma linha horizontal que é o seu Intervalo de Confiança (IC), sendo que quanto maior for esta linha, maior é a variabilidade dentro do estudo.

De seguida apresenta-se a figura 11 que clarifica os conceitos anteriormente referidos.

Figura 11 - Gráfico Forest Plot (exemplo)



Fonte: Berwanger et al. (2007)

- No eixo y estão colocadas as referências dos estudos (representado por 1).
- Os quadrados representam o risco relativo calculado em cada estudo, sendo que a área do mesmo é proporcional ao peso do estudo para o resultado estatístico (representado por 2).
- A linha horizontal é o IC de 95% correspondente (representado por 3).
- O *diamante* sugere o risco relativo sumarizado e o IC de 95% (representado por 4).

Importa salientar que quando o IC não ultrapassa a linha de nulidade, pode-se afirmar que o resultado é estatisticamente significativo, ou seja, se a linha horizontal tocar ou cruzar a linha vertical central do gráfico, isto indica que não há diferença estatística entre os grupos em relação ao benefício ou malefício do tratamento.

O tamanho do ponto central indica o peso relativo de cada estudo no resultado final. Esse peso é baseado no número de participantes e no número de evento, sendo que grandes estudos têm maior peso. Importa referir que a qualidade dos estudos não contribui para o peso.

Se o diamante estiver à esquerda na linha vertical, ele é significativo; se ele tocar ou cruzar a linha vertical, não há diferença estatística na meta-análise.

A vantagem do gráfico *Forest Plot* é sumarizar, numa única figura, todas as informações sobre o efeito/precisão do tratamento e a contribuição de cada estudo para a análise.

ESTUDO EMPÍRICO

O efeito da utilização da chupeta na prevenção da Síndrome De
Morte Súbita do Lactente

Uma Revisão Sistemática da Literatura com Meta-Análise

3. ESTUDO EMPÍRICO

De seguida será apresentada a metodologia utilizada neste trabalho. A investigação empírica consiste no desenvolvimento da definição do tipo de estudo e respetivos objetivos e no desenvolvimento do protocolo da RSL.

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo consiste numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL) de abordagem quantitativa e qualitativa. No decorrer deste estudo serão utilizadas as orientações da JBI®. A escolha recaiu sobre este modelo, não só pela confiabilidade e segurança nas orientações para a elaboração de RSL, mas também pelos instrumentos que o próprio instituto disponibiliza, nomeadamente, *checklist's* para avaliação da qualidade metodológica dos artigos a incluir na RSL, a grelha para a extração de dados, entre outros.

3.2. Objetivos da Revisão Sistemática da Literatura

Os objetivos permitem clarificar aquilo que se espera especificamente alcançar com a realização do estudo (Polit e Beck, 2011).

De seguida apresentam-se objetivos delineados para a presente RSL.

Objetivo geral

Obter evidências científicas no sentido de compreender o efeito da utilização da chupeta na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente, através de uma Revisão Sistemática da Literatura.

Objetivos específicos

- Operacionalizar os constructos-chave da RSL (lactente, chupeta e SMSL).
- Elaborar um protocolo de RSL.
- Identificar os estudos disponíveis relativamente ao efeito da chupeta na SMSL.
- Analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática.
- Discutir sobre a evidência científica encontrada.
 - Examinar o efeito da utilização da chupeta na SMSL.
 - Identificar os mecanismos de ação da chupeta no que respeita ao efeito promotor na SMSL.
- Sintetizar as evidências apresentadas na literatura relativamente ao efeito da chupeta na SMSL.
- Realizar meta-análise dos resultados dos estudos incluídos na RSL (se aplicável).

3.3. Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura

No sentido de sistematizar a informação à temática em estudo, foi elaborado um protocolo de pesquisa (Anexo I) tendo por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações constantes no *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*® (2011).

Importa, novamente, ressaltar que a validade da RSL depende da reprodutibilidade do protocolo, isto é, deve ser possível que outros investigadores, seguindo o presente protocolo, obtenham os mesmos resultados. Por isso, todos os detalhes da metodologia foram totalmente documentados de forma transparente e encontram-se seguidamente descritos.

3.3.1. Formulação da questão da Revisão Sistemática da Literatura

A elaboração de uma questão para a RSL torna-se essencial neste processo, na medida em que facilita a pesquisa, possibilita a seleção da melhor evidência permitindo, simultaneamente, decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática (Craig e Smyth, 2004). Com efeito, para a formulação da pergunta, foi utilizada a metodologia PICO (Tabela 2), conforme abordado anteriormente.

Tabela 2 - Esquema PICO da RSL

P População	I Intervenção	C Comparação	O Resultados
Lactentes	Utilização da chupeta	(Não utilização)	Prevenção da SMSL

Fonte: Bettany-Saltikov (2012)

De seguida, apresenta-se a questão de partida que serviu de base para a investigação.

Em lactentes, a utilização da chupeta, comparativamente à não utilização, previne o risco de Síndrome de Morte Súbita?

Importa, nesta fase, operacionalizar os conceitos chave da questão norteadora. A operacionalização das variáveis, que consiste na especificação das categorias pretendidas, é um aspeto que facilitará a investigação, tornando as questões mais objetivas e percetíveis no decorrer da RSL.

- Entende-se por *lactente* a criança até um ano de idade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).
- Entende-se por *chupeta*, um bico artificial geralmente moldado a partir de um material quimicamente inerte, tal como silicone ou látex e concebido de forma a tirar vantagem de instinto inato da criança para sugar (Schwartz e Guthrie, 2008).

- Entende-se por *SMSL* como a morte súbita de uma criança com menos de um ano, que permanece inexplicada após uma investigação aprofundada, incluindo a realização de uma autópsia completa, investigação do local onde ocorreu o óbito e revisão da história clínica (Moon *et al.*, 2011).

Depois de formulada a pergunta de partida, foi necessário verificar a existência de outras RSL sobre o tema. De acordo com Bettany-Saltikov (2012) existem duas razões que justificam a execução de uma nova RSL, nomeadamente, estar desatualizada e/ou poder ser de baixa qualidade.

Por conseguinte, encontrou-se uma meta-análise sobre este tema realizada em 2005 por Hauck e seus colaboradores. Através deste estudo conclui-se que o uso da chupeta quando colocada na criança para dormir tem um efeito protetor significativo na prevenção da *SMSL*. Os resultados indicam que o efeito é mais forte quando colocada no último sono ou sono de referência (no caso do grupo-controlo) (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005).

Importa ressaltar que um dos estudos incluídos reporta-se a um contexto com cerca de 20 anos - publicado em 1993, outros dois datam de 1999. Ora, tendo em conta a constante e rápida evolução quer da realidade dos contextos, quer da própria investigação, a sugestão destes estudos, bem como a assunção de que estes permanecem atuais e com aplicabilidade, exige prudência.

Ao nível da análise, estão ausentes características importantes preconizadas pelo *The Joanna Briggs Institute* (2011), nomeadamente descrição dos estudos (fluxograma), descrição clara dos critérios de inclusão e exclusão, discussão da qualidade metodológica dos artigos, nomeadamente scores atribuídos a cada artigo incluído e as implicações para a prática e para a investigação (incluindo recomendações para o futuro), bem como limitações potenciais da RSL. Tendo em conta o que foi mencionado, reuniram-se critérios para a elaboração de uma nova RSL, sendo que a esta contemplou todos os estudos publicados após o estudo mais recente incluído na RSL de Hauck e seus colaboradores em 2005.

3.3.2. Critérios de Inclusão

Partindo da pergunta, foram definidos critérios para inclusão de estudos na RSL. Os critérios de inclusão, também denominados critérios de elegibilidade, permitem especificar as características que delimitam a população do estudo (Polit e Beck, 2011). Assim sendo, os critérios de inclusão do estudo foram tidos em conta segundo o tipo de estudo, tipo de participantes e tipo de intervenção.

Tabela 3 - Critérios de inclusão

Tipo de estudo	Estudos Primários	Os estudos primários correspondem a investigações originais, sendo eles, relatos de caso; estudos de casos e estudos de casos e controles; estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado (Campana, 1999).
	Estudos Empíricos	Estudos empíricos são estudos que integram um processo de recolha e tratamento de dados originais por parte do investigador (Coutinho, 2005).
	Estudos publicados entre Junho de 2004 e Dezembro de 2012	O corte temporal foi estabelecido consoante os artigos incluídos na última RSL publicada sobre o tema (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005).
Tipo de participantes	Estudos que relatam resultados referentes a lactentes saudáveis	Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2010, p. 115) considera-se lactente a criança até um ano de idade. Na presente RSL não serão considerados RN/lactentes com patologia associada ou RN prematuros.
Tipo de intervenção	Estudos que investigam o efeito da utilização da chupeta na SMSL	Serão considerados os estudos que abordem a relação entre chupeta e SMSL.

3.3.3. Critérios de exclusão

Da mesma forma, foram também determinados critérios de exclusão para a realização da RSL tendo em conta o tipo de estudo, tipo de participantes e tipo de intervenção.

Tabela 4 - Critérios de exclusão

Tipo de estudo	Estudos secundários	Os documentos científicos de fontes secundárias são descrições de estudos preparados por um terceiro e não pelo investigador original. Em regra, as fontes secundárias não fornecem muitos detalhes a respeito dos estudos, raramente são totalmente objetivas (Polit e Beck, 2011).
	Artigos de opinião e comentários e publicações referentes a cartas do leitor	Artigos de opinião e comentários e publicações referentes a cartas do leitor têm uma utilidade limitada nas revisões sistemáticas, uma vez que têm um caráter subjetivo (Polit e Beck, 2011).
Tipo de participantes	Estudos que se focalizam em prematuros, RN e/ou lactentes com doença grave ou malformações congénitas	Não serão considerados os estudos em que os participantes sejam RN prematuros ou RN/Lactentes com patologia.
Tipo de intervenção	Estudos que não investiguem o efeito da chupeta na SMSL	Não serão considerados os estudos que não abordem o efeito da chupeta na SMSL.

3.3.4. Método de identificação de evidências científicas

Identificada a questão de partida, bem como os critérios de inclusão e exclusão, seguiu-se para a etapa da identificação dos estudos. Nesta foram utilizadas diversas fontes para identificar todos os estudos que, segundo critérios pré-estabelecidos, pudessem vir a ser incluídos na RSL.

Desta forma, tornou-se necessário definir os termos da pesquisa. Estes devem incluir todos os itens-chave da pergunta da RSL. Por conseguinte, para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na RSL, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e aos resultados pretendidos, de modo a definir assim, um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por intersecção, levariam à obtenção da frase booleana.

Recorreu-se então, aos descritores do *MeSH Browser*® e ao *DeCS*®, obtendo-se as seguintes palavras (Tabela 5).

Tabela 5 - Descritores MeSh® e DeCs® utilizados na pesquisa

Participantes	Intervenção	Comparação	Outcome (Resultado)
Lactentes	Utilização da chupeta	(Não utilização)	Prevenção da SMSL
MeSH Browser®			
Newborn Infant Neonate	Pacifier(s)	-	Sudden Infant Death [prevention/effect] Sudden Infant Death Syndrome [prevention/effect] SIDS [prevention/effect]
DeCS®			
Lactente Lactante	Utilização [Chupeta] Utilización [Chupete/Pacificador]	-	Morte Súbita do Lactente Muerte Súbita del Lactante

Foi ainda realizada uma pesquisa inicial de resumos sobre o tema estudado na RSL, de forma a observar as palavras-chave mais frequentemente definidas pelos autores. Deste modo, após uma exploração dos descritores mais comumente utilizados, foram acrescentados outros na estratégia de pesquisa, nomeadamente, Dummy(ies), Soother(s), Comforter(s), Chupeta. Seriam incluídos todos os estudos cujo, o idioma fosse português, espanhol ou inglês.

A RSL deverá incluir todos os estudos (de qualidade) que abordam a pergunta de partida. A validade dos resultados da RSL está diretamente relacionada com a reprodutibilidade do protocolo de pesquisa e com o alcance da estratégia para identificar todos os estudos primários relevantes. Dessa forma, a estratégia de pesquisa deverá ser bem planeada e executada.

As bases de dados eletrónicas permitiram um grande impulso na pesquisa de evidência, de tal forma que não existe atualmente outra forma de pesquisa tão prática e rápida. Todavia, não existe uma única base de dados eletrónica que forneça toda a evidência potencialmente útil sobre determinado tópico, pelo que será necessário complementar a pesquisa com diversas bases de dados (Roque *et al.*, 2007).

Para a criação de uma estratégia de pesquisa adequada foi necessário conhecer as bases de dados e o sistema de indexação, sendo que nesta etapa se recorreu também à ajuda de um especialista nesta área, tendo sido fundamental o seu auxílio para a elaboração da melhor estratégia de pesquisa. A Tabela 6 descreve os recursos eletrónicos utilizados para a identificação de estudos, bem como a respetiva estratégia de pesquisa utilizada.

Tabela 6 - Descrição das bases de dados e respetiva estratégia de pesquisa

DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIA DE PESQUISA
A base de dados da CINAHL® é um recurso extremamente importante para a pesquisa em enfermagem, uma vez que reúne referências de praticamente todos os periódicos de enfermagem (Polit e Beck, 2011). Indexa virtualmente todas as publicações em inglês no campo de enfermagem, o que corresponde a um número superior a 1200 jornais neste domínio (Roque <i>et al.</i>, 2007).	(Newborn OR Infant) AND (Pacifier OR Dumm* OR Soother* OR Comforter*) AND ("Sudden Infant Death" OR "Sudden Infant Death Syndrome" OR SIDS) Filtros ativados - Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31 - Estudos relativos a humanos
A Cochrane Library® é a coleção de bases de dados de cariz secundário mais importante e fiável. Constitui-se numa fonte de informação organizada, independente, cientificamente sólida e acessível a todos os parceiros envolvidos em tomadas de decisão na prática clínica (Roque <i>et al.</i>, 2007). A <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> (Central) ® faz parte de uma das oito bases de dados da <i>Cochrane Library</i>® e contém centenas de milhares de referências a estudos controlados e aleatorizados de intervenções clínicas.	(Newborn OR Infant) AND (Pacifier OR Dumm* OR Soother* OR Comforter*) AND ("Sudden Infant Death" OR "Sudden Infant Death Syndrome" OR SIDS) Filtros ativados Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31
A Scopus® é uma base de dados multidisciplinar produzida pela editora Elsevier® desde 2004, com cobertura desde 1960, que contém resumos de 27 milhões de artigos, referências e índices da literatura científica, técnica e médica. A Scopus® cobre atualmente mais de 15.000 revistas científicas, além de outros tipos de documentos científicos (Roque, 2012).	TITLE-ABS-KEY((newborn OR infant) AND (pacifier OR dumm* OR soother* OR comforter*) AND ("Sudden Infant Death" OR "Sudden Infant Death Syndrome" OR sids)) AND PUBYEAR > 2003 AND PUBYEAR < 2013 AND (LIMIT-TO(SUBJAREA, "MEDI") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "NURS")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO(DOCTYPE, "ip")) AND (LIMIT-TO(SUBJAREA, "MEDI") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "NURS") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "HEAL")) Filtros ativados - Data de publicação: 2004-2012 - Tipos de artigos: Artigos

A MEDLINE® é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine) ® que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4000 títulos de revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registos da literatura e a sua atualização é realizada mensalmente. Além disso, é amplamente reconhecida como uma fonte primária de bibliografia da literatura biomédica. De ressaltar que os resumos das revisões da Cochrane Collaboration encontram-se disponíveis nesta base de dados (Polit e Beck, 2011). A MEDLINE® utiliza um vocabulário controlado, designado de MESH® (Medical Subject Headings) para indexar os artigos (Roque *et al.* 2007; Polit e Beck, 2011). No estudo em questão a pesquisa foi efetuada através da EBSCO Host® disponível através da ESEP.

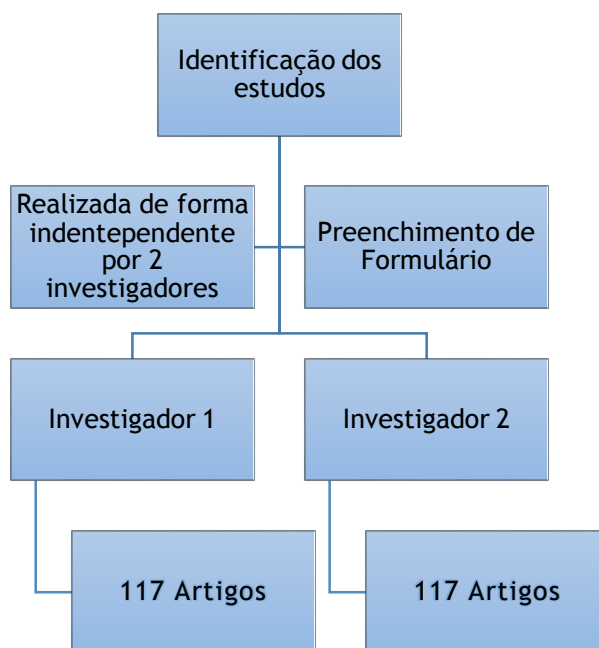
(Newborn OR Infant) AND (Pacifier OR Dumm* OR Soother* OR Comforter*) AND (“Sudden Infant Death” OR “Sudden Infant Death Syndrome” OR SIDS)

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31
- Estudos relativos a humanos
- Idade Relacionada: Lactente

Assim sendo, a primeira etapa da seleção dos estudos a incluir na RSL foi realizada durante o mês de fevereiro de 2013 através da *CINAHL*® (EBSCO HOST® via ESEP); *Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)*® (EBSCO HOST® via ESEP); *MEDLINE*® (EBSCO HOST® via ESEP) e *SCOPUS*® (Science Verse® via ESEP). Seguiu-se um processo sistemático (Figura 12), sendo a pesquisa efetuada, por dois investigadores de forma independente (Anexo II).

Figura 12 - Processo de identificação dos estudos



Numa fase inicial da identificação dos estudos, obtiveram-se 117 referências. Posteriormente, foram removidas todas as duplicações de artigos (47 referências duplicadas na primeira seleção dos estudos).

Após identificação dos estudos e remoção das duplicações foram selecionados 70 estudos, conforme ilustra a Tabela 7. É importante verificar possíveis duplicações para que um mesmo estudo não seja incluído mais de uma vez, como tal, as duplicações devem ser identificadas e consideradas nos resultados como um único estudo, porém todas as referências devem ser contabilizadas.

Tabela 7 - Identificação dos estudos

Base de dados	N.º de artigos selecionados
CINAHL® (EBSCO HOST® via ESEP)	15
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® (EBSCO HOST® via ESEP)	5
SCOPUS® (Science Verse® via ESEP)	46
MEDLINE® (EBSCO HOST® via ESEP)	51
TOTAL	117
APÓS REMOÇÃO DE DUPLICADOS	
TOTAL	70

3.3.5. Método da seleção inicial dos estudos

Após a identificação dos estudos foi necessário selecionar quais os estudos relevantes para responder à pergunta da RSL.

Pereira e Bachion (2006) recomendam um Teste de Relevância, que deve ser composto de uma lista de perguntas claras, que devem ser respondidas pelo investigador mediante a afirmação ou negação. Serão excluídos todos os estudos que, nesse *checklist*, contenham pelo menos uma negação.

Com efeito, para sistematizar a seleção foi desenvolvido um instrumento de triagem - Teste de Relevância I (Anexo III). Um instrumento de triagem consiste numa lista de questões para a rápida definição da inclusão ou exclusão do estudo (Sargeant *et al.*, 2006). De salientar ainda que, antes de se dar início à seleção dos estudos, foi realizado um pré-teste do instrumento de triagem. O pré-teste é indispensável, pois permite corrigir ou modificar o instrumento, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões (Fortin, 2009). Desta forma, o instrumento de triagem foi validado através de um estudo piloto em que os dois investigadores examinaram, de forma independente, uma amostra aleatória de resumos dos artigos identificados.

Assim sendo, a seleção dos estudos foi realizada de forma independente, por dois investigadores. Em caso de desacordo quanto à inclusão de algum artigo, foi consultado um terceiro investigador. Os resultados da aplicação do Teste Relevância I encontram-se em Anexo IV.

Importa ressaltar que, no decorrer do processo, existiram artigos em que o título não correspondeu exatamente ao resumo (*abstract*) do artigo. A literatura consultada sugere que, nestes casos, quando existam dúvidas acerca do conteúdo do artigo se proceda à sua leitura completa (Roque, Bugalho e Carneiro, 2007). De facto, numa primeira fase, foi necessário ler artigos na íntegra de forma a não excluir apenas pelo título e resumo um potencial artigo.

Após a aplicação do primeiro instrumento de triagem, foram selecionados 16 artigos para a leitura integral. O segundo instrumento de triagem - Teste de Triagem II (Anexo V) foi elaborado de forma a perceber se o estudo ia de encontro ao tema a estudar na RSL. Depois de lidos todos os estudos na íntegra, numa reunião de consenso, decidiu-se que oito estudos passariam pelo crivo da avaliação da qualidade metodológica (tabela 8).

Tabela 8 - Resultados após a aplicação do Teste de Triagem II

Referência do estudo		Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Humanos		Reúne critérios para Avaliação da Qualidade Metodológica	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3	Alm <i>et al.</i> (2006)	X		X		X		X		X	
4	Ball <i>et al.</i> (2012)		X	X		X		X			X
6	Blair <i>et al.</i> (2009)		X	X		X		X			X
15	Coleman-Phox, Odouli e Li (2008)		X	X		X		X			X
24	Fu, Moon e Hauck (2010)		X	X		X		X			X
26	Hanzer <i>et al.</i> (2009)	X		X		X		X		X	
27	Hanzer <i>et al.</i> (2010)	X		X		X		X		X	
28	Harrison <i>et al.</i> (2004)	X		X		X		X		X	
39	Kahn <i>et al.</i> (2004)		X	X		X		X			X
40	Li <i>et al.</i> (2006)	X		X		X		X		X	
43	Matthews <i>et al.</i> (2004)		X	X		X		X			X
47	Mölliborg (2011)		X	X		X		X			X
51	Moon <i>et al.</i> (2012)	X		X		X		X		X	
65	Thompson <i>et al.</i> (2006)		X	X		X		X			X
68	Vennemann <i>et al.</i> (2005)	X		X		X		X		X	
69	Vennemann <i>et al.</i> (2009)	X		X		X		X		X	

De salientar que alguns dos estudos que não foram encontrados em *full text* foram pedidos diretamente aos autores, para que este aspeto não constituísse uma fonte de viés. Exemplo disso foram os estudos 27 e 28.

Outro aspeto, não menos importante, tido em consideração na estratégia de pesquisa da RSL foi o facto de se identificarem todos os artigos relevantes e necessários. Como tal, uma pesquisa somente eletrónica poderia não ser capaz de identificar todos os documentos relevantes.

Neste caso, recomenda-se a utilização de outras estratégias, como a verificação das listas de referências dos artigos encontrados. A verificação das referências citadas nos artigos originais, estudos publicados em documentos de difícil identificação (*grey literature*) como, trabalhos de pós-graduação, relatórios, resumos de congressos permitem diminuir a ocorrência de vieses (Berwanger *et al.* 2007; Bettany-Saltikov, 2012; Higgins e Green, 2011).

Após a aplicação do segundo teste de triagem foram, verificadas todas as referências bibliográficas constantes nos oito artigos incluídos na revisão. No entanto, nenhum artigo foi incluído.

3.3.6. *Qualidade Metodológica dos estudos*

A inclusão de estudos de qualidade reduzida poderá comprometer a credibilidade dos resultados da RSL. Mediante análise do conjunto dos estudos incluídos na RSL, pode ser atribuída à intervenção em estudo uma classificação quanto ao nível de evidência e ao grau de recomendação (Pereira e Bachion, 2006).

A qualidade de uma RSL depende da qualidade dos estudos incluídos. Na análise da qualidade metodológica é verificado se o desenho e a condução de um estudo podem ter contribuído para prevenir vieses e, dessa forma, verifica-se se a metodologia e a execução do estudo foram adequadas (Higgins e Green, 2011).

De seguida, na tabela 9, apresenta-se o nível de evidência JBI®, bem como o *score* da qualidade metodológica atribuído pela JBI® aos artigos incluídos.

As tabelas para avaliação da qualidade metodológica de cada estudo incluído encontram-se no Anexo VI.

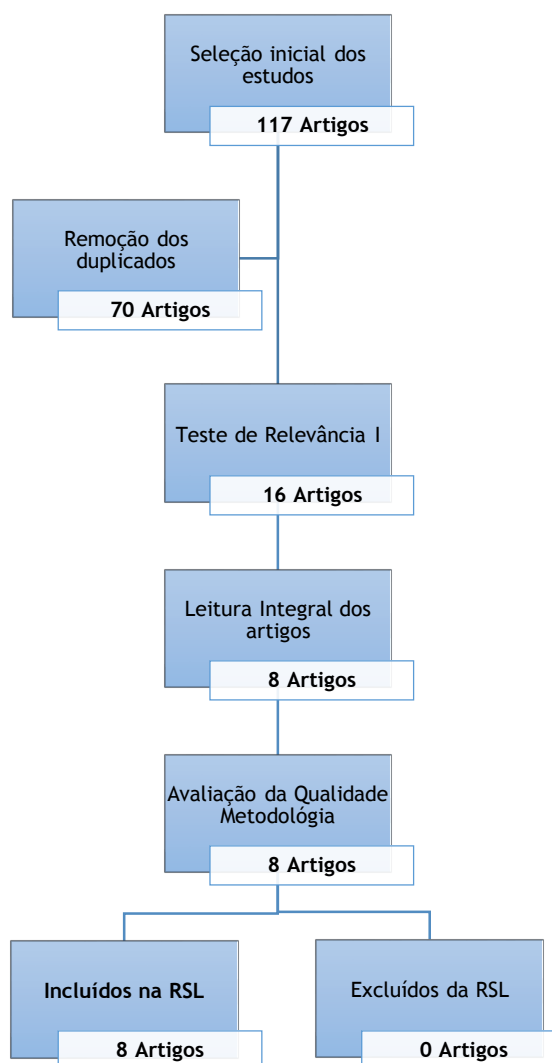
Tabela 9 - Disposição dos artigos por nível de evidência JBI® e Score QM JBI®

Código do estudo	Autor(es) e ano	País	Nível de Evidencia JBI	Score Qualidade Metodológica JBI
E3	Alm <i>et al.</i> (2006)	Suecia	III	8 Pontos/QE
E26	Hanzer <i>et al.</i> (2009)	Austria	IV	4 Pontos/QM
E27	Hanzer <i>et al.</i> (2010)	Austria	IV	5 Pontos/QM
E28	Harrison <i>et al.</i> (2004)	Reino Unido	III	8 Pontos/QE
E40	Li <i>et al.</i> (2006)	EUA	III	7 Pontos/QE
E51	Moon <i>et al.</i> (2012)	EUA	III	6 Pontos/QM
E68	Vennemann <i>et al.</i> (2005)	Alemanha	III	9 Pontos/QE
E69	Vennemann <i>et al.</i> (2009)	Alemanha	III	9 Pontos/QE

Como se pôde constatar através da tabela 9 existem quatro artigos de Qualidade Elevada (QE), nomeadamente o E3, E28, E40 e o E69; e três de Qualidade Moderada (QM), o E26, E27 e E51. Nenhum artigo apresentou Qualidade Reduzida (QR). Através de um consenso estabelecido entre os investigadores, decidiu-se que seriam incluídos todos os artigos que tivessem qualidade superior ou igual a moderada, assim todos os artigos passaram no teste da qualidade.

De seguida, na figura 13, apresenta-se o fluxograma descrevendo cada um dos passos até se atingir o número final de artigos incluídos na RSL.

Figura 13 - Fluxograma da estratégia de pesquisa



3.3.7. Extração dos dados

A extração de dados deve seguir um processo sistematizado, bem definido, para garantir o rigor científico e para evitar enviesamentos (Green e Higgins, 2011). A recolha dos dados é uma ponte entre o relato dos autores dos estudos primários e o relato final dos autores da revisão (Higgins e Green, 2011).

Por conseguinte, para garantir a reprodutibilidade, a recolha dos dados deve ser executada de forma padronizada. O JBI® (2011) preconiza que a recolha dos dados dos estudos selecionados seja realizada com base em instrumentos propostos pelo mesmo.

Esta etapa foi realizada, de forma independente, por dois investigadores, sendo que inicialmente foi realizada uma reunião, onde foi apresentada a tabela

para a extração dos dados e, posteriormente, realizado um pré-teste deste instrumento, com a finalidade de determinar a sua exequibilidade e se todos os tipos de dados necessários estariam todos incluídos.

O formulário de extração dos dados foi elaborado previamente ao levantamento dos estudos já que a exploração das informações em busca de resultado positivo à questão da RSL poderia gerar falso-positivos.

A extração dos dados dos artigos selecionados encontra-se em Anexo VII. De salientar que, no que respeita à extração dos dados, os investigadores em nenhum momento tiveram conhecimento acerca da fonte onde os estudos foram publicados, dos autores e dos seus respetivos resultados.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O JBI® (2011) preconiza que a secção dos resultados deve apresentar claramente os estudos integrados para a RSL. Desta forma, no presente capítulo serão apresentados os principais resultados dos artigos incluídos na revisão e posteriormente, efetuada a meta-análise dos resultados estatísticos encontrados. Além disso, serão mencionadas as limitações da RSL realizada e ainda, descritas as recomendações para a prática.

4.1. Características dos estudos incluídos na RSL

Como se pôde constatar no capítulo anterior, a avaliação dos artigos incluídos na RSL foi realizada através dos instrumentos JBI-MASARI® *appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies* e JBI-MASARI® *critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies* (JBI, 2011) do Instituto Joanna Briggs®.

Após a análise da qualidade metodológica dos artigos, foram incluídos oito artigos na revisão dos quais se extraíram os dados constantes na Tabela 10. Todos eles se encontram publicados em inglês, entre os anos de 2004 e 2012, como se pode constatar na Tabela 11. Na mesma tabela, pode verificar-se que entre os oito artigos incluídos na RSL, dois deles (E3, E40) foram publicados pelo *British Medical Journal*®, outros dois (E26 e E28) pela *Elsevier*® os restantes pela *Neonatology Karger Publishers*®, *Matern Child Health Journal*®, *Acta Paediatrica*® e *Pediatrics Journal*®.

Apesar de se tratar de uma amostra relativamente pequena (oito estudos), a variedade geográfica constitui importante indicador, pois revela a ênfase atribuída à SMSL ao nível mundial.

No que respeita à cronologia da publicação, os artigos distribuem-se entre 2004 e 2012. A amplitude temporal entre a publicação dos artigos é de oito anos observando-se assim, uma frequência média de um ano por publicação sobre o tema. Este acontecimento pode dever-se ao facto de nos últimos anos, a debate sobre a chupeta se tornar ainda mais importante por ter sido descrito como um fator protetor para a prevenção da SMSL.

De salientar ainda que todos os estudos incluídos na RSL respeitaram os critérios éticos inerentes ao processo de investigação.

Tabela 10 - Principais resultados dos artigos incluídos

Autor(es) e ano	Amostra	Procedimento da análise dos dados	Resultados encontrados	Conclusões
Alm <i>et al.</i> (2006)	N= 5600 (estudo sueco) N= 430 (estudo nórdico)	Odd's ratio	A utilização da chupeta ajuda a manter a posição dorsal que, por sua vez faz diminuir o risco de SMSL (OR=3.2 [95% IC: 1.9-5.4]).	Efeito protetor (indireto) da chupeta na SMSL
Hanzer <i>et al.</i> (2009)	N=14 (com chupeta) N=10 (sem chupeta)	Distribuição normal: Medidas repetidas, se estatisticamente significativo correção com teste Bonferroni Distribuição não normal: Teste de Wilcoxon	Não houve diferenças significativas relativamente ao número total de despertares em 10 minutos e o período de duração da excitação. A frequência e a duração de despertares espontâneos não diferiram significativamente entre as crianças que usam chupeta e as que não usam.	Este estudo sugere que o efeito protetor do uso de chupeta na prevenção de SMSL não pode ser explicada por processos de excitação.
Hanzer <i>et al.</i> (2010)	N= 12 crianças	p (através do WinStat 3.1)	A SNN promove o desenvolvimento do comportamento de sucção e melhora a digestão da alimentação entérica. Nem o batimento cardíaco, nem a saturação de oxigênio se alterou significativamente durante as sucções comparado com o período de 10 segundos que precede a mesma.	Não é possível explicar o efeito protetor da chupeta numa perspetiva fisiológica.
Harrison <i>et al.</i> (2004)	N= 73 famílias de crianças	Teste de McNemar Correlação de Pearson Correlação de Spearman Teste t Mann-Whitney ANOVA Kruskal-Wallis	Os dados obtidos sugerem que as crianças saudáveis têm um sistema imunitário da mucosa oral mais competente desde muito cedo, e são capazes de produzir uma resposta ativa quando encontram um antigénio microbiano para a primeira vez.	Crianças que utilizavam chupetas, e ser alimentados com fórmulas, apresentavam mais propensão para colonizações nasofaríngeas por <i>S. Aureus</i> , o que poderia explicar a resposta imunitária aos antígenos precoce da toxina.
Li <i>et al.</i> (2006)	Caso N= 185 Grupo controlo N= 312	Odd's Ratio	O OR para SMSL em lactentes que usaram a chupeta durante o último sono foi de 0,08 (0,03 a 0,21), o que se traduz em uma redução de mais de 90% de risco neste estudo, em comparação com crianças que não usaram chupeta durante o sono.	O uso da chupeta durante o sono foi associada a um menor risco de SMSL em todas as categorias dos fatores materno-infantis infantis examinamos.
Moon <i>et al.</i> (2012)	Caso N= 260 casos de SMSL Grupo controlo N= 260 (emparelhados)	Odd's Ratio	Suporta efeito preventivo da chupeta (OR=0,30; [95% IC: 0,17-0,52])	Este estudo demonstra uma tendência para uma maior proteção quando a chupeta é usada para dormir (ambiente adverso).
Vennemann <i>et al.</i> (2005)	Caso N= 333 casos de SMSL Grupo controlo N= 998 (emparelhados)	Estatística univariada e multivariada através da regressão logística	Suporta efeito preventivo da chupeta (OR= 0.39 [95% IC: 0.25 - 0.59])	Encontrou-se um efeito protetor significativo sobre a SMSL quando foi utilizada uma chupeta durante o último sono da criança.
Vennemann <i>et al.</i> (2009)	Caso N= 333 casos de SMSL Grupo controlo N= 998 (emparelhados)	Estatística univariada e multivariada através da regressão logística	Utilizar chupeta nas últimas 4 semanas foi associado a um risco reduzido de SMSL (OR=0,49 [95% IC: 0,32-0,76]).	Efeito protetor da chupeta na SMSL.

Tabela 11 - Descrição dos estudos incluídos por título, país e ano, periódico e instituição de origem do estudo

Código do Estudo	Título do Artigo	País e Ano de Publicação	Periódico	Instituição de Origem do Estudo
E3	SIDS risk factors and factors associated with prone sleeping in Sweden	Suécia (2006)	Archives Of Disease In Childhood British Medical Journal®	The Queen Silvia Children's Hospital, Goteborg
E26	Pacifier use does not alter the frequency or duration of spontaneous arousals in sleeping infants	Áustria (2009)	Sleep Medicine ELSEVIER®	Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Medical University of Graz, Auenbruggerplatz
E27	Non-Nutritive Sucking Habits in Sleeping Infants	Austria (2010)	Neonatology Karger Publishers®	Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, Medical University of Graz, Auenbruggerplatz
E28	Detection of specific antibodies in cord blood, infant and maternal saliva and breast milk to staphylococcal toxins implicated in sudden infant death syndrome (SIDS)	Reino Unido (2004)	Immunology and Medical Microbiology ELSEVIER®	Department of Pathology, Royal Lancaster Infirmary, Lancaster
E40	Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study	EUA (2006)	British Medical Journal®	California department of health services e Los Angeles County
E51	Pacifier Use and Sids: Evidence for a Consistently Reduced Risk	EUA (2012)	Matern Child Health Journal®	Goldberg Center for Community Pediatric Health, Children's National Medical Center, New York
E68	Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID	Alemanha (2005)	Acta Paediatrica®	Institute of Epidemiology and Social Medicine, University of Munster, Miinster, Germany
E69	Sleep Environment Risk Factors for Sudden Infant Death Syndrome: The German Sudden Infant Death Syndrome Study	Alemanha (2009)	Pediatrics Journal®	Institute of Legal Medicine and Institute of Epidemiology and Social Medicine

De seguida serão apresentados o tipo de estudo, o desenho de estudo e o método de colheita de dados referente a cada artigo incluído na RSL.

Tabela 12 - Tipo de estudo, desenho e método de colheita de dados

Código do Estudo	Tipo de Estudo	Desenho de estudo	Obtenção dos dados
E3	Estudo Quantitativo	Estudo de Coorte	Questionário
E26	Estudo Quantitativo	Estudo Descritivo	Análise de vídeo gravações Avaliação das características biométricas Avaliação dos parâmetros fisiológicos
E27	Estudo Quantitativo	Estudo descritivo	Análise de vídeo gravações Avaliação das características biométricas Avaliação dos parâmetros fisiológicos
E28	Estudo Quantitativo	Estudo descritivo	Análise dos níveis de anticorpos contra o TSST-1 ou SEC no sangue do cordão umbilical (SCU), saliva ou leite materno.
E40	Estudo Quantitativo	Estudo de Caso-Controlo	Formulário
E51	Estudo Quantitativo	Estudo de Caso-Controlo	Formulário
E68	Estudo Quantitativo	Estudo de Caso-Controlo	Formulário
E69	Estudo Quantitativo	Estudo de Caso-Controlo	Formulário

Como se pode constatar, o método quantitativo mostrou-se prevalente entre os estudos. No que concerne ao desenho de estudo, foram incluídos na RSL, um estudo de coorte (E3), três estudos descritivos (E26, E27 e E28) e quatro estudos de caso-controlo (E40, E51, E68 e E69).

O conteúdo dos oito artigos incluídos na RSL foi sujeito a uma análise descritiva. Os dados foram retirados do texto integral dos estudos selecionados e foram transcritos numa tabela elaborada para o efeito (Anexo VII) de forma a obter a informação necessária para a consecução dos objetivos da revisão.

Para análise dos dados e explicitação dos resultados, seguiu-se inicialmente uma síntese narrativa (Tabela 13), sem meta-análise, descrevendo de forma sumária os aspetos mais relevantes dos estudos analisados. Pretende-se que a discussão dos resultados auxilie na interpretação e compreensão dos resultados obtidos na RSL, balanceando a descrição objetiva dos principais achados e a explicação subjetiva do seu significado (CDR, 2009).

Tabela 13 - Principais resultados e conclusões sobre o uso da chupeta

Código do Estudo	Resultados	Intervenções e Principais Conclusões relativas ao uso da Chupeta
E3	A utilização da chupeta ajuda a manter a posição dorsal que, por sua vez faz diminuir o risco de SMSL (OR=3,2 [IC 95%: 1.9-5.4]).	Preenchimento de um questionário pelos cuidadores quando a criança atingisse 6 meses de idade. Este estudo comprovou que existem, efetivamente, ganhos através das campanhas de sensibilização para a prevenção da SMSL. A escolha da posição prona para dormir, na primeira semana, é determinada pela situação profissional da mãe, tabagismo materno, o temperamento da criança, uso da chupeta e a partilha do quarto com outras crianças.
E26	A frequência e a duração de despertares espontâneos não diferiram significativamente entre as crianças que usam chupeta e as que não usam.	Os lactentes foram submetidos a polissonografia no laboratório do sono. A polissonografia incluía o EEG, Eletrooculargrama, ECG, FR, FC, Sat. O₂, Captação de CO₂ através de uma cânula colocada Não houve diferenças significativas relativamente ao número total de despertares em 10 minutos e o período de duração da excitação. Este estudo sugere que o efeito protetor do uso da chupeta na prevenção de SMSL não pode ser explicada por processos de excitação.
E27	O estudo é incapaz de explicar os efeitos potencialmente benéficos da chupeta sobre SMSL sob um ponto de vista fisiológico.	Foram efetuadas gravações vídeo em crianças que usam chupeta regularmente durante o sono, num laboratório de polissonografia. Foi avaliada a frequência e duração das sucções e os intervalos entre as mesmas. Foi também avaliada as mudanças nos parâmetros fisiológicos durante as sucções (FC, FR e Sat.O₂). Realizado EEG, ECG, Eletromiograma e Eletrooculargrama. A deficiência/imaturidade do controle autónomo tem sido descrito como tendo um papel importante na patogénese da SMSL. Posto isto, este estudo avaliou se a SNN poderá alterar os parâmetros fisiológicos. Nem o batimento cardíaco, nem a saturação de oxigénio se alterou significativamente durante as sucções comparativamente ao período de 10 segundos que precede a mesma.
E28	O uso regular da chupeta pode diminuir o risco de SMSL. Conclui-se, neste estudo, que as crianças que usaram a chupeta apresentavam IgA salivar de TSST-1 e SEC em comparação com crianças que não usaram chupeta.	Análise dos níveis de anticorpos contra o TSST-1 ou SEC no sangue do cordão umbilical (SCU), saliva ou leite materno. Os dados obtidos sugerem que as crianças saudáveis têm um sistema imunitário da mucosa bucal competente desde muito cedo, e são capazes de produzir uma resposta ativa quando encontram um antígeno microbiano para a primeira vez.
E40	Houve uma correlação significativa entre o uso da chupeta e a redução do SMSL (0.03-0,21) Sugar o polegar da própria mão foi associado também, a uma redução do risco de SMSL (OR=0,43 [IC 95%: 0,25-0,77]).	As mães foram questionadas sobre último sono da criança (casos) e o sono antes da entrevista (controles). A utilização da chupeta durante o sono foi associada a uma redução do risco de SMSL em cada um das categorias estudadas. Em crianças que não usaram chupeta durante o último sono, a posição de dormir em decúbito ventral ou lateral,

		dormir com mãe fumadora e dormir em cama macia, durante o último sono foram associados a um aumento do risco de SMSL.
E51	O uso da chupeta durante o último sono diminuiu risco de SMSL (OR=0,30 [IC 95%: 0,17-0,52]).	Foi realizada investigação exaustiva sobre o cenário da morte. Foi elaborado um questionário dirigidos aos cuidadores com 400 questões. O uso da chupeta foi associado a um risco reduzido de SMSL em todas as categorias dos fatores maternos e infantis analisados. No que diz respeito às características maternas e da criança, uso da chupeta parece diminuir, ainda mais, o risco de SMSL quando as mães apresentam uma idade superior ou igual a 20 anos, casadas, não-fumadoras, gravidez vigiada e se a criança nunca foi amamentada. O uso da chupeta apareceu também a diminuir o risco de SMSL quando a criança estava em determinados ambientes do sono, como dormir em posição prona ou lateralmente, partilhar a cama e estava deitada numa superfície macia.
E68	A utilização de uma chupeta no último sono foi associado a uma redução do risco de SMSL (OR=0,39 [IC 95%: 0,25-0,59]).	Os cuidadores das crianças (casos e controles) foram entrevistados em sua casa com recurso a um questionário padronizado. A utilização de biberão foi também descrita como um fator protetor para a SMSL. Apesar do efeito protetor da chupeta apresentado através dos dados estatísticos, existe ainda relutância na sua utilização.
E69	Utilizar chupeta nas últimas 4 semanas foi associado a um risco reduzido de SMSL (OR=0,49 [IC 95%: 0,32-0,76]).	Foi realizado um formulário dirigido aos cuidadores, sendo este preenchido, nas suas casas, por um entrevistador treinado para o efeito. A redução do risco de SMSL através do uso da chupeta foi comprovado através da análise estatística no grupo que normalmente usava a chupeta no último sono. Aumento do risco de SMSL ao adotar a posição prona para dormir (OR=7,08 [IC 95%: 3,69-13,60]).

4.2. Evidências encontradas nos artigos incluídos na RSL

Através dos dados recolhidos anteriormente pôde-se definir as categorias que sustentam o efeito da chupeta na SMSL presentes nos estudos incluídos na revisão (figura 14).

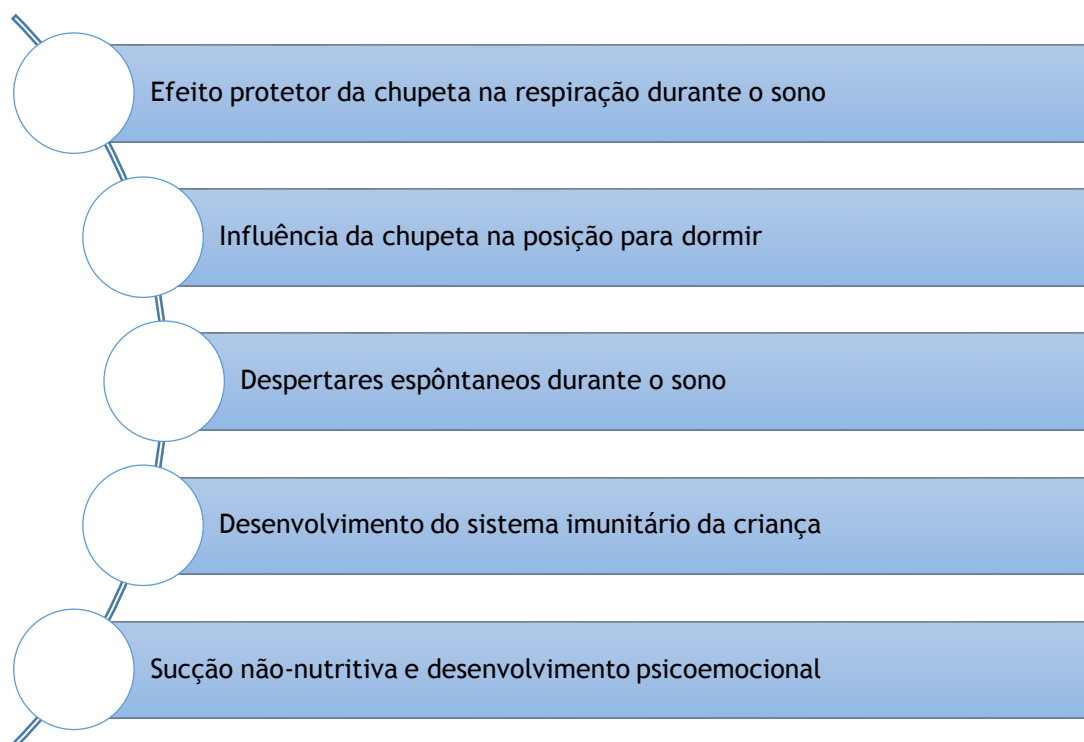
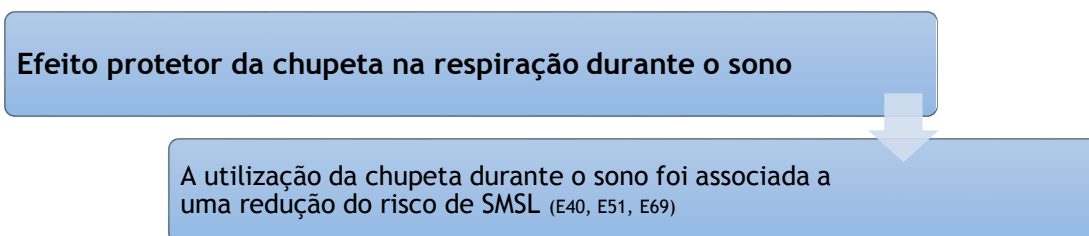


Figura 14 - Categorias de efeitos da chupeta na SMSL emergentes dos estudos incluídos na RSL

Seguidamente serão apresentadas, individualmente, as categorias de efeito da chupeta encontrados nos artigos incluídos, bem como as respetivas justificações encontradas na literatura que auxiliaram no processo de pensamento.



Hauck *et al.* (2005) foram os primeiros autores a recomendarem o uso da chupeta para a prevenção da SMSL, e isso foi confirmado e divulgado pela recomendação da Academia Americana de Pediatria em 2005. Neste estudo, Hauck e os seus colaboradores revelaram a existência de uma forte correlação entre o uso da chupeta e a redução do risco da SMSL, sendo o efeito mais forte quando a criança está a dormir. Os resultados do estudo de Bueno (2008) evidenciaram que o risco SMSL nas crianças que não usaram chupeta no último sono ou referência do sono (para o grupo controlo) foi, pelo menos, 2 a 5 vezes maior que o das crianças que usaram chupeta.

Sexton e Natale (2009) e Mitchell *et al.* (2006) recomendaram que os pais devem oferecer a chupeta aos seus filhos após o primeiro mês de vida até um ano de idade, no início do sono, de modo a reduzir o risco de morte súbita do lactente. O estudo de Mitchell e seus colaboradores (2006) mostrou uma redução de cerca de 17% no risco associado ao uso "rotineiro" da chupeta e uma redução do risco de aproximadamente 50% associada ao uso da mesma no último sono.

Da mesma forma, encontrou-se na presente RSL três estudos que obtiveram uma conclusão semelhante, ora vejamos:

Tabela 14 - Resultados encontrados para a categoria “Efeito protetor da chupeta na respiração durante o sono”

E40	A utilização da chupeta durante o sono foi associada a uma redução do risco de SMSL em cada um das categorias estudadas.
E51	O uso da chupeta durante o último sono diminuiu risco de SMSL (OR: 0,30 [IC 95%: 0,17-0,52]).
E69	Utilizar chupeta nas últimas 4 semanas foi associado a um risco reduzido de SMSL (OR: 0,49 [IC 95%: 0,32-0,76]).

Entre os aspetos descritos na literatura para explicar a associação entre o uso de chupeta e a diminuição da incidência de SMSL foram encontradas várias hipóteses explicativas para este acontecimento, destacando-se que:

- a. A presença da chupeta pode proteger as vias aéreas (Li *et al.*, 2006).
- b. O uso da chupeta pode aumentar o tónus muscular das vias aéreas superiores e reduzir a probabilidade de colapso das vias aéreas durante o sono (Adair, 2003)
- c. A sucção pode reduzir a probabilidade de apneia (Mellara *et al.*, 2010, Nelson, 2012).
- d. A sucção ativa na chupeta exige que a língua da criança se posicione para a frente, diminuindo deste modo o risco de obstrução da orofaringe (Crawford, 2010, Mellara *et al.*, 2010).
- e. O uso da chupeta permite a capacidade de respirar pela boca, se a via aérea nasal ficar obstruída (Crawford, 2010).

Posição para dormir

A utilização de chupeta ajuda a manter a posição dorsal que, por sua vez faz diminuir o risco de SMSL (E3, E51, E69)

A prevenção da SMSL tem levantado cada vez mais interesse no seio da comunidade dos profissionais de saúde. A adoção da posição dorsal para dormir tem sido um dos pontos cruciais das campanhas de sensibilização para a prevenção da SMSL. Do mesmo modo, os estudos E3, E51 e E69 corroboram o mencionado, afirmando que a posição prona para dormir aumenta o risco de SMSL.

Tabela 15 - Resultados encontrados para a categoria “Efeito da chupeta na posição para dormir”

E3	O estudo de Alm e seus colaboradores (2006) sugere que a utilização da chupeta evita que a criança seja colocada em decúbito ventral, posição esta que esta descrita como fator de risco na SMSL.
E51	O uso da chupeta diminuiu o risco de SMSL quando a criança estava em determinados ambientes do sono, como dormir em posição prona ou lateralmente, partilhar a cama e estava deitada numa superfície macia.
E69	Aumento do risco de SMSL ao adotar a posição prona para dormir (OR: 7,08 [IC 95%: 3,69-13,60].

Na literatura foram encontradas várias hipóteses explicativas para este acontecimento, entre elas destacam-se:

- Utilizar chupeta pode impedir uma criança de se voltar para uma posição de risco para a SMSL, a posição prona (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005, Mellara *et al.*, 2010).
- A chupeta está associado ao prazer e satisfação. A sua utilização irá promover menos movimento durante o sono, reduzindo a probabilidade de a criança colocar cobertas sobre sua a cabeça (hipoxia acidental) (Li *et al.*, 2006, Vennemann *et al.*, 2009).

Verificou-se ainda, no estudo de Alm *et al.* (2006) que a escolha da posição prona para dormir, na primeira semana, é determinada pela situação profissional

da mãe, tabagismo materno, o temperamento da criança, uso da chupeta e a partilha do quarto com outras crianças.

Despertares espontâneos durante o sono

A utilização da chupeta não foi associado a despertares espontâneos, mecanismo este que pode contribuir para um sono menos profundo da criança (E26)

De acordo com Franco *et al.* (2000), a utilização da chupeta poderia atuar como mecanismo protetor devido à presença de pequenos despertares espontâneos da criança. Contudo, o estudo de Hanzer *et al.* (2009) sugere que os despertares espontâneos podem ocorrer espontaneamente sem causa detetável podendo ser induzidos por estímulos externos (barulho, luz e temperatura) ou estímulos internos, nomeadamente, apneia, bradicardia, refluxo gastroesofágico e de esvaziamento da bexiga, sem que isso esteja intimamente ligado ao uso da chupeta. Segundo o seu estudo, os autores concluem que a frequência e a duração de despertares espontâneos não diferiram significativamente entre as crianças que usam chupeta e as que não usam. Este estudo sugere ainda, que o efeito protetor do uso de chupeta na prevenção de SMSL não pode ser explicado por processos de excitação. Contudo, este estudo apresenta as suas limitações dado que, para além de apresentar uma amostra relativamente reduzida, mede exageradamente parâmetros fisiológicos sem ter em consideração o ambiente (manipulado) em que a criança se encontra.

Contrapondo estes resultados, surge o estudo de L'hoir, Engelberts e Well (1998) onde demonstraram que os movimentos de sucção durante o sono REM foram um mecanismo protetor de apneias, sendo que estes autores sugerem que não se deveria desencorajar sistematicamente o uso da chupeta em lactentes.

Além disso, o uso da chupeta aumenta (ligeiramente) o nível de dióxido de carbono, sendo que este age como um estimulante respiratório, diminuindo o limiar de excitação para os lactentes (Jenik e Vain, 2009). Perdas frequentes da chupeta durante o sono podem causar maior excitação e alterar o comportamento da mãe, alertando-a para verificar a criança com maior frequência para a perda da chupeta, e conseqüentemente, para o seu bebé.

Desenvolvimento do sistema imunitário da criança

A utilização de chupeta pode desenvolver a imunidade contra determinados microrganismos pelo contacto precoce com os mesmos (E28)

Relativamente à utilização da chupeta e desenvolvimento de imunidade contra determinados microrganismos, as crianças são, de facto, capazes de criar uma resposta imune adequada, protetora quando encontram os antigénios para a primeira vez. Uma combinação de fatores de risco para a SMSL, como dormir em posição prona, ou uma infeção viral ou sobreaquecimento, pode criar o ambiente ideal para a produção de estafilococos na nasofaringe. Se isso ocorrer na primeira exposição de uma criança com baixos níveis de anticorpos protetores, poderá provocar a morte súbita (Hanzer *et al.*, 2010).

O estudo de Hanzer *et al.* (2010) revela que as toxinas produzidas pelas bactérias na nasofaringe podem atuar em sinergia, provocando a SMSL com baixos níveis de imunoglobulinas circulantes. As crianças que utilizavam chupetas, e que eram alimentadas com leite adaptado, apresentavam mais propensão para colonizações nasofaríngeas por *S. Aureus*, o que poderia explicar a resposta imunitária precoce aos antigénios da toxina.

Por conseguinte, o uso regular da chupeta pode diminuir o risco de SMSL. Conclui-se que as crianças que usaram a chupeta apresentavam IgA salivar de TSST-1 e SEC em comparação com crianças que não usaram chupeta.

Sucção não-nutritiva e desenvolvimento psicoemocional

A chupeta está associado ao prazer e satisfação. A sua utilização promove menos agitação, bem como a redução de níveis de stress durante o sono (E27)

O reflexo de sucção está presente ao nascimento e permanece até aos 4 meses, sendo que, a partir desta idade, deixa de ser um reflexo involuntário para se transformar num ato voluntário (Magalhães, 2000). A avaliação do mesmo faz-se através da colocação de uma chupeta ou um dedo da boca do RN, onde este irá fazer uma forte e vigorosa sucção (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2011).

Rodrigues (2007) refere a existência de dois tipos de sucção, nomeadamente, a Sucção Nutritiva (SN) e a Sucção Não-Nutritiva (SNN). Como o nome indica, a sucção não-nutritiva ocorre quando não há introdução alimentar na cavidade oral e pode ser usada como forma de satisfazer as necessidades de sucção da criança, como técnica terapêutica para desenvolver um padrão de sucção correto, ou para desenvolver condições que permitam a receção do alimento via oral de forma eficaz. Por outro lado, a sucção nutritiva refere-se ao processo normal de obter alimentação (natural ou artificial). Ambos os tipos de sucção apresentam um padrão, taxa e ritmo de sucção característico.

A sucção é um mecanismo que envolve e promove o desenvolvimento dos músculos da face, proporcionando um crescimento harmonioso dessas estruturas (Rodrigues, 2007).

Como referido no enquadramento teórico, atualmente pensa-se que a SMSL será de etiologia multifatorial, sendo a hipótese do triplo risco, a teoria mais utilizada para explicar a provável patogénese da SMSL. Como se pôde constatar, a situação de *stress* poderá ser um dos fatores presentes na SMSL, como tal, daqui resulta que os potenciais benefícios emocionais/psicológicos de SNN e do nível atual de *stress* na vida de uma criança são considerações importantes quando se avalia a relação risco *versus* benefício da utilização da chupeta.

4.3. Meta-análise dos estudos encontrados

Como se pôde constatar na secção anterior, foram identificados oito artigos, que incluem dados sobre a associação entre o uso das chupetas e SMSL. Contudo, nem todos possuem a mesma questão de partida. Como tal não possuem variáveis independentes e/ou dependentes semelhantes. Importa referir que, embora os E68 e E69 sejam um estudo de base populacional idêntica, o E69 explora mais detalhadamente o aspeto do sono, sendo este uma das diversas variáveis analisadas no E68. De forma, a não enviesar o resultado da meta-análise, foi incluído para esta fase o E68, já que é o estudo mais abrangente. Assim, três estudos reuniram condições para realizar meta-análise: E40, E51 e o E68, todos do tipo caso-controlo (Tabela 16).

Todos os cálculos e gráficos foram realizados recorrendo ao *software* EPIDAT 3.1® e para a determinação dos efeitos da utilização da chupeta na prevenção da SMSL utilizaram-se os Odd's Ratios (OR).

Em termos estatísticos, primeiramente será analisada a heterogeneidade entre os estudos através do Teste de Dersimonian-Laird. Seguidamente serão apresentados os resultados individuais e combinados em tabela e gráfico, onde se analisará o viés de publicação através do Teste de Begg.

Posteriormente será efetuada uma análise de sensibilidade aos resultados. Para esta última analisam-se os resultados excluindo à vez cada um dos estudos para, desta forma, averiguar a consistência dos resultados dos mesmos.

Tabela 16 - Estudos incluídos para a meta-análise

Estudo	CASOS DE SMSL		CONTROLOS		n
	Número de participantes	Usavam chupeta	Número de participantes	Usavam chupeta	
E40	169	7	309	73	478
E51	260	39	260	83	520
E68	329	135	993	543	1322

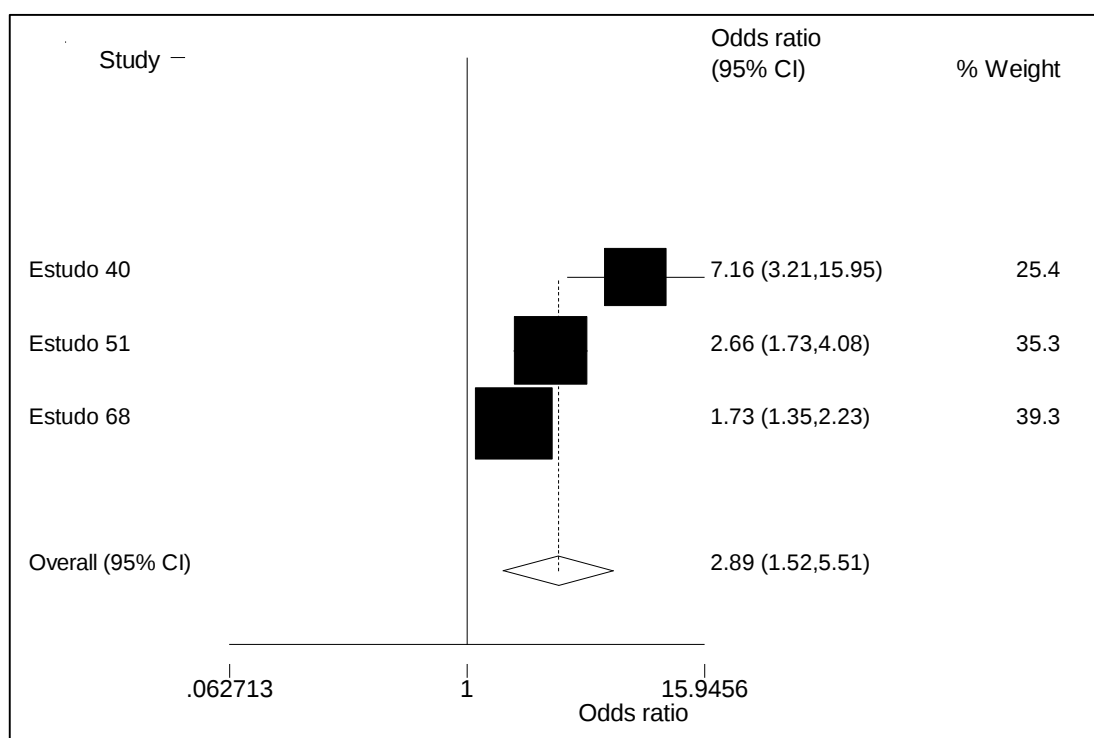
O Teste de heterogeneidade de Dersimonian-Laird ($\chi^2(2)=12,36$; $p=0,002$) atesta a existência de resultados heterogêneos entre os estudos. Assim sendo, o método de estimação do OR foi o baseado em efeitos aleatórios.

A Tabela 17 e a Figura 16 apresentam os resultados de cada estudo. Observa-se que o OR = 2,89 (IC95%: 1,52 - 5,51), podendo constatar-se que o facto de não se utilizar a chupeta aumenta significativamente a probabilidade de ocorrência de SMSL.

Tabela 17 - Resultados individuais e agrupados

Estudo	N	OR	OR IC (95,0%)	
			LI	LS
E40	478	7,16	3,21	15,95
E51	520	2,66	1,73	4,08
E68	1322	1,73	1,35	2,23
Efeitos aleatórios	2320	2,89	1,52	5,51
Efeitos fixos	2320	2,12	1,72	2,61

Figura 15 - Resultados individuais e agrupados (Forest Plot)



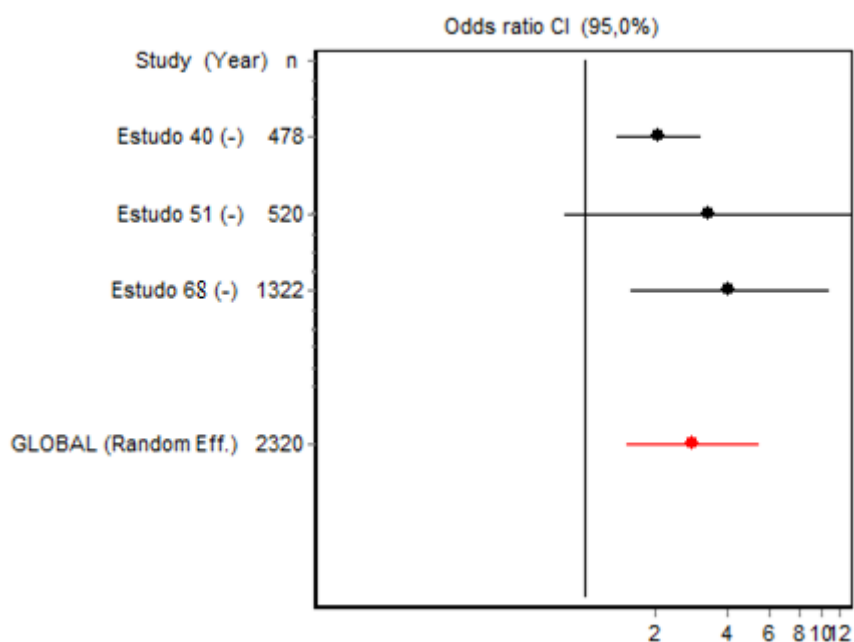
A aplicação do Teste de Begg ($Z=1,045$; $p=0,296$) revelou ausência de viés de publicação entre os estudos ($p \geq 0.05$).

Relativamente à sensibilidade (Tabela 18 e Figura 16), consta-se que omitindo o estudo 40 e 68, os OR se mantêm significativamente superiores a 1, contudo, se o estudo 51 for o removido da análise, o OR passa a ser igual a 1, não robustecendo o efeito promotor da chupeta.

Tabela 18 - Resultados se estudos omitidos

Estudo omitido	n	OR	OR IC (95,0%)	
			LI	LS
E40	1842	2,07	1,37	3,12
E51	1800	3,34	0,84	13,36
E68	998	4,11	1,57	10,77

Figura 16 - Análise da Sensibilidade



Considerando as naturais limitações de ordem metodológica, o estudo de investigação realizado, com carácter meta-analítico, permitiu concluir que o uso da chupeta diminui a probabilidade de ocorrência de SMSL OR = 2,89 (IC95%: 1,52 - 5,51).

4.4. Limitações da RSL

De forma independente dos resultados evidenciados pela presente meta-análise, que expressam a tendência da investigação produzida no domínio considerado, constata-se algumas limitações. Desta forma, é importante salientar que a força dos resultados de uma RSL depende da robustez dos estudos que analisa e dado que apenas se incluíram estudos de caso-controlo na meta-análise, o risco de viés pode estar presente.

A exclusão do E3 por falta de dados apresentados pelos autores poderá ter (ou não) influenciado o resultado final da meta-análise.

O número reduzido de estudos incluídos na meta-análise pode contribuir para a variabilidade de resultados, e portanto, para a magnitude das correlações encontradas. Além disso, outro aspeto importante diz respeito às amostras utilizadas nos artigos incluídos na meta-análise, principalmente no que concerne

aos grupos controlo do E69, que poderá de alguma forma, direccionar os resultados finais durante o processamento da análise estatística.

Outra limitação desta RSL situa-se no risco de viés elevado devido à carência da pesquisa na literatura cinzenta, já que não foram tidas em conta os estudos não publicados. Além disso, o facto de se ter restringido o idioma (português, espanhol, inglês) pode ter contribuído para a perda de potenciais estudos noutros idiomas.

4.5. Implicações para a Prática Clínica

Os cuidadores, mais do que informação, necessitam de adquirir um sentimento de parceria para com os profissionais de saúde e, portanto, a intervenção do enfermeiro deverá ser centrada na promoção do papel parental.

O enfermeiro, pela proximidade que detém junto dos clientes, encontra-se numa posição privilegiada para estabelecer uma relação de abertura e diálogo com os pais, para disponibilizar a informação necessária, facilitar a expressão de sentimentos e promover estratégias para aumentar as competências parentais.

Oferecer a chupeta é uma opção dos cuidadores, contudo se estes decidem usá-la deverá ser fornecida orientação relativamente à segurança e outros riscos relacionados com o tipo e uso da chupeta. Assim, o principal papel do enfermeiro é alertar os pais sobre os riscos e os benefícios relativamente ao uso da chupeta, tendo em conta bibliografia fidedigna, pois só assim os cuidadores poderão gerir o uso da mesma e adequá-la às necessidades do seu filho (Jaafar *et al.*, 2011).

No que concerne à temática em estudo, a chupeta pode ser fornecida para prevenir a SMSL, desde que seja usada com moderação. Por conseguinte, o uso da chupeta não deverá ser desencorajado podendo ser especialmente benéfico nos primeiros 12 meses de vida. Os riscos começam a igualar os benefícios em torno dos 12 meses de idade e parecem aumentar após os dois anos de idade, sendo após os 12 meses a idade ideal para o início da cessação do uso da chupeta.

Quando se verifica que o uso da chupeta já tem consequências no desenvolvimento da criança, nomeadamente no desenvolvimento da arcada dentária, é importante auxiliar os pais e informá-los acerca de estratégias que contribuem para o abandono da mesma. O grupo de saúde oral da Cochrane Collaboration® está, atualmente, a trabalhar num protocolo de RSL intitulado de

*Interventions for the cessation of pacifier or digit sucking habits in children*² (Borrie, Bearn e Innes, 2010), com o objetivo de descrever intervenções que possam ser utilizadas para efetuar o desmame da chupeta. Uma vez publicado, esta RSL também será um valioso contributo não só para os profissionais de saúde, mas também para os cuidadores.

No que concerne à incidência de Otites Médias Agudas (OMA), alguns autores afirmam a existência de uma correlação positiva desta patologia com o uso da chupeta (Neto, Hemb e Silva, 2006). No entanto, sabe-se que a OMA tem um pico de incidência entre 12-24 meses de vida (Costa *et al.*, 2011). Tendo em conta estes dados, pode-se aconselhar os pais a permitirem o uso da chupeta até aos 12 meses, já que até aqui a necessidade de sucção é relevante, a incidência de SMSL é alta e a incidência de OMA é baixa.

No que respeita à incidência de cáries, num acompanhamento longitudinal efetuado a crianças japonesas não se observaram diferenças estatísticas significativas relativamente à prevalência de cáries em crianças com hábito de SNN até aos 18 meses de idade. No entanto, aos 36 meses, a prevalência de cárie foi maior no grupo com chupeta (24,4%) se comparada com o de crianças que sugavam o dedo (10,6%) ou com o grupo-controlo (17,1%). O uso da chupeta durante dois anos leva a alterações significativas na maxila, e durante três anos conduz a alterações da mandíbula (Yonezu e Yakushiji, 2008). Dentro da maioria dos estudos realizados no sentido de conhecer a influência do uso da chupeta no desenvolvimento dentário, é consensual que as alterações sobre a arcada dentária dependem sobretudo de fatores como: frequência, intensidade e duração do hábito de uso da chupeta (Tosato, Biasotto-Gonzalez e Gonzalez, 2005). Como tal, alerta-se para o facto de os cuidadores estarem atentos para estes aspetos.

O uso da chupeta em crianças de termo amamentadas, que iniciaram a partir do nascimento ou após a lactação estar estabelecida, não afetou significativamente a prevalência ou duração da amamentação exclusiva e parcial até aos quatro meses de idade (Jaafar *et al.*, 2011). Ora, sendo o pico de incidência da SMSL entre os dois e os quatro meses, e sendo esta menos frequente no primeiro mês de vida da criança, o uso da chupeta pode ser recomendado aos cuidadores, sem que tal prejudique a amamentação.

Neste âmbito, torna-se importante que os cuidadores recebam dos profissionais de saúde orientação acerca das características da chupeta (tabela 21).

² Intervenções para a cessação do uso de chupeta ou sucção do dedo em crianças.

Tabela 19 - Recomendações para a compra/uso de chupetas

Recomendações para a compra/uso de chupetas

Compra	Chupeta Ortodôntica	Possui bico chato que possibilite o encerramento dos lábios e a estimulação do crescimento do palato, permitindo desta forma, uma respiração correta (nasal) e a formação adequada da arcada dentária (Magalhães, 2000).
	Silicone	Além de terem um tempo de vida maior, são hipoalergênicas e mais facilmente laváveis (Nelson, 2012).
	Tamanho adequado à idade	Os pais também devem estar atentos para o tamanho do bico, que deve ser adequado ao tamanho da boca da criança, para que os estímulos recebidos sejam corretos e não promotores de malefícios no seu desenvolvimento (Magalhães, 2000). O escudo deve apresentar a forma côncava e conter mais de dois furos, características que evitam o acumular de saliva e consequente irritação da pele, além de conceder suporte à musculatura peri-oral (Cunha <i>et al.</i> , 2005 cit. por Lima <i>et al.</i> , 2007).
	Sem acessórios	Os acessórios, como fitas, bonecos ou cordas para colocar à volta do pescoço, podem causar asfixia da criança (Nelson, 2012).
Uso	Ferver em água quente/ Lavar com frequência	No que concerne às infeções, a chupeta poderá ser um fator predisponente para a sua aquisição, sendo portanto, essencial para impedir a propagação desses micro-organismos, a sua limpeza e esterilização.
	Troca periódica	Deve ser efetuada a troca periódica da chupeta ortodôntica, por motivos de higiene, deformidade do bico e dependência afetiva da criança, nomeadamente odor e textura. Deve ser trocada entre 2-3 meses de uso (Nelson, 2012).
	Não adocicar	Deve ser utilizada entre as refeições (e não substituir), sem recurso a substâncias doces.

Fonte: Consumer Reports.org (2012)

A chupeta ideal para a criança é a chupeta ortodôntica, com bico chato que possibilite o encerramento dos lábios e a estimulação do crescimento do palato, permitindo desta forma, uma respiração correta (nasal) e a formação adequada da arcada dentária (Magalhães, 2000).

Os pais também devem estar alertas quanto ao tamanho do bico, que deve ser adequado ao tamanho da boca da criança para que os estímulos recebidos sejam corretos e não promotores de malefícios no seu desenvolvimento (Magalhães, 2000).

Além do mencionado, é necessário ter em consideração o escudo da chupeta relativamente ao seu tamanho e quantidade de furos. Este deve apresentar a forma côncava e conter mais de dois furos, características que evitam o acumular de saliva

e consequente irritação da pele, além de conceder suporte à musculatura perioral (Lima *et al.*, 2007).

Nelson (2012) orienta ainda para a troca periódica da chupeta ortodôntica, cerca de dois a três meses, por motivos de higiene, deformidade do bico e dependência afetiva da criança, nomeadamente odor e textura.

Brazelton (1990) refere que não é recomendável retirar a chupeta antes de a substituir por outro objeto significativo. Acrescenta ainda que a retirada da chupeta não deve ser realizada ao ritmo dos pais, mas sim da própria criança, de forma a terem em consideração o significado que a mesma assume para ela.

CONCLUSÃO

A investigação constitui-se, indubitavelmente, como uma via privilegiada de desenvolvimento contínuo das profissões, sendo esta responsável por estabelecer uma base para a expansão e reforço do conhecimento teórico, sobre o qual se alicerça a sua prática.

Assim, e enquanto profissional de enfermagem, consciente da necessidade de orientar a prática para um futuro cada vez mais complexo, rigoroso e competitivo, com vista a satisfazer as necessidades de uma população também cada vez mais exigente, torna-se evidente a importância da procura da melhor evidência disponível.

A elaboração deste trabalho permitiu o aprimoramento da capacidade crítico-reflexiva no domínio da análise de investigação, facto que, *per si*, se apresenta revestido de enorme importância, dado que a investigação é uma fonte de progresso profissional e a necessidade da atualização é fundamental.

Importa salientar que as RSL, com ou sem meta-análise, são consideradas evidência de nível I, situando-se no topo da pirâmide da prática baseada na evidência (Paolluci, 2006). A elaboração da meta-análise oferece vantagens, nomeadamente no que concerne à objetividade e à precisão que lhe estão inerentes. O objetivo e valor presentes da meta-análise permanecem face à sua capacidade de responder à necessidade de sintetizar informação proveniente da expansão da pesquisa nos diferentes domínios técnico-científicos, através da utilização de um desenho de estudo que permite compilar a informação de diversos estudos, de uma mesma temática, analisando-a de forma quantitativa, obtendo assim conclusões fidedignas e livres de potenciais enviesamentos oriundos da subjetividade de análises informais (Quintana e Minami, 2006).

Com isto, e analisando todo o trabalho desenvolvido pode afirmar-se que foram atingidos os objetivos (geral e específicos) inicialmente traçados, mediante os recursos disponíveis, elaborando-se uma RSL com meta-análise sobre o efeito da chupeta na SMSL, com a melhor evidência possível.

De facto, a problemática abordada reveste-se de enorme interesse sendo passível de conferir colossais subsídios para a prática de enfermagem. Apesar de o

efeito de ação da chupeta para redução do risco de SMSL permanecer incerto, recomenda-se a utilização da mesma durante o primeiro ano de vida.

O uso da chupeta, além de facilitar a alternância ventilatória oral no caso da oclusão nasal, promove também, o decúbito dorsal da criança ao permitir a retenção e sucção desta, reforçando assim uma posição preventiva da SMSL. Para além disso, a sua utilização tem sido associada à ocorrência de uma ligeira hipercapnia, que consiste num fator estimulante da ventilação.

Se a criança recusa a chupeta, não deve ser forçada a mantê-la. A chupeta não deve ser revestida com qualquer solução doce e deve ser limpa com frequência, bem como, substituída regularmente.

Contudo, é preciso ressaltar que a decisão de dar (ou não) a chupeta é uma decisão dos cuidadores. Trata-se de uma escolha pessoal sendo que, o mais importante é que os cuidadores detenham conhecimento sobre este tema e que se sintam bem com a sua opção.

Pretendeu-se através deste trabalho, sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de questionar as práticas do quotidiano, procurar evidência científica sobre as mesmas, transpor esta mesma evidência para a prestação de cuidados e acima de tudo, despertar consciência crítica para a necessidade de encarar a investigação como o pilar do desenvolvimento da enfermagem.

A parceria entre o profissional de saúde e os pais é essencial, pois possibilita uma identificação conjunta de metas e necessidades estabelecidas, bem como o planeamento de intervenções adequadas ao problema identificado. O enfermeiro auxilia as crianças e as suas famílias no sentido de fazer escolhas informadas, agindo no melhor interesse da criança. Assim, a educação para a saúde enquanto meio de transmissão de informação adequada assume um papel crucial no auxílio à família.

No decorrer da sua realização surgiram dificuldades, especificamente no que respeita à capacidade de síntese e organização da informação analisada e de esquematizar sucintamente os resultados que daí advieram, a determinação da conduta mais apropriada para a elaboração do referencial teórico de forma a entrecruzar, numa lógica de complementaridade, o processo de pensamento explanado na conceptualização com a evidência científica e, por último, a dificuldade encontrada na realização do processo estatístico dos dados.

É de salientar que o presente trabalho se edificou entre avanços e retrocessos que, apesar de terem dificultado a progressão do mesmo, não os assumimos como obstáculo uma vez que, não sendo o processo de investigação um processo linear, consideramos estes como parte integrante do mesmo, e sem o qual não teria sido possível obter resultados similares.

Relativamente à metodologia utilizada, parece que a mesma se revelou vantajosa. De facto, torna-se um desafio construir, à luz da evidência científica, conclusões precisas, quando existem diversas variáveis que podem confirmar e/ou definir comportamentos.

Os resultados da presente RSL sobre o efeito da chupeta na prevenção da SMSL permitem uma visão mais atual e esclarecida acerca desse mecanismo abrindo novas perspetivas para investigações futuras. No entanto, são necessários mais estudos de campo para que os resultados encontrados possam ser mais consistentes e que, desta forma, suportem os resultados encontrados. Sugere-se que trabalhos na área da prevenção sejam desenvolvidos, já que como se referiu ao longo do presente documento, os fatores ambientais são os únicos que os cuidadores poderão manipular.

Concluir um trabalho, gera, sem dúvida, alguma ambivalência de sentimentos. Por um lado, a agradável impressão de missão cumprida, de objetivo atingido; por outro, a perceção de que ainda existe muito por fazer e que esta conclusão presente neste trabalho não é mais do que o início de um longo percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAIR, S. M. - Pacifier use in children: a review of recent literature. *Pediatr Dent*. Vol. 25. n.º 5 (2003). p. 449-58. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649608>>. 0164-1263

ADAMS, S. M. ; GOOD, M. W.; DEFRANCO, G. M. - Sudden infant death syndrome. *American Family Physician*. Vol. 79. n.º 10 (2009). p. 870-4. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19496386>>. 0002-838X

ALM, B. [et al.] - SIDS risk factors and factors associated with prone sleeping in Sweden. *Archives Of Disease In Childhood*. Vol. 91. n.º 11 (2006). p. 915-919. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16464961&site=ehost-live>>. 1468-2044

ANDERSON, Mark E. ; JOHNSON, Daniel C.; BATALL, Holly A. - Sudden Infant Death Syndrome and prenatal maternal smoking: rising attributed risk in the Back to Sleep era. *BMC Medicine*. Vol. 3. (2005). p. 4-4. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15644131&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 1741-7015

APP - The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. Vol. 116. n.º 5 (2005). p. 1245-55.

ARAÚJO, Cláudia Marina T. ; SILVA, Gisélia Alves P.; COUTINHO, Sónia B. - Aleitamento Materno e uso da chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensório motor oral. . *Revista Paul Pediatría*. n.º 25 (2007).

ATHANASAKIS, E. ; KARAVASILIADOU, S.; STYLIADIS, I. - The factors contributing to the risk of sudden infant death syndrome. *Hippokratia*. Vol. 15. n.º 2 (2011). p. 127-31.

AUSUBEL, D.P. - The Acquisition and Retention of Knowledge: A Cognitive View. Kluwer Academic Publishers, 2000. 978-0-7923-6505-1

AYRES, Manuel[et al.] - Aplicações Estatísticas Nas Áreas Das Ciências Bio-Médicas 2007.

BAILEY, Beth A.; SOKOL, Robert J. - Prenatal Alcohol Exposure and Miscarriage, Stillbirth, Preterm Delivery, and Sudden Infant Death Syndrome. *Alcohol Research & Health*. Vol. 34. n.º 1 (2011). p. 86-91. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=64308460&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 15357414

BECKWITH, Bruce - Defining the Sudden Infant Death Syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. Vol. 157. n.º 3 (2003). p. 286-290. Disponível em WWW: <http://archpedi.jamanetwork.com/data/Journals/PEDS/11792/poa20252_286_290.pdf>. 1072-4710

BEGG, CB.; MAZUMDAR, M. - Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. . *Biometrics*. . Vol. 4. n.º 50 (1994). p. 1088-1101.

BERNARDINO, Akalenni - Existe Síndrome da Morte Súbita do Lactente no distrito federal? Brasília: Hospital materno-infantil de Brasília, 2007. Monografia

BERNARDO, Wanderley Marques ; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; JATENE, Fábio Biscegli - Evidence based clinical practice: part II - searching evidence databases. *Rev. Assoc. Med. Bras*. Vol. 50. n.º 1 (2004). p. 104-108. 0104-4230

BERWANGER, Otávio[et al.] - Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 19. (2007). p. 475-480.

BETTANY-SALTIKOV, Josette - How to do a Systematic Literature Review in Nursing - A step-by-step guide. 1ª. 2012. 978-0-33-524227-6

BORRIE, Felicity ; BEARN, David; INNES, Nicola - Interventions for the cessation of pacifier or digit sucking habits in children [Protocol] 2010.

BRAZELTON, T. B. - Ouvindo uma Criança. . São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BUENO, C. - [Pacifier use in early infancy in relation to breast feeding, sudden infant death syndrome and poor dental occlusion]. *Enferm Clin*. Vol. 18. n.º 4 (2008). p. 223-5. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19024785>>. 1130-8621

CAMPANA, Álvaro Oscar - Metodologia da investigação científica aplicada a área biomédica: 2. Investigações na área médica. *J. Pneumologia*. Vol. 25. n.º 2 (1999). p. 84-93. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-35861999000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. 0102-3586

CAROLAN, Patrick L.[et al.] - Potential to Prevent Carbon Dioxide Rebreathing of Commercial Products Marketed to Reduce Sudden Infant Death Syndrome Risk. *Pediatrics*. Vol. 105. n.º 4 (2000). p. 774. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=3009672&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 00314005

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. - Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação: um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros. 2006.

CASTRO, A. [et al.] - Curso de revisão sistemática e metanálise [Online]. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP, 2002. Disponível em WWW: <<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise.>>.

CDR - Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. 2009. ISBN 978-1-900640-47-3

CENTER, SIDS - 2013. Disponível em WWW: <<http://www.sidscenter.org/Statistics.html>>.

CHATZISARANTIS, N. L.; STOICA, A. - A primer on the understanding of meta-analysis. . *Psychology of Sport and Exercise*,. (2009).

COLEMAN-PHOX, K. ; ODOULI, R.; LI, D. K. - Use of a fan during sleep and the risk of sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Vol. 162. n.º 10 (2008). p. 963-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838649>>. 1538-3628

CONSUMERREPORTS.ORG - Pacifier buying guide. 2012. Disponível em WWW: <<http://www.consumerreports.org/cro/pacifiers/buying-guide.htm>>.

COSTA, Sady Selaimen; [et al.] - Otite média aguda. *Rev. Bras. Med.* Vol. 9. n.º 68 (2011).

COUTINHO, Clara P. - Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal: uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000) 2005.

COZZI, F. ; ALBANI, R.; CARDI, E. - A common pathophysiology for sudden cot death and sleep apnoea. "The vacuum-glossoptosis syndrome". *Med Hypotheses*. England: 1979.

CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind - Prática baseada na evidência - Manual para enfermeiros. Lusociência. 2004. 978-972-8383-61-9

CRAWFORD, Doreen - Sudden unexpected deaths in infancy part I: The phenomena of sudden and unexplained infant Death. *Journal of Neonatal Nursing*. Vol. 16. n.º 3 (2010). p. 104-110. Disponível em WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184110000888>>. 1355-1841

CUNHA, M.[et al.] - Observação do padrão de sucção nutritiva em recém-nascidos de muito baixo peso. (2004). Disponível em WWW: <http://www.fmh.utl.pt/labcmotor/images/stories/doc/cunha_barreiros_goncalves_figueiredo_dmc_2007.pdf>.

D'HALLUIN, Amélie Ryckewaert[et al.] - Formative evaluation to improve prevention of sudden infant death syndrome (SIDS): a prospective study. *Acta Paediatrica*. Vol. 100. n.º 10 (2011). p. e147-e151. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=65430542&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 08035253

DAMASCENO, L. - O Papel Do Enfermeiro Na Prevenção Da Obesidade Infantil: Uma Revisão Bibliográfica. Faculdade de Ciências Aplicadas "Sagrado Coração", 2009.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mônica; Bertolozzi, Maria Rita - Systematic review: general notions. *Rev. Esc. Enferm. USP*. Vol. 45. n.º 5 (2011). p. 1260-1266. 0080-6234

ENFERMEIROS, Conselho Internacional de - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão 2. Geneva: 2010.

FERNANDES, Ana[et al.] - Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediatr. Portuguesa*. 43. Vol. 2. (2012). p. 4.

FRANCO, P.[et al.] - The influence of a pacifier on infants' arousals from sleep. *J Pediatr*. Vol. 136. n.º 6 (2000). p. 775-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839876>>. 0022-3476

FU, Linda Y. ; MOON, Rachel Y.; HAUCK, Fern R. - Bed sharing among black infants and sudden infant death syndrome: interactions with other known risk factors. *Academic Pediatrics*. Vol. 10. n.º 6 (2010). p. 376-382. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21075317&site=ehost-live>>. 1876-2867

GALVÃO, Cristina ; SAWADA, Namie; TREVIZAN, Maria - Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 3. n.º 12 (2004). p. 549-556.

GARCÍA, Felipa Elena - Síndrome de muerte súbita del lactante. (Spanish). *Sudden infant death syndrome*. (English). Vol. 80. n.º 2 (2008). p. 125-134. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=34070931&site=ehost-live>>. 00347531

GESSNER, B. D. ; IVES, G. C.; PERHAM-HESTER, K. A. - Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics*. Vol. 108. n.º 4 (2001). p. 923-927. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11581445&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 1098-4275

GUNTHEROTH, Warren G.; SPIERS, Philip S. - Thermal Stress in Sudden Infant Death: Is There an Ambiguity With the Rebreathing Hypothesis? *Pediatrics*. Vol. 107. n.º 4 (2001). p. 693. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4361692&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 00314005

HANZER, M.[*et al.*] - Non-nutritive sucking habits in sleeping infants. *Neonatology*. Vol. 97. n.º 1 (2010). p. 61-6. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648773>>. 1661-7819

HANZER, M.[*et al.*] - Non-nutritive sucking habits in sleeping infants. *Neonatology*. Vol. 97. n.º 1 (2009). p. 61-66. Disponível em WWW: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-67749120684&partnerID=40&md5=8a19c79237e73a32d52afe1837f57b6d>>.

HARRISON, Linda M.[*et al.*] - Detection of specific antibodies in cord blood, infant and maternal saliva and breast milk to staphylococcal toxins implicated in sudden infant death syndrome (SIDS). *FEMS Immunology And Medical Microbiology*. Vol. 42. n.º 1 (2004). p. 94-104. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15325402&site=ehost-live>>. 0928-8244

HAUCK, F. R. ; OMOJOKUN, O. O.; SIADATY, M. S. - Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. Vol. 116. n.º 5 (2005). p. e716-23. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16216900>>. 1098-4275

HAUCK, F. R.[*et al.*] - Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. Vol. 128. n.º 1 (2011). p. 103-10. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-3000>>.

HAUCK, Fern R. ; OMOJOKUN, Olanrewaju O.; SIADATY, Mir S. - Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. Vol. 116. n.º 5 (2005). p. e716-e723. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16216900&site=ehost-live>>. 1098-4275

HERON, M. P.; SMITH, B. L. - Deaths: leading causes for 2003. *Natl Vital Stat Rep*. Vol. 55. n.º 10 (2007). p. 1-92. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>. 1551-8922 (Print)1551-8922 (Linking)

HIGGINS, Julian; GREEN, Sally - Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 2011. ISBN 978-0-470-51845-8

HOCKENBERRY, M. ; WILSON, D. ; WINKELSTEIN, M. - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7.^a. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HORNE, R. S. C.[et al.] - Sudden infant death syndrome: Implications of altered physiological control during sleep. *Current Pediatric Reviews*. Vol. 6. n.º 1 (2010). p. 30-38. Disponível em WWW: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77954327098&partnerID=40&md5=336ca35d2c936952d1abe0e25f367961>>.

HORNE, Rosemary S. C. ; PARLOW, Peter M.; HARDING, Richard - Respiratory control and arousal in sleeping infants. *Paediatric Respiratory Reviews*. Vol. 5. n.º 3 (2004). p. 190-198. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15276130&site=ehost-live>>. 1526-0542

HUTCHISON, L. ; STEWART, A. W.; MITCHELL, E. A. - SIDS-protective infant care practices among Auckland, New Zealand mothers. *New Zealand Medical Journal*. Vol. 119. n.º 1247 (2006). Disponível em WWW: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33845767025&partnerID=40&md5=5d3444564b32db282294f29a17517f1d>>.

JAAFAR, S. H.[et al.] - Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. n.º 3 (2011). p. Cd007202. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007202.pub2>>. 1361-6137

JB1 - Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2008 Edition. The Joanna Briggs Institute, 2008 978-1-920684-04-4

JB1 - Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition. The Joanna Briggs Institute, 2011. 978-1-920684-09-9

JENIK, A. G.; VAIN, N. - The pacifier debate. *Early Hum Dev*. Vol. 85. n.º 10 Suppl (2009). p. S89-91. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19762175>>. 1872-6232

JUSTO, Luís Pereira ; SOARES, Bernardo Garcia de Oliveira; CALIL, Helena Maria. - Revisão sistemática, metanálise e medicina baseada em evidências: considerações clínicas. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. Vol. 3. n.º 54 (2005). p. 242-247.

KAJERMO, K. N.[et al.] - Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. J Nurs Manag. England: 2008. 0966-0429

KROUS, H. F.[et al.] - Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics*. Vol. 114. (2004). p. 234-8. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>. 1098-4275 (Electronic)0031-4005 (Linking)

L'HOIR, MP ; ENGELBERTS, AC; WELL, GT Van - Case-control study of current validity of previously described risk factors for SIDS in the Netherlands. *Archives of Disease in Childhood*. Vol. 79. (1998). p. 386-393.

LEFAIVRE, K. A.; SLOBOGEAN, G. P. - Understanding Systematic Reviews and Meta-analyses in Orthopaedics. J Am Acad Orthop Surg. United States: 2013. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.5435/jaaos-21-04-245>>.Cap.

LI, D. K.[et al.] - Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. Vol. 332. n.º 7532 (2006). p. 18-22. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16339767>>. 1756-1833

LIEBRECHTS-AKKERMAN, G.[et al.] - Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr*. Vol. 170. n.º 10 (2011). p. 1281-91. 1432-1076 (Eletrónico)

LIMA, C.[et al.] - Avaliação das Chupetas disponíveis no Mercado Nacional segundo os requisitos da ABNT e ANVISA. *Revista Odonto Ciência* Vol. 22. n.º 56 (2007).

LOPES, José; FIGUEIRA, Fernandes - Sudden infant death syndrome. *J. Pediatr. (Rio Janeiro)*. Vol. 77. n.º 1 (2001). p. 9-9. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0021-75572001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. 0021-7557

MACIÁN, Mª Isabel Izquierdo - Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil 2013. 978-84-15351-90-0

MAGALHÃES, M. - Orientação Fonoaudiológica a gestantes: Relato de uma experiência interdisciplinar S. Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia clínica e Motricidade Oral, 2000.

MARTINS, Z. - Autonomia Na Tomada De Decisão Dos Enfermeiros Nos Serviços De Atendimento Urgente/Permanente.: Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010.

MELLARA, T.[*et al.*] - Seria o hábito de sucção de chupeta capaz de reduzir a síndrome da morte súbita em lactente? *Pediatrics (São paulo)*. Vol. 1. n.º 32 (2010). p. 43-50.

MENDES, Karina ; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 4. n.º 17 (2008). p. 7.

MITCHELL, E. A.; BLAIR, P. S. - SIDS prevention: 3000 lives saved but we can do better. *N Z Med J*. Vol. 125. n.º 1359 (2012). p. 50-7. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/>>. 1175-8716 (Electronic)0028-8446 (Linking)

MITCHELL, E. A. ; BLAIR, P. S.; L'HOIR, M. P. - Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. Vol. 117. n.º 5 (2006). p. 1755-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651334>>. 1098-4275

MITCHELL, E. A.[*et al.*] - Dummies and the sudden infant death syndrome. *Archives of disease in childhood*. Vol. 68. n.º 4 (1993). p. 501-4.

MOON, R. Y.[*et al.*] - SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. United States: 2011. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2284>>.Cap. 1098-4275 (Electronic)0031-4005 (Linking)

MOON, R. Y. ; HORNE, R. S.; HAUCK, F. R. - Sudden infant death syndrome. *Lancet*. Vol. 370. n.º 9598 (2007). p. 1578-87. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980736>>. 1474-547X

MOON, Rachel[*et al.*] - Pacifier Use and Sids: Evidence for a Consistently Reduced Risk. *Maternal & Child Health Journal*. Vol. 16. n.º 3 (2012). p. 609-614. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011479859&site=ehost-live>>. 1092-7875

MOON, Rachel Y. - SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. Vol. 128. n.º 5 (2011). p. 1030-1039. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22007004&site=ehost-live>>. 1098-4275

NELSON, A. M. - A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs*. Vol. 27. n.º 6 (2012). p. 690-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22342261>>. 1532-8449

NETO, L. ; HEMB, L.; SILVA, D. - Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. *The Journal of Pediatrics*. Vol. 82. n.º 2 (2006).

NUNES, Magda Lahorgue[et al.] - Instructions from teaching hospital maternity wards to parents concerning the sleeping position of newborns. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 18. n.º 3 (2002). p. 883-886. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2002000300038&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. 0102-311X

NUNES, Magda[et al.] - Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. Vol. 77. n.º 1 (2001). p. 29-34.

PAOLLUCI, R. - Mapeamento das evidências da colaboração Cochrane para condutas em saúde. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006.

PATEL, Aloka L.[et al.] - Occurrence and Mechanisms of Sudden Oxygen Desaturation in Infants Who Sleep Face Down. *Pediatrics*. Vol. 111. n.º 4 (2003). p. e328. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9430968&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 00314005

PEARSON, A.[et al.] - The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Vol. 3. n.º 8 (2005). p. 207-215. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009128735&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 1744-1595

PEARSON, Alan ; WEEKS, Susan ; STERN, Cindy - Translation Science and The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. Faculty of Health Sciences at the University of Adelaide, 2011. 978-1-4511-6168-7

PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia - Actualidad en la revisión sistemática de la literatura, criterios sobre fuerza y grado de recomendación de evidencia. 27. (2006). Disponível em WWW: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>>.

PINHEIRO, João - Síndrome de Morte Súbita do Lactente em Portugal: Uma entidade por (re)conhecer. Temas de Medicina Legal: Edição de Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal 1998.

PIQUER, Frederic Camarasa - Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. 2003. 84-8473-189-8

POLIT, D.; BECK, C. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª. 2011. 9788536325453

PUFFENBERGER, E. G.[*et al.*] - Mapping of sudden infant death with dysgenesis of the testes syndrome (SIDDT) by a SNP genome scan and identification of TSPYL loss of function. Proc Natl Acad Sci U S A. United States: 2004. 0027-8424

RAMALHO, A. - Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. . 2005. ISBN 972-8485

RODRIGUES, Caroline - Metanálise: um guia prático. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Estatística, 2010.

RODRIGUES, G. - Sucção Nutritiva e Não-Nutritiva em Recém-Nascidos Pré-Termo: Ritmo e Taxa de Sucção. Santa Maria, Brasil: Universidade Federal De Santa Maria Centro De Ciências Da Saúde Programa De Pós-Graduação Em Distúrbios Da Comunicação Humana, 2007.

RODRIGUES, M. ; PEREIRA, A.; BARROSO, T. - Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde. . 2005.

ROMANELI, Mariana Tresoldi das N.[*et al.*] - Apparent life-threatening event: a review. *Rev. paul. pediatr.* Vol. 30. n.º 4 (2012). p. 576-585. Disponível em WWW:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-05822012000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. 0103-0582

ROMERO, L.; ; PIQUER, C. - Síndrome de la muerte súbita del lactante. Protocolo de estudio multidisciplinario: epidemiológico, clínico, patológico y médico-legal en casos de muerte súbita infantil en Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante 2ª. Madrid: Ergon: Libro Blanco, 2003.

ROQUE, A. ; BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. - Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2007. Disponível em WWW: <<http://old.apmgf.pt/files/54/documentos/20110705164327508118.pdf>>.

SAMPAIO, R; MANCINI, M - Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. Vol. 11. n.º 1 (2007). p. 83-89.

SANTOS, Cristina ; PIMENTA, Cibebe; NOBRE, Moacyr - The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-America de Enfermagem*. Vol. 15. n.º 3 (2007). p. 508-511. 0104-1169

SANTOS, Eduardo; CUNHA, Madalena - Interpretação Crítica dos Resultados Estatísticos de uma Meta-Análise: Estratégias Metodológicas. . *Millenium*. n.º 44 (2013). p. 85-98.

SARGEANT, J.[et al.] - The process of systematic review and its application in agri-food public health. *Preventive Veterinary Medicine*. n.º 75 (2006). p. 141-151.

SCHWARTZ, R. H.; GUTHRIE, K. L. - Infant pacifiers: an overview. *Clin Pediatr (Phila)*. Vol. 47. n.º 4 (2008). p. 327-31. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18424561>>. 0009-9228

SEXTON, S.; NATALE, R. - Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician*. Vol. 79. n.º 8 (2009). p. 681-5. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19405412>>. 0002-838X

SILVA, J. - O Uso da Chupeta e a Síndrome da Morte Súbita do Lactente. *Saúde Infantil*. Vol. 22. (2000). p. 39-42.

STILLWELL, Susan B.[*et al.*] - Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. Vol. 110. n.º 3 (2010). p. 58-61. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=48661236&site=ehost-live>>. 0002936X

TOSATO, J. ; BIASOTTO-GONZALEZ, D.; GONZALEZ, T. - Presença de desconforto na articulação temporomandibular relacionada ao uso da chupeta. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* Vol. 71. n.º 3 (2005). p. 365-368.

VALERO, F.; CISCAR, C. - El tabaquismo passivo en la infancia. *Nuevas evidencias. Prevención del Tabaquismo*. (2002).

VENNEMANN, M. M.[*et al.*] - Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German. *Pediatrics*. Vol. 123. n.º 4 (2009). p. 1162-70. 1098-4275 (Electronic)

VIANA, V. ; SANTOS, P.; GUIMARÃES, M. - Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008.

YONEZU, T.; YAKUSHIJI, M. - Longitudinal study on influence of prolonged non-nutritive sucking habits on dental caries in Japanese children from 1.5 to 3 years of age. . *Bull Tokyo Dent Coll.* Vol. 2. n.º 49 (2008). p. 59-63.

ANEXOS

ANEXO I
Protocolo de Pesquisa

PROTOCOLO DE PESQUISA

No sentido de sistematizar a informação da temática em estudo, levou-se a cabo a elaboração de um protocolo de pesquisa tendo por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura fundamentados nas orientações do *Instituto Joanna Briggs®* (2011). A definição *à priori* da metodologia e posterior observância exata das regras irá garantir a validade do estudo, minimizando assim, possíveis vieses. Por conseguinte, a validade da revisão sistemática irá depender da reprodutibilidade do protocolo, isto é, deve ser possível que outros investigadores, seguindo o presente protocolo, obtenham os mesmos resultados da investigação. Assim, todos os detalhes da metodologia irão ser documentados de forma totalmente transparente.

PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA		Observações/Justificação								
Pergunta de Partida	Tabela 1 - Esquema PICO (adaptado de Bettany-Saltikov (2012)) <table><tr><th>População</th><th>Intervenção</th><th>Comparação</th><th>Resultados</th></tr><tr><td>Lactentes</td><td>Utilização da chupeta</td><td>(Não utilização)</td><td>Prevenção da SMSL</td></tr></table>	População	Intervenção	Comparação	Resultados	Lactentes	Utilização da chupeta	(Não utilização)	Prevenção da SMSL	A revisão sistemática deve iniciar-se com a definição do problema e da formulação questão de partida (Polit e Beck, 2011). Além disso, <i>os constructos-chave devem ser definidos conceitualmente e as definições devem indicar as fronteiras da investigação</i> (Polit e Beck, 2011, p. 563).
	População	Intervenção	Comparação	Resultados						
	Lactentes	Utilização da chupeta	(Não utilização)	Prevenção da SMSL						
	Em lactentes, a utilização da chupeta, comparativamente à não utilização, previne o risco Síndrome de Morte Súbita?									
	<u>Constructos-chave:</u> • Lactente - Considera-se lactente a criança até um ano de idade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010) • Chupeta - É um bico artificial geralmente moldado a partir de um material quimicamente inerte, tal como silicone ou látex e concebidos de forma a tirar vantagem de instinto inato da criança para sugar (Schwartz e Guthrie, 2008). • SMSL - É definida como a morte súbita de uma criança com menos de um ano, que permanece inexplicada após uma investigação aprofundada,	A elaboração de uma questão de partida torna-se essencial neste processo, na medida em que facilita a pesquisa, possibilita a seleção da melhor evidência permitindo simultaneamente decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática (Craig e Smyth, 2004).								
			Sackett <i>et al.</i> (1997) elaboraram um método para a formulação de questões mais focalizadas - o esquema de referência PICO (população, intervenção, comparação e <i>outcomes</i>/resultados) (Craig e Smyth, 2004), sendo este o método utilizado para a questão de partida da presente revisão sistemática.							

	incluindo a realização de uma autópsia completa, investigação do local onde ocorreu o óbito e revisão da história clínica (Moon <i>et al.</i> , 2011)		
Objetivo Principal Objetivos específicos	Obter evidências científicas no sentido de compreender o efeito da utilização da chupeta na prevenção da Síndrome Morte Súbita do Lactente, através de uma revisão sistemática da literatura. • Operacionalizar os constructos-chave da revisão sistemática da literatura (lactente, chupeta e SMSL) • Elaborar um protocolo de revisão sistemática • Analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática • Discutir sobre evidência científica encontrada • Identificar os mecanismos de ação da chupeta no efeito promotor do risco de SMSL • Identificar e avaliar todos os estudos disponíveis relativamente ao efeito da chupeta na SMSL • Sintetizar as evidências apresentadas na literatura relativamente ao efeito da chupeta na SMSL • Realizar meta-análise dos resultados estatísticos dos artigos incluídos (se aplicável)		
Background	A chupeta é universalmente conhecida e o seu uso é um hábito instituído culturalmente e herdado de geração para geração. Este é atualmente, um tema polémico e muitos são os motivos apontados que (des)promovem a sua utilização. É, de facto, um objeto controverso e a sua utilização não reúne consenso entre os profissionais de saúde. Constata-se que os enfermeiros não suficientemente alertados para os benefícios e malefícios associados ao uso da chupeta, e, sendo a enfermagem uma área privilegiada no contacto com pessoas detentoras de necessidades de cuidados, é crucial que possuam conhecimentos nesta área, com pertinência no desenvolvimento infantil, de forma a orientar os pais no melhor exercício do seu papel (Basto, 2012). Nos últimos anos tem sido demonstrado uma provável ação preventiva do uso da chupeta na SMSL. Tal como o nome indica, a SMSL é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável. Vários autores defendem que a adoção de medidas relativamente simples, tal como o uso da chupeta, torna possível reduzir muito significativamente a taxa de mortalidade por SMSL (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005, Mellara <i>et al.</i>, 2010, Mitchell, Blair e L'hoir, 2006, Sexton e Natale, 2009) Esta síndrome suscita o maior interesse em todo o mundo já que é a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida nos países desenvolvidos, excluindo o período neonatal (Doreen, 2010). Decorrente desta preocupação pretende-se elaborar uma revisão sistemática da literatura sobre a utilização da chupeta e qual o seu efeito na SMSL e, desta forma, contribuir para a melhoria contínua do exercício profissional na assistência ao lactente.		
Critérios de inclusão	TIPO DE ESTUDOS	Estudos Primários Estudos Empíricos Estudos publicados entre Junho de 2004 e Dezembro de 2012 (Condições: Idioma em português, espanhol ou inglês)	Os estudos primários correspondem a investigações originais, sendo eles, relatos de caso; estudos de casos e estudos de casos e controlos; estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado (Campana, 1999).

			Estudos empíricos são estudos que integram um processo de recolha e tratamento de dados originais por parte do investigador (Coutinho, 2005). O corte temporal foi estabelecido consoante os artigos incluídos na última revisão sistemática de literatura publicada (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005).
	PARTICIPANTES	Estudos que relatam resultados referentes a lactentes saudáveis	Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2010) considera-se lactente <i>a criança até um ano de idade</i> .
	INTERVENÇÃO	Estudos que investigam a utilização da chupeta na prevenção da morte súbita	
Critérios de exclusão	TIPO DE ESTUDOS	Estudos secundários Artigos de opinião e comentários Publicações referentes a cartas do leitor	Os documentos científicos de fontes secundárias são descrições de estudos preparados por um terceiro e não pelo investigador original. Em regra, as fontes secundárias não fornecem muitos detalhes a respeito dos estudos, raramente são totalmente objetivas (Polit e Beck, 2011). Artigos de opinião e comentários e publicações referentes a cartas do leitor têm uma utilidade limitada nas revisões sistemáticas, uma vez que têm um caráter subjetivo (Polit e Beck, 2011)
	PARTICIPANTES	Estudos que se focalizam em prematuros, RN e/ou lactentes com doença grave ou malformações congénitas.	
Método de identificação de evidências científicas	Eletrónico	• CINAHL® (EBSCO HOST via ESEP) • Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® (EBSCO HOST via ESEP) • SCOPUS® (Science Verse via ESEP) • MEDLINE® (EBSCO HOST via ESEP)	Recomenda-se que sejam utilizadas pelo menos duas bases de dados amplas e específicas para o tema em questão (Pereira e Bachion, 2006). A estratégia de pesquisa da revisão sistemática deve identificar todos os artigos relevantes e necessários. Uma pesquisa somente eletrónica pode não ser capaz de identificar todos os documentos relevantes. Como tal, recomenda-se a utilização outras estratégias, como a verificação das listas de referências dos artigos encontrados. A verificação das referências citadas nos artigos originais

		permite diminuir a ocorrência de vieses (Berwanger et al. 2007; Bettany-Saltikov 2012; Higgins and Green 2011).
	MESH TERMS: (Newborn OR Infant) AND (Pacifier) AND (Sudden Infant Death OR Sudden Infant Death Syndrome OR SIDS)	
	DECS: (Lactente/Lactante) AND (utilização/utilización [Chupeta]) AND (Morte Súbita do Lactente/ Muerte Súbita del Lactante)	
	OUTROS: Dummy(ies)/Soothe(r)s/Comforter(s)/Chupeta	
Método de seleção de estudos	Serão preenchidos dois Testes de Relevância adaptado de Pereira e Bachion (2006). O Teste Relevância I e II serão aplicados, de forma independente, por dois investigadores.	Para sistematizar a seleção pode ser desenvolvido um instrumento de triagem. Um instrumento de triagem consiste em uma lista de questões para a rápida definição da inclusão ou exclusão do estudo (Sargeant <i>et al.</i>, 2006) Primeiramente, Pereira e Bachion (2006) recomendam a utilização de um Teste de Relevância I, em que este será o primeiro filtro dos artigos. O Teste de Relevância I deve ser composto de uma lista perguntas claras, que serão respondidas por dois investigadores, de forma independente, mediante a afirmação ou negação. Serão excluídos todos os estudos que contenham pelo menos uma negação. No decorrer do Teste de Relevância I serão lidos todos os títulos e resumos dos artigos primeiramente selecionados (Pereira, 2006). Importa ressaltar que existem artigos em que os resumos (<i>abstracts</i>) não correspondem exatamente ao texto principal do artigo, pelo que poderá ser necessário, quando existirem dúvidas acerca do conteúdo do artigo, a leitura do artigo completo (Roque, Bugalho e Carneiro, 2007). Posteriormente, os estudos identificados no Teste de Relevância I passarão por um novo filtro - Teste de Relevância II, que seguirá uma estrutura semelhante ao teste anterior. Nesta etapa, todos os estudos serão lidos na íntegra e será também, realizada de forma independente por dois investigadores.
Processo de solução para discordâncias	Haverá um terceiro revisor	No caso de desacordo quanto à inclusão de algum artigo, deverá ser consultado um terceiro pesquisador (Pereira e Bachion, 2008).

entre revisores na seleção de artigos		
Avaliação da qualidade metodológica	Serão utilizados os instrumentos de avaliação da qualidade metodológica estudos propostos pelo JBI®	A qualidade de uma RSL depende da validade dos estudos nela incluída. Nesta fase é importante que os investigadores considerem todas as possíveis fontes de erro (viés), que podem comprometer os resultados do estudo em análise (Sampaio e Mancini, 2007). Na presente RSL serão utilizados os instrumentos produzidos pelo JBI®. O JBI® preconiza que a avaliação crítica dos estudos selecionados seja realizada com base em instrumentos propostos pela instituição, JBI-MAStARi® para estudos quantitativos e o JBI QARI® para estudos qualitativos (JBI, 2011).
Métodos de extração de dados	Preenchimento de um formulário padronizado(Bettany-Saltikov, 2012)	A recolha dos dados é uma ponte entre o relato dos autores dos estudos primários e o relato final dos autores da revisão (Higgins e Green, 2011). A extração de dados deve seguir um processo sistematizado, bem definido, para garantir o rigor científico e assim, evitar vieses (Higgins e Green, 2011).
Síntese/Disseminação dos dados	Publicação (artigo)	A disseminação corresponde à comunicação da informação obtida aos diversos profissionais de saúde, aos administradores e gestores, assim como aos doentes, de maneira a contribuir para uma melhoria de conhecimento e capacidades práticas (Higgins e Green, 2011).

FONTES

- BASTO, Marta Lima - Qual o Objecto de Estudo das Teses de Doutoramento em Enfermagem. Pensar em Enfermagem: 2012. Disponível em WWW: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_2-25\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_2-25(1).pdf)>.
- BETTANY-SALTIKOV, Josette - How to do a Systematic Literature Review in Nursing - A step-by-step guide. 1ª. 2012. 978-0-33-524227-6
- CAMPANA, Álvaro Oscar - Metodologia da investigação científica aplicada a área biomédica: 2. Investigações na área médica. *J. Pneumologia*. Vol. 25. n.º 2 (1999). p. 84-93. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-35861999000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. 0102-3586
- COUTINHO, Clara P. - Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal: uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000) 2005.
- CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind - Prática baseada na evidência - Manual para enfermeiros. Lusociência. 2004. 978-972-8383-61-9
- DOREEN, Crawford. - Sudden unexpected deaths in infancy part I: The phenomena of sudden and unexplained infant Death. Vol. 16. n.º 3 (2010). p. 104-110. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2010.03.014>>.
- ENFERMEIROS, Conselho Internacional de - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPPE) - Versão 2. Geneva: 2010.
- HAUCK, F. R. ; OMOJOKUN, O. O.; SIADATY, M. S. - Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. Vol. 116. n.º 5 (2005). p. e716-23. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16216900>>. 1098-4275
- HIGGINS, Julian; GREEN, Sally - Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 2011. ISBN 978-0-470-51845-8
- MELLARA, T. ; SILVA, F. ; ASSED, S. ; NELSON-FILHO, P.; QUEIROZ, A. - Seria o hábito de sucção de chupeta capaz de reduzir a síndrome da morte súbita em lactente? *Pediatrics (São paulo)*. Vol. 1. n.º 32 (2010). p. 43-50.
- MITCHELL, E. A. ; BLAIR, P. S.; L'HOIR, M. P. - Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. Vol. 117. n.º 5 (2006). p. 1755-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651334>>. 1098-4275
- MOON, R. Y. ; DARNALL, R.A. ; M.H., Goodstein; HAUCK, F.R. - SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. United States: 2011. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2284>>.Cap. 1098-4275 (Electronic)0031-4005 (Linking)
- PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia - Actualidad en la revisión sistemática de la literatura, criterios sobre fuerza y grado de recomendación de evidencia. 27. (2006). Disponível em WWW: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>>.
- POLIT, D.; BECK, C. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª. 2011. 9788536325453
- ROQUE, A. ; BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. - Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2007. Disponível em WWW: <<http://old.apmgf.pt/files/54/documentos/20110705164327508118.pdf>>.
- SAMPAIO, R; MANCINI, M - Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. Vol. 11. n.º 1 (2007). p. 83-89.
- SARGEANT, J. ; A., Rajic ; S., Read; A., Ohlsson - The process of systematic review and its application in agri-food public health. *Preventive Veterinary Medicine*. n.º 75 (2006). p. 141-151.
- SCHWARTZ, R. H.; GUTHRIE, K. L. - Infant pacifiers: an overview. *Clin Pediatr (Phila)*. Vol. 47. n.º 4 (2008). p. 327-31. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18424561>>. 0009-9228
- SEXTON, S.; NATALE, R. - Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician*. Vol. 79. n.º 8 (2009). p. 681-5. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19405412>>. 0002-838X

ANEXO II

Procedimento de Pesquisa dos Estudos



A UTILIZAÇÃO DA CHUPETA NA PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Data: 13/02/2013

Investigador: Denise Araújo

Frase Boleeana

(Newborn OR Infant) AND (Pacifier OR Dumm* OR Soother* OR Comforter*) AND (“Sudden Infant Death” OR “Sudden Infant Death Syndrome” OR SIDS)

Bases de dados

- **CINAHL Plus® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31
- Estudos relativos a humanos

- **Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central) ® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31

- **MEDLINE® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31
- Estudos relativos a humanos
- Idade Relacionada: Lactente (Infant)

- **SCOPUS® (via Science Verse®)**
Filtros ativados
 - Data de publicação: 2004-2012
 - Tipos de artigos: Artigos

CINAHL Plus®	15
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)®	5
MEDLINE®	51
SCOPUS®	46
TOTAL	117



A UTILIZAÇÃO DA CHUPETA NA PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Data: 13/02/2013

Investigador: Fernanda Carvalho

Frase Boleeana

(Newborn OR Infant) AND (Pacifier OR Dumm* OR Soother* OR Comforter*) AND (“Sudden Infant Death” OR “Sudden Infant Death Syndrome” OR SIDS)

Bases de dados

- **CINAHL Plus® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31
- Estudos relativos a humanos

- **Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central) ® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31

- **MEDLINE® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados

- Data de publicação: 2004.06.01-2012.12.31
- Estudos relativos a humanos
- Idade Relacionada: Lactente (Infant)

- **SCOPUS® (via Science Verse®)**
Filtros ativados
 - Data de publicação: 2004-2012
 - Tipos de artigos: Artigos

CINAHL Plus®	15
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central) ®	5
MEDLINE®	51
SCOPUS®	46
TOTAL	117

ANEXO III
Teste de Relevância I



APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO TESTE RELEVÂNCIA I

Para sistematizar a seleção dos estudos foi adaptado um instrumento de triagem, o Teste de Relevância I. Este instrumento apresenta uma lista de questões que incluem os critérios de inclusão ou exclusão estabelecidos para a presente revisão (Sargeant *et al.*, 2005; Pereira e Bachion, 2006).

O Teste de Relevância I é composto por uma lista de perguntas irão ser respondidas pelo avaliador mediante a afirmação ou negação. Desta forma, quando qualquer questão tiver como resposta uma negação, o estudo deverá ser excluído da revisão. No decorrer do Teste de Relevância I serão lidos todos os títulos e resumos dos artigos primeiramente selecionados (Pereira e Bachion, 2006), sendo esta etapa realizada, de forma independente, por dois investigadores.

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
1.) O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO		
• INCLUIR ○ O estudo aborda o efeito da chupeta na SMSL ○ Estudos que relatam resultados referentes a lactentes saudáveis • EXCLUIR ○ Estudos secundários ○ Publicações referentes a cartas do leitor e artigos de opinião e comentários; ○ Estudos que se focalizam em prematuros e/ou lactentes com doença grave ou malformações congênitas		
2.) O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?		
Estudos publicados entre Junho de 2004 e Dezembro de 2012		
3.) O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
Português Espanhol Inglês Francês		
4.) O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i>?		
5.) Estudo envolve seres humanos?		

FONTES

PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia - Actualidad en la revisión sistemática de la literatura, criterios sobre fuerza y grado de recomendación de evidencia. 27. (2006). Disponível em WWW: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>>.

SARGEANT, J.[*et al.*] - The process of systematic review and its application in agri-food public health. *Preventive Veterinary Medicine*. n.º 75 (2006). p. 141-151.

ANEXO IV
Resultados do Teste Relevância I

RESULTADO DA APLICAÇÃO INSTRUMENTO: TESTE DE RELEVÂNCIA I

Referência do estudo		Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Full text		Questão 5 Humanos		Reúne critérios para Teste de Relevância II	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	Adams, Good e Defranco (2009)		X	X		X		X		X			X
2	Alm, Lagercrantz e Wennergren (2006)		X	X		X		X		X			X
3	Alm et al. (2006)	X		X		X		X		X		X	
4	Ball et al. (2012)	X		X		X		X		X		X	
5	Blair e Fleming (2006)		X	X		X		X		X			X
6	Blair et al. (2009)	X		X		X		X		X		X	
7	Buzzetti e D'Amico (2006)		X	X		X		X		X			X
8	Callaghan et al. (2005)		X	X		X		X		X			X
9	Calongue e Petitti (2006)		X	X		X		X		X			X
10	Carroll e Wood (2012)		X	X		X		X		X			X
11	Bueno (2008)		X	X		X		X		X			X
12	Cates (2006)		X	X		X		X		X			X
13	Chung et al. (2012)		X	X		X		X			X		X
14	Cinar (2004)		X	X		X		X		X			X
15	Coleman-Phox, Odouli e Li (2008)	X		X		X		X		X		X	
16	Comina et al. (2006)		X	X		X		X		X			X
17	Child health alert (2005)		X	X		X		X		X			X
18	Wilson (2008)		X	X		X		X		X			X
19	Cornelius, Auria e Wise (208)		X	X		X		X			X		X
20	Domingues (2011)		X	X		X		X		X			X
21	The Joanna Briggs institute (2006)		X	X		X		X		X			X
22	Epstein, Jolly e Mullan (2011)		X	X		X		X			X		X
23	Franco et al. (2004)	X			X	X		X		X			X
24	Fu, Moon e Hauck (2010)	X		X		X		X		X		X	
25	Guimelchain-Bonnet e Bernard (2004)		X	X		X			X	X			X
26	Hanzer et al. (2009)	X		X		X		X		X		X	
27	Hanzer et al. (2010)	X		X		X		X		X		X	X
28	Harrison et al. (2004)	X		X		X		X		X		X	
29	Hauck, Omojokun e Siadaty (2005)		X	X		X		X		X			X
30	Haycock e Greenough (2007)		X	X		X		X		X			X
31	Homer, Armari e Fowler (2012)		X	X		X		X		X			X
32	Horne, Parslow e Harding (2004)		X	X		X		X		X			X
33	Horne et al. (2010)		X	X		X		X		X			X
34	Huang e Cheng (2006)		X	X			X		X	X			X

35	Hutchison, Stewart e Mitchell (2010)		X	X		X		X		X			X
36	Hutchison, Stewart e Mitchell (2006)		X	X		X		X		X			X
37	Jenik et al. (2009)		X	X		X		X		X			X
38	Jenik e Vain (2009)		X	X		X		X		X			X
39	Kahn et al. (2004)	X		X		X		X		X		X	
40	Li et al. (2006)	X		X		X		X		X		X	
41	Lozano et al. (2011)		X	X		X			X	X			X
42	Marter e Agruss (2007)		X	X		X		X		X			X
43	Matthews et al. (2004)	X		X		X		X		X		X	
44	Mayes e Timms (2011)		X	X		X			X	X			X
45	Mitchell, Blair e L'Hoir (2006)		X	X		X		X		X			X
46	Mitchell (2007)		X	X		X			X	X			X
47	Möllborg (2011)	X		X		X		X		X		X	
48	Moon e Fu (2012)		X	X		X		X		X			X
49	Moon, Horne e Hauck (2007)		X	X		X		X		X			X
50	Moon et al. (2007)		X	X		X		X		X			X
51	Moon et al. (2012)	X		X		X		X		X		X	
52	Moon (2011)		X	X		X		X		X			X
53	Nelson (2012)		X	X		X		X		X			X
54	Nelson, Yu e Williams (2005)		X	X		X		X		X			X
55	O'Connor et al. (2009)		X	X		X		X		X			X
56	Child Health Alert (2006)		X	X		X		X		X			X
57	Sánchez-Perales e Sánchez-González (2007)		X	X		X			X	X			X
58	Sexton e Natale (2009)		X	X		X		X		X			X
59	SIDS prevention guideline (2006)		X	X		X		X		X			X
60	Smith et al. (2010)		X	X		X		X		X			X
61	Soxman (2007)		X	X		X		X		X			X
62	Stuebe e Lee (2006)		X	X		X		X		X			X
63	Morbidity and Mortality Weekly Report (2012)		X	X		X		X		X			X
64	Talbert (2006)		X	X		X		X		X			X
65	Thompson et al. (2006)	X		X		X		X		X		X	
66	Tonkin et al. (2007)	X		X		X		X		X			X
67	Tonkin, Vogel e Gunn (2008)		X	X		X		X		X			X
68	Vennemann et al. (2009)	X		X		X		X		X		X	
69	Vennemann et al. (2005)	X		X		X		X		X		X	
70	Wickham (2006)		X	X		X		X		X			X

TESTE DE RELEVÂNCIA I	
N.º Estudos Excluídos	N.º Estudos Incluídos para Teste de Relevância II
54	16

ANEXO V
Teste Relevância II



APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO TESTE RELEVÂNCIA II

Pereira e Bachion (2006)

De seguida, todos os estudos previamente incluídos com o Teste de Relevância I serão também submetidos à avaliação de dois investigadores, de forma independente, através do Teste de Relevância II, seguindo um padrão semelhante ao primeiro teste utilizado. Nesta etapa, todos os estudos serão lidos na íntegra.

Neste sentido foram formuladas novas questões para orientar a decisão relativamente à inclusão ou não do estudo para a fase de avaliação da qualidade metodológica. Também neste Teste de Relevância II, as perguntas foram elaboradas para que fossem respondidas afirmativa ou negativamente, sendo que no caso de uma ou mais respostas negativas o estudo será excluído.

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
1.) O estudo está de acordo com o tema investigado?		
OPERACIONALIZAÇÃO • INCLUIR ○ O estudo aborda o efeito da chupeta na SMSL ○ Estudos que relatam resultados referentes a lactentes saudáveis • EXCLUIR ○ Estudos secundários ○ Publicações referentes a cartas do leitor e artigos de opinião e comentários; ○ Estudos cujo objetivo se focaliza no efeito de outros fatores de risco/protetores na SMSL, nomeadamente: ▪ Álcool ▪ Tabagismo e/ou drogas ▪ Amamentação ▪ <i>Bedsharing</i> ▪ Posição decúbito ventral/lateral ▪ Raça ▪ Ventiladores ○ Estudos que se focalizam em prematuros e/ou lactentes com doença grave ou malformações congénitas		
2.) O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?		
OPERACIONALIZAÇÃO • INCLUIR ○ Estudos publicados entre Junho de 2004 e Dezembro de 2012 • EXCLUIR		

○ Estudos com dados de estudos originais publicados fora do corte temporal estabelecido (junho 2004 - dezembro 2012)		
3.) O estudo foi publicado no idioma estipulado?		
○ Português ○ Espanhol ○ Inglês ○ Francês		
4.) Estudo envolve seres humanos?		

ANEXO VI

**Tabelas para Avaliação da Qualidade Metodológica
dos E3, E26, E27, E28, E40, E51, E68 e E69**

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controle/coorte

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (JBI,2011)

ESTUDO 3

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).	X		
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.		X	
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos. OBS: Estudo de coorte	X		
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.	X		
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente. OBS: Medida única (não longitudinal)	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. OBS: Através de taxas	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		8 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para Estudos Descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " (JBI,2011)

ESTUDO 26

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X	
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.	X		
3	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas. OBS: A preocupação em medir sobrepõe o bem-estar da criança			X
4	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.			X
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna. OBS: A preocupação em medir sobrepõe o bem-estar da criança		X	
9	A análise estatística utilizada foi apropriada. OBS: Recurso a teste paramétricos em amostras significativamente reduzidas			X
TOTAL		4 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para Estudos Descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " (JBI,2011)

Estudo 27

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X	
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.	X		
3	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			X
4	Os resultados são avaliados através critérios objetivos. OBS: Através dos dados provenientes da polissonografia, EEG, ECG, FC, Sat.O ² e movimentos do corpo	X		
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos. OBS: Não existe comparação	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.			X
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. OBS: Ninguém desistiu	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna. OBS: Os dados relativos ao EEG não se encontram relatados		X	
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		5 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para Estudos Descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " (JBI,2011)

Estudo 28

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X	
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.	X		
3	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.	X		
4	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		8 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controle/coorte

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (JBI,2011)

ESTUDO 40

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).	X		
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.	X		
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos.	X		
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.	X		
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.			X
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.			X
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		7 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controle/coorte

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (JBI,2011)

ESTUDO 51

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).	X		
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.	X		
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos.	X		
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			X
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.			X
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.			X
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		6 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controle/coorte

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (JBI,2011)

ESTUDO 68

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).	X		
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.	X		
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos.	X		
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.	X		
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		9 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controlo/coorte

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (JBI,2011)

ESTUDO 69

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).	X		
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.	X		
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos.	X		
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.	X		
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		9 Pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [x]	Excluído []	Necessárias mais informações []
--------------	--------------	----------------------------------

Comentários

Este estudo analisa os mesmos dados do estudo 68, no entanto fá-lo de forma diversa.

ANEXO VII

**Tabelas da Extração de dados dos E3, E26, E27,
E28, E40, E51, E68 e E69**

EXTRAÇÃO DE DADOS: E3

Data da extração de dados	15 de junho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	SIDS risk factors and factors associated with prone sleeping in Sweden Fatores de risco para a SMSL e fatores associados à posição prona na Suécia
Autor(es)	Alm, B.; Molborg, P.; Erdes, L.; Pettersson, R.; Aberg, N.; Norvenius, G.; Wennergren, G
Local onde foi desenvolvido o estudo e Ano	Suécia (2006)
Orientação Metodológica	Estudo de Coorte
Objetivo do estudo	Comparar a prevalência dos fatores de risco de SMSL atuais e compara-los com os da década passada. Perceber o motivo dos lactentes serem colocados para dormir na posição prona.
Participantes	Estudo Nórdico (Incluía: Noruega, Suíça e Suécia) = 430 [apenas selecionados os dados relativos à Suécia] Estudo Suécia = 5600 (amostra aleatória)
Aspetos Éticos	Ambos os estudos foram aprovados pelo comité ético
Intervenção	Preenchimento de um questionário pelos cuidadores quando a criança tinha atingisse 6 meses de idade. Foram abordados aspetos como a posição para dormir, tabagismo, amamentação, hábitos alcoólicos, vitaminas A e D, dormir na própria cama, entre outros.
Teste Estatístico	Odd's Ratio (Regressão Logística Binária) - SPSS®
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• Em 2004, a incidência de SMSL foi de 0,28. • Verificou-se que a escolha da posição prona para dormir, na primeira semana, é determinada pela situação profissional da mãe, tabagismo materno, o temperamento da criança, uso de chupeta e a partilha do quarto com outras crianças. • Pode ser benéfico alterar a posição de dormir para exclusivamente supina e reduzir o número de mulheres fumadoras grávidas. • A utilização de chupeta ajuda a manter a posição prona que, por sua vez faz diminuir o risco de SMSL (OR 3.2, 95% CI 1.9 to 5.4).
Observações do avaliador	Todos os lactentes do estudo sueco tinham 6 meses de idade, contudo a idade dos controlos do estudo nórdico variavam entre 2 e 57 semanas. Esta diferença de idade poderá comprometer a comparação da prevalência dos fatores de risco.

EXTRAÇÃO DE DADOS: E26

Data da extração de dados	14 de julho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Pacifier use does not alter the frequency or duration of spontaneous arousals in sleeping infants O uso de chupeta não altera a frequência ou a duração dos despertares espontâneos de RN a dormir
Autor(es)	Marie Hanzer Heinz Zotter Werner Sauseng Klaus Pfurtscheller Wilhelm Muller Reinhold Kerbl
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Áustria (2009)
Orientação Metodológica	Estudo descritivo
Objetivo do estudo	Avaliar a influência da chupeta na frequência e duração dos despertares espontâneos de recém-nascidos saudáveis.
Participantes	N=14 (8 do sexo masculino, 6 do sexo feminino) que regularmente utilizam chupeta para dormir N= 10 (4 do sexo masculino, 6 do sexo feminino) que não utilizam chupeta
Intervenção	Os lactentes foram submetidos a polissonografia no laboratório do sono. As gravações foram realizadas durante sesta diurnos (não perturbadas). A polissonografia incluía o EEG, Eletrooculograma, ECG, FR, FC, Sat. O ² , Captação de CO ² através de uma cânula colocada OBS: Todas as crianças foram alimentadas antes da investigação e colocadas para dormir na posição supina.
Testes Estatísticos	Distribuição normal - Medidas repetidas, se estatisticamente significativo correção com teste Bonferroni Distribuição não normal - Teste de Wilcoxon
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• Não houve diferenças significativas relativamente ao número total de despertares em 10 minutos e o período de duração da excitação. • A frequência e a duração de despertares espontâneos não diferiram significativamente entre as crianças que usam chupeta e as que não usam. • O facto de que até mesmo as crianças que utilizam chupeta perdem-na numa fase inicial do sono é de importância significativa sobre o efeito benéfico das chupetas. Da mesma forma, a influência direta das chupetas na função cardiorrespiratória parece improvável sob a perspetiva de que as crianças que as utilizam passam a maior parte do seu tempo durante o sono sem a mesma. • Este estudo sugere que o efeito protetor do uso de chupeta na prevenção de SMSL não pode ser explicada por processos de excitação.
Observações do avaliador	Tamanho reduzido da amostra Utilização de testes paramétricos (discutível) Não descreve dados relativos aos resultados dos parâmetros fisiológicos. Até que ponto seriam estas as condições favoráveis para o lactente para a recolha de informação? Mede-se exageradamente parâmetros fisiológicos sem ter em consideração o ambiente (manipulado) em que a criança se encontra.

EXTRAÇÃO DE DADOS: E27

Data da extração de dados	14 de julho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Non-Nutritive Sucking Habits in Sleeping Infants Hábitos De Sucção Não Nutritiva em bebês que se encontram a dormir
Autor(es)	Marie Hanzer Heinz Zotter Werner Sauseng Gerhard Pichler Wilhelm Müller Reinhold Kerbl
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Austria (2010)
Orientação Metodológica	Estudo descritivo (estudo piloto)
Objetivo do estudo	Investigar os padrões de Sucção Não Nutritiva (SNN) Investigar alterações nos parâmetros fisiológicos durante SNN em bebê que se encontram a dormir
Participantes	N= 12 crianças (6 sexo masculino, 6 sexo feminino) Notas: Idade média dos participantes foi de 55 dias (amplitude=7-82dias)
Aspetos éticos	Aprovado pelo comité ético Consentimento informado a todos os pais
Intervenção	Foram efetuadas gravações vídeo em crianças que usam chupeta regularmente durante o sono, num laboratório de polissonografia. A polissonografia foi realizada nas sesta das crianças durante o dia e estas encontravam-se em posição supina. Foi avaliada a frequência e duração das sucções e os intervalos entre as mesmas. Foi também avaliada as mudanças nos parâmetros fisiológicos durante as sucções (FC, FR e Sat.O ²). Realizado EEG, ECG, Eletromiograma e Eletrooculargrama. Colocada uma sonda no nariz do lactente que permitia avaliar a quantidade de CO ² .
Testes estatísticos	p (através do WinStat 3.1)
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• A SNN promove o desenvolvimento do comportamento de sucção e melhora a digestão da alimentação entérica. • Todas as crianças do estudo mostraram o padrão rítmico típico SNN, composto por rápidos períodos de atividade de sucção e alternando com períodos de descanso entre eles.

	• A deficiência/imaturidade do controle autónomo tem sido descrito como tendo um papel importante na patogénese da SMSL. Posto isto, este estudo avaliou se a SNN poderá alterar os parâmetros fisiológicos. Nem o batimento cardíaco, nem a saturação de oxigênio se alterou significativamente durante as sucções comparado com o período de 10 segundos que precede a mesma. • O estudo é incapaz de explicar os efeitos potencialmente benéficos da chupeta sobre SMSL sobre um prisma fisiológico. No entanto, os resultados apresentados neste estudo oferecem dados importantes para os hábitos sucção na criança que utiliza a chupeta e pode, assim, ser a base para futuras investigações sobre este aspeto.
Observações do avaliador	Não referido ao longo do artigo o tempo de acompanhamento das crianças (1 vez?) O período de tempo analisado foi, em média, 107.6 minutos (suficiente?) Este estudo foi realizado sob a perspetiva de que o uso da chupeta durante o sono pode reduzir o risco de SMSL (viés?) Até que ponto seriam estas as condições favoráveis para o lactente para a recolha de informação? Mede-se exageradamente parâmetros fisiológicos sem ter em consideração o ambiente (manipulado) em que a criança se encontra.

EXTRAÇÃO DE DADOS: E28

Data da extração de dados	14 de julho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Detection of specific antibodies in cord blood, infant and maternal saliva and breast milk to staphylococcal toxins implicated in sudden infant death syndrome (SIDS) Deteção de anticorpos específicos no sangue do cordão umbilical, saliva da mãe e criança e leite materno para as toxinas estafilocócicas implicadas na SMSL
Autor(es)	Linda M. Harrison James A. Morris Lisa A. Bishop Robert M. Lauder Christine A.M. Taylor David R. Telford
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Reino Unido (2004)
Orientação Metodológica	Estudo descritivo
Objetivo do estudo	O objetivo deste estudo foi investigar a imunidade passiva e ativa para as toxinas de <i>S. Aureus</i> no primeiro ano de vida.
Participantes	Famílias das 73 crianças (39 do sexo masculino e 34 do sexo feminino) Pelo menos quatro crianças nasceram em cada mês do ano. Uma das famílias mudou-se para outra área.
Aspetos éticos	Foi aprovado pelo comité de ética de Morecambe Bay. Obtido o consentimento informado das mães.
Intervenção	Análise dos níveis de anticorpos contra o TSST-1 ou SEC no sangue do cordão umbilical (SCU), saliva ou leite materno. As amostras de SCU foram centrifugadas a 1500g e o sêrum armazenado a -20°C. As mães e crianças foram visitadas em casa todos os meses. Durante estas visitas foi obtida uma amostra nasofaríngea e de saliva das mães e crianças. Das mães foi ainda pedido uma amostra de leite materno (se aplicável). Recolhida a informação sobre hábitos tabágicos, posição em que o lactente dorme, alimentação da criança e uso da chupeta.
Testes Estatísticos	Teste de McNemar Correlação de Pearson Correlação de Spearman Teste t Mann-Whitney ANOVA Kruskal-Wallis

	(Usados testes não paramétricos quando a distribuição não era normal)
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• As crianças são capazes de criar uma resposta imune adequada (protetora) quando encontram os antígenos pela primeira vez. A combinação de fatores de risco para a SMSL, como dormir em posição prona, ou uma infecção viral ou sobreaquecimento pode criar o ambiente ideal para a produção da de estafilococos na nasofaringe. • As toxinas produzidas pelas bactérias da nasofaringe podem atuar em sinergia provocando a SMSL com baixos níveis de imunoglobulinas circulantes. • Níveis de IgG materna para TSST-1 e SEC nas amostras de sangue do cordão umbilical mostrou uma variação sazonal significativa (nos meses de inverno). • O uso regular de chupeta pode diminuir o risco de SMSL. Conclui-se, neste estudo, que as crianças que usaram a chupeta apresentavam IgA salivar de TSST-1 e SEC em comparação com crianças que não usaram chupeta. • Crianças que utilizavam chupetas, e ser alimentados com leite adaptado, apresentavam mais propensão para colonizações nasofaríngeas por S. Aureus, o que poderia explicar a resposta imunitária precoce aos antígenos da toxina. • As taxas mais elevadas de colonização por S. Aureus foram obtidas em utilizadores chupetas. • Este estudo confirma que a colonização por S. Aureus é comum na faixa etária em que o pico de incidência de SMSL ocorre. • De uma forma geral, este estudo evidencia que algumas crianças nascem com baixos/indetectáveis níveis de anticorpos para toxinas bacterianas envolvidas em casos de SMSL.
Observações do avaliador	A amostra não é aleatória/pseudoaleatória. Os fatores que podem enviesar o estudo foram identificados e as estratégias para gerir esse viés foram estabelecidas. Articulação entre dados e revisão bibliográfica apropriada. No decorrer do estudo foi tido em conta a posição em que a criança se encontra a dormir. A análise estatística apropriadamente utilizada, sendo os resultados avaliados através critérios objetivos.

EXTRAÇÃO DE DADO: E40

Data da extração de dados	28 De Abril de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study
Autor, Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Li, De-Kun Willinger, Marian Petitti, Diana Odouli, Roxana Liu, Liyan Hoffman, Howard
Orientação Metodológica	Estudo de Caso Controlo
Objetivo do estudo	Analisar a relação entre o uso de chupeta durante o sono e o risco de SMSL relativamente a outros fatores de risco.
Participantes	Caso: N= 185 (mães de crianças que faleceram com SMSL) Grupo controlo: N= 312 Nota: Controlos foram emparelhados por raça (mãe), etnia e idade.
Aspetos éticos	Aprovado pelo <i>Institutional Review Boards of Kaiser Permanente in Northern and Southern California and California State Committee for the Protection of Human Subjects</i> .
Intervenção	Foram identificados casos de SMSL que foram reportados para o Departamento de Serviços de Saúde. Os participantes elegíveis eram as mães das crianças que faleceram com diagnóstico de SMSL que falassem inglês ou espanhol que residissem num dos países participantes (Alameda, Contra Costa, Sacramento, San Francisco, Marin, San Mateo, Santa Clara, Monterey, San Joaquin e Fresno, Los Angeles). As mães foram questionadas sobre ultimo sono da criança (casos)/o sono antes da entrevista (controlos). Foram realizados formulários por entrevistadores treinados para o efeito.
Testes Estatísticos	Odd's Ratio Regressão Logística
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• A utilização da chupeta durante o sono foi associada a uma redução do risco de SMSL em cada um das categorias estudadas. • Houve uma correlação significativa entre o uso da chupeta e a redução do SMSL (0.03-0,21) • Sugar o polegar da própria mão foi associado também, a uma redução do risco de SMSL (OR= 0,43; IC [0,25-0,77]). • Em crianças que não usaram chupeta durante o último sono, a posição de dormir em decúbito ventral ou lateral, dormir com mãe fumadora e dormir em cama macia, durante o último sono foram associados a um aumento do risco de SMSL.
Observações do avaliador	O tamanho das amostras em algumas das análises estratificadas eram reduzidos, sendo este estudo um caso-controlo, a generalização dos resultados de requer cautela. Não está claro o acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente. Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.

EXTRAÇÃO DE DADOS: E51

Data da extração de dados	12 de julho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Pacifier Use and Sids: Evidence for a Consistently Reduced Risk O uso da chupeta e SMSL: Evidência para um Redução Consistentemente do Risco
Autor(es)	Rachel Y. Moon Kawai O. Tanabe Diane Choi Yang Heather A. Young Fern R. Hauck
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	EUA (2012)
Orientação Metodológica	Estudo de Caso-Controlo
Objetivo do estudo	O objetivo deste estudo foi examinar a relação entre o uso de chupeta durante o sono e a SMSL relativamente a outros fatores de risco para determinar se o uso de chupeta modifica o impacto desses fatores de risco.
Participantes	Casos N= 260 casos de SMSL Grupo controlo N= 260 (emparelhados)
Aspetos Éticos	Este estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Universidade de Virgínia
Intervenção	Foi realizada investigação exaustiva sobre a cena da morte. Foi elaborado um questionário dirigidos aos cuidadores com 400 questões. As perguntas descrevem acontecimentos que antecederam o evento, fatores de risco e fatores socioeconómicos.
Testes Estatísticos	Regressão Logística (univariada) - Odd's Ratio Teste t
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• O uso de chupeta foi associado a um risco reduzido de SMSL em todas as categorias dos fatores maternos e infantis analisados. • O uso de chupeta durante o último sono diminuiu risco de SMSL (OR: 0,30 [IC 95%: 0,17-0,52]). • No que diz respeito às características maternas e da criança, uso de chupeta parece para diminuir, ainda mais, o risco de SMSL quando as mães apresentam uma idade superior ou igual a 20 anos, casadas, não-fumadoras, gravidez vigiada e se a criança nunca foi amamentada. • O uso de chupeta pareceu também a diminuir o risco de SMSL quando a criança estava em determinados ambientes do sono, como dormir em posição prona ou lateralmente, partilhar a cama e estava deitada numa superfície macia.

Observações do avaliador	Existem determinados aspetos que não se apresentam claros, nomeadamente, os fatores que podem enviesar o estudo e respetivas as estratégias para gerir esse viés e os resultados dos participantes que desistiram. Também não se encontra claro de que forma como os resultados foram medidos. As análises estratificadas resultaram em amostras pequenas de algumas das análises, que são refletidas pelos amplos intervalos de confiança. A data de colheita remonta a 1993-1996.
---------------------------------	---

EXTRAÇÃO DE DADOS: E68

Data da extração de dados	12 de julho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID Fatores de risco modificáveis para a SMSL na Alemanha: Resultados do GeSID
Autor(es)	Mechtild M. T. Vennemann Martina Findeisen Trude Butterfab-Bahloul Gerhard Jorch Bernd Brinkmann Wolfgang Kopcke T. Bajanowski Ed A. Mitchell
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Alemanha (2005)
Orientação Metodológica	Estudo de Caso Controlo
Objetivo do estudo	Determinar a prevalência e magnitude dos fatores de risco para SMSL na Alemanha após a campanha de prevenção.
Participantes	Casos N=333 crianças (falecidas por SMSL) Controlos N=998 crianças (emparelhados)
Aspetos Éticos	O estudo teve a aprovação ética dos comités de ética de cada instituto universitário e estadual para a medicina legal.
Intervenção	Os cuidadores das crianças (casos e controlos) foram entrevistados em sua casa com recurso a um questionário padronizado. Este é composto de 106 perguntas sobre a história familiar, história médica da criança, o ambiente de sono, tabaco e uso de álcool dos pais, alimentação recém-nascido e aspetos sociodemográficos.
Testes Estatísticos	Estatística univariada e multivariada através da regressão logística
Nível de Evidência JBI (2011)	3
Principais resultados encontrados	• A SMSL ocorreu mais frequentemente entre os 2-5 meses de idade e nos bebés do sexo masculino (60,4%). • O risco de SMSL foi inversamente proporcional à idade da mãe e ao <i>status</i> socioeconómico da família. • Os bebés de mães que não vivem com o marido/parceiro tiveram um risco aumentado de SMSL. • O tabagismo materno durante a gravidez foi associado a um risco aumentado SMSL.

	• Baixo peso ao nascer foi associado à SMSL. • A utilização de uma chupeta no último sono foi associado a uma redução do risco de SMSL (OR = 0,39 [0,25-0,59]). • A utilização de biberão foi também descrita como um fator protetor para a SMSL. • A partilha da cama com um adulto foi associado com um risco significativamente aumentado de SMSL.
Observações do avaliador	A colheita de dados foi efetuada entre 1998-2001. A idade da mãe no momento do parto foi maior no grupo controlo do que entre as mulheres grávidas no conjunto de dados perinatal em 2000 para a área de estudo. O tabagismo materno durante a gravidez foi muito mais prevalente nas mães das crianças SMSL do que no grupo controlo.

EXTRAÇÃO DE DADOS: E69

Data da extração de dados	18 de julho de 2013
Revisor	Denise Araújo
Título	Sleep Environment Risk Factors for Sudden Infant Death Syndrome: The German Sudden Infant Death Syndrome Study Fatores de Risco no Ambiente de Sono para Síndrome da Morte Súbita Infantil: Estudo alemão da SMSL
Autor(es)	Mechtild M. Vennemann Thomas Bajanowski Bernd Brinkmann Gerhard Jorch Cristina Sauerland Edwin A. Mitchell GeSID Study Group
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Alemanha (2009)
Orientação Metodológica	Estudo caso controlo
Objetivo do estudo	Investigar os fatores de risco para a SMSL no ambiente de sono dos lactentes
Participantes	Casos N=333 crianças (falecidas por SMSL) Controlos N=998 crianças (emparelhados por idade, género, região e tempo de sono)
Aspetos Éticos	O estudo teve a aprovação ética dos comités de ética de cada instituto universitário e estadual para a medicina legal.
Intervenção	O GeSID (Estudo Alemão sobre SMSL) foi implementado para identificar fatores de risco na SMSL com uma ênfase especial ao ambiente de sono. Este decorreu num período de 3 anos. Foi realizado um formulário dirigido aos cuidadores, sendo este preenchido, nas suas casas, por um entrevistador treinado para o efeito. Num primeiro contacto foi estabelecida uma data provável da morte da criança e ainda descritos, o sono da manhã, da tarde e a noite do último de sono. O questionário incluía perguntas relacionadas com as doenças anteriores da criança, alimentação, sono anteriores e ambiente de sono da criança durante o último sono (casos) ou sono de referência (para controlos). Todos os casos de SMSL foram autopsiados por patologistas forenses usando um protocolo padronizado, incluindo a histologia, microbiologia, virologia, toxicologia e análise neuropatologia.
Testes Estatísticos	Estatística univariada e multivariada através da regressão logística
Nível de Evidência JBI (2011)	3

Principais resultados encontrados	• O risco de SMSL foi significativamente maior quando a criança dormia na casa de um amigo/parente de alojamento comparativamente a quando dormia na casa dos pais (OR ajustado [aOR]: 4,39 [IC 95%: 1,11-17,38]). • Aumento do risco de SMSL ao adotar a posição prona para dormir (OR: 7,08 [IC 95%: 3,69-13,60]). • Não houve alteração estatisticamente significativa no facto de a criança dormir no seu próprio quarto ou quarto com os irmãos. • Na análise univariada, as variáveis dormir na cama dos pais, num sofá ou numa cama com os irmãos foram associados a risco aumentado de SMSL quando comparado com dormir na própria cama, contudo após o ajusto das variáveis este aspeto não se verificou. • O recurso a edredons duplicou o risco de SMSL. • A utilização da almofada no último sono foi associado a um aumento do risco de SMSL em análise univariada. • Utilizar a chupeta nas últimas 4 semanas foi associado a um risco reduzido de SMSL (OR: 0,49 [IC 95%: 0,32-0,76]).
Observações do avaliador	A colheita de dados foi efetuada entre 1998-2001. Os participantes do grupo de controlo eram socioeconomicamente mais desfavorecidos. Não foi tido em consideração o ambiente térmico em que a criança se encontra durante o sono, nem os consumos de álcool dos cuidadores.