





Conhecimento sobre prevenção da síndrome da morte súbita do lactente entre puérperas no Sul do Brasil, 2019: um estudo transversal

Anelise Medeiros Souto¹ , Luana Patrícia Marmitt² , Christian Loret de Mola¹ ,
Juraci Almeida Cesar¹ 

¹Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande, RS, Brasil

²Universidade do Oeste de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Joaçaba, SC, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre prevenção da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) entre puérperas com pré-natal realizado nos serviços público e privado de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019. **Métodos:** Estudo transversal, com puérperas do município; seu desfecho constituiu-se da indicação de posição incorreta para dormir (decúbito lateral ou dorsal), visando prevenir a SMSL; utilizou-se o teste qui-quadrado para comparar proporções do desfecho e de exposição entre puérperas que realizaram pré-natal nos serviços público e privado. **Resultados:** De 2.195 puérperas, 67,7% (IC_{95%} 65,7;69,6), majoritariamente atendidas na rede pública (71,6%), desconheciam a posição preventiva da SMSL; 77,8% temiam engasgo/afogamento; 1,9% foram informadas sobre SMSL no pré-natal; médicos(as)/enfermeiros(as) (70,5%) e avós (65,1%) mostraram-se influentes na decisão sobre como posicionar o bebê adormecido. **Conclusão:** A maioria das puérperas, especialmente as atendidas na rede pública, desconhecia a posição que previne SMSL; geralmente, o tema não é abordado no pré-natal.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Morte Súbita do Lactente; Decúbito Dorsal; Cuidado Pré-Natal; Estudos Transversais.

INTRODUÇÃO

Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) é o nome que se dá à ocorrência inesperada, incompreensível, sem motivo aparente, de um óbito de menor de 1 ano de idade, mesmo após avaliação da cena da morte, história clínica e autópsia.^{1,2} Apesar de a causa ser desconhecida, acredita-se que a SMSL decorra da dificuldade de regulação dos batimentos cardíacos, respiração e temperatura corporal do lactente, principalmente durante o sono.³

A posição em que a criança dorme é determinante para a ocorrência desse tipo de óbito. Dormir na posição supina (decúbito dorsal ou com a barriga para cima) previne a SMSL, ao passo que dormir na posição prona (com a barriga para baixo) ou em decúbito lateral (de lado) favorece sua ocorrência. Práticas como coleito (dormir na mesma cama dos pais), uso de colchão muito macio e/ou excesso de cobertas contribuem para acentuar o risco da SMSL.⁴

O acompanhamento pré-natal tem por finalidade prevenir, diagnosticar, tratar e manejar adequadamente um conjunto de doenças e situações desfavoráveis, visando assegurar o desenvolvimento de uma gestação, parto e pós-parto sem intercorrências.⁵ Diferentes informações são repassadas e cuidados ofertados às gestantes durante as consultas de pré-natal. Embora a cobertura pré-natal tenha aumentado em escala mundial, a SMSL é a terceira causa de óbito infantil entre todos os países e a primeira nos países desenvolvidos.⁶

Nos Estados Unidos, estima-se que a SMSL responda por cerca de 2 mil óbitos anualmente.⁷ Países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam uma incidência de SMSL frequentemente subnotificada, dadas (i) a dificuldade em estabelecer o diagnóstico preciso do evento e (ii) a ausência de obrigatoriedade de necrópsia, dificultando o registro de óbitos por essa causa.^{8,9} Em 2021, foram relatadas 173 mortes atribuídas à SMSL no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da

Contribuições do estudo	
Principais resultados	Para duas em três mães, o recém-nascido devia dormir em decúbito lateral ou ventral, o que não previne, facilita a síndrome da morte súbita do lactente (SMSL). Há um desconhecimento significativamente maior se o pré-natal aconteceu no serviço público.
Implicações para os serviços	A SMSL deve ser abordada no atendimento pré-natal. A orientação de médico(a)/enfermeiro(a) durante as consultas pode ser fundamental no sentido de as mães mudarem de opinião e adotarem a posição segura (decúbito dorsal) para o filho dormir.
Perspectivas	Campanhas de prevenção da SMSL são relevantes no contexto da atenção pré-natal, assim como a condução de pesquisas que se proponham a avaliar potenciais impactos de intervenções sobre a posição correta para o bebê dormir.

Saúde;¹⁰ no mesmo ano, 957 mortes de crianças no primeiro ano de vida foram registradas como de causa “mal definida”, sugerindo a possibilidade de que a SMSL, enquanto causa subjacente de mortes infantis, estivesse subnotificada.

Contudo, a SMSL é de fácil prevenção. Dormir na posição supina é suficiente para impedir sua ocorrência em até 70% dos casos.^{4,9} Esta abordagem preventiva da SMSL, entretanto, não é prática comum na formação do profissional de saúde.^{11,12} Ademais, não se dispõe de informação, em estudo de base populacional, de que esse conteúdo seja abordado com as gestantes, durante as consultas de pré-natal; se não o é, com quem elas aprenderiam a posição na qual colocar o bebê para dormir seguro; e se esse conhecimento difere entre aquelas que realizaram pré-natal na rede pública e as que são ou foram acompanhadas pela rede privada.¹³

O presente estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento sobre prevenção da SMSL entre puérperas que realizaram o pré-natal nos serviços público e privado de saúde do município de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no ano de 2019.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, conduzido em Rio Grande, litoral sul do Rio Grande do Sul, distante 300 km da capital Porto Alegre. Na ocasião, 2019, o município contava com 212 mil habitantes e apresentava índice de desenvolvimento humano municipal de 0,744; e um coeficiente de mortalidade infantil de 11,9 por mil nascidos vivos (NVs),⁹ valor este superior à média estadual, de 10,6 por mil NVs.¹⁴ Participaram da pesquisa todas as puérperas com parto realizado no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2019, nas duas maternidades existentes em Rio Grande: Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande; e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Foram elegíveis puérperas que residiam na zona urbana ou rural do município e haviam realizado pelo menos uma consulta de pré-natal, cuja criança tivesse peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas ou idade gestacional de pelo menos 20 semanas.

Os dados relativos às características demográficas, reprodutivas, hábitos de vida e comportamento daquelas mães, além de seu conhecimento sobre prevenção da morte súbita do lactente, foram coletados mediante questionário aplicado por três entrevistadoras, no período de até 48 horas após o parto, quando elas ainda se encontravam no hospital. Nessa coleta de dados, foram utilizados *tablets* e o aplicativo REDCap (Research Electronic Data Capture),¹⁵ com descarregamento diário no servidor central da FURG. Detalhes sobre a metodologia aplicada estão disponíveis em publicação.¹⁶

O desfecho em estudo foi verificado a partir da seguinte pergunta:

Como a senhora acha que o bebê deve dormir? (1) De barriga para baixo; (2) de barriga para cima; (3) de lado/ladinho; (4) outra resposta, esta anotada por extenso e depois codificada; e (9) Não sabe.

Todas as puérperas cuja resposta não tenha sido a opção (2), dormir de barriga para cima (posição supina/decúbito dorsal), foram consideradas como desconhecedoras da posição mais segura para o recém-nascido dormir – uma resposta positiva para o desfecho em estudo.

No desenho do questionário, as variáveis a serem estudadas constituíram blocos de informações distribuídas da seguinte forma:

a) Demográficas e socioeconômicas

- idade materna (em anos);
- raça/cor da pele (branca; parda; preta);
- número de moradores no domicílio (2 a 3; 4 a 5; 6 ou mais);
- vivia com companheiro (sim; não);
- escolaridade (em anos: 0 a 4; 5 a 8; 9 a 11; 12 ou mais);
- trabalho remunerado na gravidez (sim; não);
- companheiro desempregado (sim; não); e
- renda familiar (em reais, referente ao mês imediatamente anterior à entrevista), para todos os moradores do domicílio.

b) Reprodutivas

- primípara (sim; não); e
- ocorrência prévia de aborto (sim; não).

c) Hábitos de vida

- tabagismo antes e durante a gestação (sim; não);
- idade gestacional de início das consultas de pré-natal;
- número de consultas realizadas; e
- assistência recebida durante a gestação e no parto.

A partir dessas informações, classificou-se a gestante como tendo realizado pré-natal adequado aquela que:

- iniciou as consultas no primeiro trimestre;
- completou seis ou mais consultas; e
- realizou dois ou mais testes anti-HIV, sífilis e exame qualitativo de urina.

O bloco final do questionário tratava do atendimento ao parto, qual seja: se o parto foi realizado por médico(a), atendida por médico(a); se a parturiente foi submetida a episiotomia; se foi atendida no Sistema Único de Saúde (SUS) (sim; não); e se o parto foi vaginal ou cesáreo.

Em relação à posição de dormir, foram investigadas as razões para colocar o bebê na posição referida e de quem a mãe obteve essa informação, com especial ênfase se isso aconteceu:

- a) durante as consultas de pré-natal;
- b) por orientação de familiar; ou
- c) por conta de campanha “Dormir de barriga para cima é mais seguro”, da Pastoral da Criança, veiculada em nível nacional.

Em seguida, perguntou-se à puérpera:

- a) se aceitaria colocar o filho para dormir na posição supina (de barriga para cima) caso fosse recomendada por um profissional de saúde, particularmente um médico(a) e/ou enfermeiro(a);
- b) se acredita que dormir na posição supina pode evitar a morte súbita; e
- c) se pretende colocar o filho para dormir em decúbito dorsal.

Cerca de 10% das perguntas das entrevistadoras foram reapresentadas por um dos supervisores do estudo, no prazo de até 15 dias da alta hospitalar. O objetivo desse procedimento foi confirmar a aplicação do questionário e avaliar o grau de concordância das respostas, cujo índice Kappa de Cohen variou de 0,61 a 0,99: a grande maioria das entrevistadas foram avaliadas com concordância acima de 0,72 – considerada “muito satisfatória”.¹⁷

O cálculo do tamanho amostral realizou-se *a posteriori*, uma vez que os dados já haviam sido coletados. Considerando-se o “n” disponível de

2.195 puérperas, uma prevalência do desfecho de 67,7% e nível de confiança de 95%, a margem de erro das estimativas apresentadas é de, no máximo, 2,0 pontos percentuais.¹⁶

A análise inicial correspondeu à checagem de valores inconsistentes, categorização de variáveis derivadas e comparação de proporções, por meio do teste qui-quadrado de Pearson e do teste exato de Fisher; aplicou-se o teste *t* de Student para comparar médias. Em seguida, avaliou-se a interação e, logo, foram estratificadas as variáveis conforme o caráter – público ou privado – do atendimento pré-natal: quem fez a maioria das consultas pelo SUS foi caracterizada como tendo realizado o pré-natal no serviço público, enquanto as demais puérperas, que pagaram por esse atendimento, integral ou parcialmente, de forma direta ou por convênio, foram caracterizadas como tendo realizado o pré-natal no setor privado. Todas as análises utilizaram o pacote estatístico Stata 11.0; o nível de significância estatística adotado foi de 95%.

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (Cepas), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), e aprovado sob o nº 278/2018. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez garantida a confidencialidade das respostas, a participação voluntária e a possibilidade de deixarem o estudo a qualquer momento.

RESULTADOS

Das 2.317 puérperas que deram à luz nos dois hospitais-maternidades de Rio Grande, no ano de 2019, 2.270 (98,0%) foram entrevistadas; destas, 75 (3,3%) foram excluídas do estudo por não terem realizado pré-natal, restando 2.195 que tiveram pelo menos uma consulta de pré-natal naquele período. As Tabelas 1, 2 e 3 comparam a prevalência de diversos indicadores, entre as puérperas que realizaram pré-natal no serviço público de saúde e aquelas atendidas no setor privado.

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e hábitos de vida de puérperas que tiveram filho (n = 2.195), de acordo com o caráter do serviço de atenção pré-natal, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2019

Características/hábitos de vida	Total		Pré-natal realizado no serviço público		Pré-natal realizado no serviço privado		p-valor ^b
	N	%	n	% (IC _{95%} ^a)	n	% (IC _{95%} ^a)	
Idade (em anos)							< 0,001
11-19	285	13,0	255	18,3 (16,3;20,4)	30	3,8 (2,6;5,3)	
20-24	601	27,4	427	30,6 (28,2;33,1)	174	21,8 (19,0;24,7)	
25-29	514	23,4	301	21,6 (19,5;23,8)	213	26,5 (23,7;29,8)	
30-47	795	36,2	412	29,5 (27,2;32,0)	383	47,9 (44,4;51,3)	
Raça/cor da pele							< 0,001
Branca	1.689	77,0	1.000	71,7 (0,69;74,0)	689	86,2 (83,5;88,3)	
Parda	334	15,2	254	18,2 (16,3;20,3)	80	10,0 (8,1;12,3)	
Preta	172	7,8	141	10,1 (8,6;11,8)	31	3,8 (2,7;5,4)	
Moradores no domicílio							< 0,001^c
2-3	1.365	62,2	758	54,4 (51,7;56,9)	607	75,9 (72,8;78,7)	
4-5	683	31,1	504	36,1 (33,6;38,7)	179	22,4 (19,6;25,4)	
≥ 6	147	6,7	133	9,5 (8,1;11,2)	14	1,7 (1,0;2,9)	
Vivia com companheiro	1.884	85,8	1.139	81,6 (79,6;83,7)	745	93,1 (91,4;95)	< 0,001
Escolaridade (em anos de estudo)							
≤ 4	80	3,6	72	5,2 (4,1;6,5)	8	1,0 (0,5;2,0)	< 0,001 ^c
5-8	583	26,6	533	38,1 (35,6;40,7)	51	6,4 (4,9;8,3)	
9-11	1.044	47,6	660	47,3 (44,7;50,0)	384	48,0 (44,5;51,5)	
≥ 12	488	22,2	131	9,4 (8,0;11,0)	357	44,6 (41,2;48,1)	
Trabalho remunerado na gravidez	951	43,3	432	31,0 (28,5;33,4)	519	64,9 (61,6;68,2)	< 0,001
Companheiro desempregado	308	14,7	240	18,4 (16,4;20,6)	68	8,6 (6,8;-10,8)	< 0,001
Renda familiar mensal (em salários mínimos^d)							< 0,001^c
≤ 0,9	193	9,0	183	13,6 (11,8;15,5)	10	1,3 (0,7;2,3)	
1,0-1,9	733	34,2	632	46,9 (44,3;49,6)	101	12,7 (10,6;15,2)	
2,0-3,9	873	40,8	476	35,3 (32,8;37,9)	397	50,0 (46,5;53,5)	
≥ 4	342	16,0	56	4,2 (3,2;5,4)	286	36,0 (32,7;39,4)	
Primípara	846	38,5	483	34,6 (32,1;37,2)	363	45,4 (41,9;48,8)	< 0,001
Ocorrência prévia de aborto	342	15,6	212	15,2 (13,4;17,2)	130	16,3 (13,8;19,0)	0,510
Tabagismo antes e durante a gestação	248	11,3	229	16,4 (14,6;18,5)	19	2,4 (1,5;3,7)	< 0,001^c
Consultas iniciadas no primeiro trimestre da gravidez	1.789	81,5	1.062	76,1 (73,8;78,3)	727	90,9 (89,7;92,7)	< 0,001
Seis ou mais consultas realizadas	1.948	88,7	1.191	85,4 (83,4;87,1)	757	94,6 (92,8;96,0)	< 0,001
Pré-natal adequado^e	1.453	66,2	863	61,9 (59,3;64,4)	590	73,8 (70,6;76,7)	< 0,001
TOTAL	2.195	100,0	1.395	63,5 (61,5;65,5)	800	36,5 (34,5;38,5)	

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) Teste exato de Fisher; d) Considerou-se o valor do salário mínimo: R\$ 998,00; e) Como pré-natal adequado, considerou-se a realização de seis ou mais consultas, iniciadas no primeiro trimestre gestacional, realização de dois ou mais testes qualitativos de urina e dois ou mais testes diagnósticos do vírus da imunodeficiência humana [*human immunodeficiency virus* (HIV)] e sífilis.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas (n = 2.195) quanto a sua opinião sobre a posição em que o recém-nascido deve dormir, de acordo com o caráter do serviço de atenção pré-natal, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2019

Conhecimento/opinião das puérperas	Total		Pré-natal realizado no serviço público		Pré-natal realizado no serviço privado		p-valor ^b
	N	%	n	% (IC _{95%} ^a)	n	% (IC _{95%} ^a)	
Posição em que o recém-nascido deve dormir							< 0,001^c
Decúbito dorsal (de barriga para cima)	708	32,3	364	26,1 (23,8;28,5)	344	43,0 (39,6;46,5)	
Decúbito lateral (de lado)	1.433	65,3	997	71,5 (69,0;73,8)	436	54,5 (51,0;57,9)	
Decúbito ventral (de barriga para baixo)	3	0,1	2	0,1 (0,01;0,1)	1	0,1 (0,01;0,8)	
Não sabe	51	2,3	32	2,3 (1,6;3,2)	19	2,4 (2,5;3,7)	
Motivos para escolher alguma dessas posições							< 0,001^c
Evitar afogamento/engasgamento	1.695	77,8	1.091	78,9 (76,7;81,0)	604	75,8 (72,7;78,6)	
Proporcionar maior conforto	340	15,6	222	16,1 (14,2;18,1)	118	14,8 (12,5;17,4)	
Orientação do profissional da saúde	38	1,8	15	1,1 (0,06;1,8)	23	2,9 (1,9;4,3)	
Experiência prévia positiva	16	0,7	11	0,8 (0,04;1,4)	5	0,6 (0,03;1,5)	
Conhecimento adquirido de campanha nacional	14	0,6	3	0,2 (0,07;6,7)	11	1,4 (0,08;2,5)	
Orientação da avó materna	11	0,5	7	0,5 (0,02;1,6)	4	0,5 (0,02;1,3)	
Outros	65	3,0	33	2,4 (1,7;3,3)	32	4,0 (2,8;5,6)	
Motivos para escolher o decúbito dorsal (de barriga para cima)^d (n = 708)							< 0,001
Evitar afogamento/engasgamento	385	54,4	179	49,2 (44,0;54,3)	206	59,9 (54,6;65,0)	
Proporcionar maior conforto	241	34,0	152	41,8 (36,8;46,9)	89	25,9 (21,5;30,8)	
Outros	82	11,6	33	9,0 (6,5;12,5)	49	14,2 (10,9;18,4)	
Motivos para escolher o decúbito lateral (de lado)^e							0,603^c
Evitar afogamento/engasgamento	1.307	91,3	911	91,4 (89,5;93,0)	396	90,8 (87,7;93,2)	
Proporcionar maior conforto	93	6,5	66	6,6 (5,2;8,3)	27	6,2 (4,3;8,9)	
Outros	33	2,2	20	2,0 (1,2;3,0)	13	3,0 (1,7;5,1)	
Com quem aprendeu a colocar o recém-nascido para dormir em decúbito dorsal^d							0,019
Avó materna do recém-nascido	47	6,6	25	6,9 (4,7;10,0)	22	6,4 (4,2;9,5)	
Ninguém/por conta própria	376	53,1	209	57,4 (52,2;62,4)	167	48,6 (43,3;53,8)	
Médico(a)/enfermeiro(a)	100	14,1	49	13,5 (10,3;17,4)	51	14,8 (11,4;19,1)	
Campanha da Pastoral da Criança	123	17,4	47	12,9 (9,8;16,8)	76	22,1 (18,0;26,8)	
Outros	62	8,8	34	9,3 (6,7;12,8)	28	8,1 (5,7;11,6)	
Com quem aprendeu a colocar o recém-nascido para dormir em decúbito lateral							0,208^c
Avó materna do recém-nascido	686	47,9	486	48,8 (45,6;51,9)	200	45,9 (41,2;50,6)	
Ninguém/por conta própria	720	50,2	493	49,5 (46,3;52,6)	227	52,1 (47,4;56,7)	
Médico(a)/enfermeiro(a)	4	0,3	1	0,1 (0,01;0,7)	3	0,7 (0,2;2,1)	
Campanha da Pastoral da Criança	2	0,1	1	0,1 (0,01;0,7)	1	0,2 (0,03;1,6)	
Outros	21	1,5	16	0,5 (0,1;2,6)	5	1,1 (0,5;2,7)	
Orientações sobre a posição mais segura para o recém-nascido dormir, nas consultas de pré-natal							0,470^c
	42	1,9	26	1,9 (1,8;27,2)	16	2,0 (1,2;3,2)	

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) Teste exato de Fisher; d) n = 708; e) n = 1.433.

Na Tabela 1, verifica-se que as atendidas no serviço público foram, em média, 3,3 anos mais jovens, apresentavam maior proporção de raça/cor da pele parda e preta, referiram maior número de moradores no domicílio, menos frequentemente tinham companheiro, possuíam, em média, quatro anos a menos de escolaridade e, em menor proporção, exerceram trabalho remunerado durante a gravidez; entretanto, a proporção de mulheres atendidas no setor público e que fumaram durante a gravidez foi 6,8 vezes superior à mesma proporção entre as puérperas atendidas no setor privado. Quanto à assistência pré-natal, foi menor a proporção de puérperas atendidas no serviço público que iniciaram as consultas no primeiro trimestre, realizaram seis ou mais consultas e completaram um atendimento pré-natal considerado adequado, quando comparadas às puérperas atendidas no serviço privado.

Conforme apresenta a Tabela 2, 65,4% das mães afirmaram que o recém-nascido (RN) deve dormir em decúbito lateral ou ventral, sendo essa proporção maior naquelas que fizeram pré-natal na rede pública (71,6%), frente às atendidas no setor privado (54,6%). Entre todas as puérperas entrevistadas, o principal

motivo dessa escolha foi evitar que a criança se afogasse/engasgasse – independentemente de o pré-natal ter-se realizado pelo sistema público ou privado; ou da posição recomendada para o RN dormir. Ainda sobre todas elas, atendidas na saúde pública ou privada, cerca da metade afirmou ter aprendido sobre a posição correta por conta própria. Entre as que referiram a posição supina como a mais segura para o RN dormir, 17,4% disseram ter adquirido esse conhecimento na campanha de prevenção da SMSL promovida pela Pastoral da Criança, enquanto 14,1% afirmaram ter-se orientado com médicos(as) e/ou enfermeiros(as): 13,5% (IC_{95%} 10,3;17,4) das puérperas cujo pré-natal foi pelo setor público; e 14,8% (IC_{95%} 11,4;19,1) das que o realizaram no setor privado. Observou-se, também, que apenas 1,9% de todas as puérperas referiu a abordagem do tema em alguma consulta de pré-natal, sem diferença no que se refere ao serviço público ou privado.

Na Tabela 3, observa-se que as pessoas mais influentes na decisão materna de colocar o RN para dormir na posição supina foram médicos(as) e/ou enfermeiros(as) (70,5%), seguidos da avó materna do RN (65,1%), nos dois locais de prestação do serviço pré-natal de Rio

Tabela 3 – Opinião das puérperas (n = 2.195) sobre situações relacionadas à prevenção de morte súbita infantil, de acordo com o caráter do serviço de atenção pré-natal, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2019

Situações	Total		Pré-natal realizado no serviço público		Pré-natal realizado no serviço privado		p-valor ^b
	N	%	n	% (IC _{95%} ^a)	n	% (IC _{95%} ^a)	
Aceitaria colocar o recém-nascido^c para dormir de barriga para cima se isso fosse recomendado por							
Médico(a)/Enfermeiro(a)	1.547	70,5	928	66,6 (64,0;69,0)	619	77,4 (74,3;80,1)	< 0,001
Avó materna do RN ^c	1.428	65,1	858	61,5 (58,9;64,0)	570	71,1 (68,0;74,3)	< 0,001
Acredita que dormir em decúbito dorsal pode evitar a morte do recém-nascido^c							
	1.150	52,4	642	46,0 (43,4;48,6)	508	63,5 (60,1;66,8)	< 0,001
Conhecia a campanha “Dormir de barriga para cima é mais seguro”, da Pastoral da Criança							
	361	16,5	156	11,2 (9,6;12,9)	205	25,6 (22,7;28,8)	< 0,001
Pretende colocar o recém-nascido^c para dormir em decúbito dorsal							
	1.048	48,0	591	42,7 (40,1;45,3)	457	57,3 (53,8;60,7)	< 0,001

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) SMSL: Síndrome da morte súbita do lactente.

Grande. Pouco mais da metade de todas elas (52,4%) acredita que colocar o RN para dormir em decúbito dorsal evitaria a SMSL, sendo esse percentual significativamente maior entre as que realizaram pré-natal no setor privado (63,5%; IC_{95%} 60,1;66,8) que entre as atendidas no setor público (46,0%; IC_{95%} 43,4;48,6). Uma em cada seis puérperas (16,5%) afirmou conhecer a Campanha Nacional da Pastoral da Criança; essa proporção foi duas vezes maior entre aquelas que fizeram pré-natal no setor privado (25,6%; IC_{95%} 22,7;28,8), comparadas às que o realizaram no setor público (11,2%; IC_{95%} 9,6;12,9). Também no setor privado, foi maior a proporção de puérperas que pretendiam colocar o RN para dormir em decúbito dorsal (57,3%; IC_{95%} 53,8;60,7) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram que, para duas em cada três puérperas, o recém-nascido deveria dormir em decúbito lateral ou ventral, posição que, além de não prevenir, facilita a ocorrência da SMSL. Essa proporção foi significativamente maior entre aquelas que realizaram o pré-natal na rede pública de saúde. Verificou-se, ainda, que a posição escolhida como “a mais segura” visa muito mais prevenir que o/a lactente se afogue/engasgue do que propriamente evitar a SMSL. Para somente 1,9% de todas as puérperas, o tema foi abordado em alguma consulta de pré-natal, o que as levou a aprender, por conta própria, a posição correta para a criança adormecida. Por fim, evidenciou-se o enorme potencial que médicos(as), enfermeiros(as) e avós maternas têm para modificar a opinião da mãe sobre a posição do recém-nascido enquanto dorme; e que as mães atendidas no setor público de saúde de Rio Grande realizaram pré-natal de pior qualidade.

A grande maioria das mães – cerca de 68% – indicou outras posições que não a mais segura (decúbito dorsal ou com a barriga para cima) para o recém-nascido dormir, com vistas a

prevenir a SMSL. Esse desconhecimento revelou-se ainda maior entre as gestantes cujo pré-natal foi realizado na rede pública, aproximadamente 72% delas. Na verdade, as posições referidas pela maioria das mães (decúbito lateral principalmente; decúbito ventral às vezes) acabam por favorecer a morte súbita, mais do que evitar sua ocorrência. Essa prevalência de posição inadequada, referida pelas mães riograndinas, é inferior aos 80% encontrados em 2016 (três anos antes) para o mesmo município de Rio Grande,¹³ e aos 78% observados em Passo Fundo, outro município do Rio Grande do Sul, no ano de 2004,⁸ embora o achado do presente estudo ainda seja superior aos 45% referidos no ano de 2015, para Pelotas, município vizinho a Rio Grande.¹⁸

Apesar de a taxa de desconhecimento sobre a posição segura para o lactente dormir haver mostrado tendência de queda entre as riograndinas – de 80% para aproximadamente 68%, em três anos –, mantém-se elevada a proporção de mães no município que desconhecem a posição supina como a única capaz de prevenir a SMSL.¹³ O achado aponta para um longo caminho a percorrer, até fazer chegar a todas as gestantes e puérperas informações sobre a SMSL e a posição segura de sono. Em nações de alta renda, como Holanda, Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália, países escandinavos e Estados Unidos, onde foram instituídas campanhas de disseminação da posição supina, a taxa de crianças que dormiam na posição ventral ou de lado diminuiu de 50% a 90%, e a taxa de SMSL caiu na mesma proporção.¹⁹ A essa simples medida, implementada nas três últimas décadas, atribuiu-se a redução de cerca de 3 mil óbitos infantis na Nova Zelândia, 17 mil na Inglaterra e País de Gales, e aproximadamente 40 mil nos Estados Unidos.²⁰ Entretanto, o Brasil contou com uma única campanha em nível nacional, veiculada pela Pastoral da Criança no ano de 2009.

As mães de Rio Grande mostraram-se muito mais preocupadas com a possibilidade de o

filho se afogar/engasgar do que com a morte súbita. Por esta razão, duas em cada três delas demonstraram a intenção de colocar o filho para dormir em decúbito lateral, uma escolha incorreta porque insegura: o RN pode se mover dessa posição, a ponto de ter a respiração restrita, especialmente se houver cobertores, travesseiros ou outros objetos macios a sua volta.²¹ Isto é particularmente grave porque nessa idade o cérebro, imaturo, é incapaz de reconhecer situações de dificuldade respiratória, sufocação ou mesmo apneia, e por não reagir a elas, a criança pode ir a óbito de forma repentina e silenciosa.^{7,18} Afinal, qualquer posição de dormir que não seja a supina favorece a ocorrência de morte súbita no lactente. Portanto, é fundamental que a mãe adote práticas de sono seguras, como colocar seu bebê para dormir de barriga para cima, com o ambiente a seu alcance livre de objetos macios; e tão importante quanto isso, não compartilhar a cama com ele.⁴

A falta de conhecimento e o manejo inadequado, observados neste estudo, evidenciam que o assunto não é abordado na rotina das consultas de pré-natal. Chama a atenção, entretanto, o fato de 70% das mães terem mencionado que, ao colocar o filho para dormir, adotariam a posição supina ou de decúbito dorsal se assim fossem recomendadas por médico(a) ou enfermeiro(a). De fato, mães corretamente informadas por profissional de saúde aumentaram em 28% a prevalência de práticas de sono seguras para seus filhos e filhas.²²

O desconhecimento da posição mais segura agrava-se ainda mais quando se observa que as orientações corretas são mais comuns entre mulheres que realizam pré-natal no setor privado, comparadas àquelas atendidas no setor público. Em Pelotas, por exemplo, enquanto 76% das mães atendidas foram recomendadas a adotar a posição mais segura para o RN dormir, no serviço público exclusivamente, apenas 48% receberam essa orientação.¹⁸ O que é muito grave, porque são exatamente as mulheres atendidas pelo setor público as que

apresentam uma conjunção de fatores mais favorável à ocorrência da SMSL.¹⁰

Praticamente em todos os quesitos avaliados, as mães que realizaram pré-natal pelo SUS estiveram em nítida desvantagem diante das demais, atendidas no setor privado, o que vem sendo denunciado, de longa data, na chamada Metade Sul do estado do Rio Grande do Sul.²³ Padrão semelhante foi observado em relação ao conhecimento sobre SMSL. Logo, toda e qualquer ação visando melhorar a assistência pré-natal e prevenir a ocorrência da SMSL deverá priorizar mães atendidas pelo SUS, visando reduzir mais essa iniquidade em saúde na região.

Quase metade das mães pretende colocar o bebê para dormir em decúbito lateral a partir de ensinamento da avó materna, o que demonstra a forte influência dessa personagem familiar sobre uma decisão da mãe, de importância vital para seu bebê. Estudo conduzido nos Estados Unidos demonstrou que, quando dormia na casa da avó, em 58% das vezes, o bebê era colocado na posição supina, contra 45% na situação em que a avó o colocava para dormir na casa da filha.²⁴ O estudo norte-americano também apontou que, para as avós, a posição supina aumentava o risco de asfixia, ao mesmo tempo que lhes parecia mais confortável para o RN ser colocado em decúbito lateral ou ventral, principalmente.²⁴ Evidencia-se que as campanhas, ao tratar desse tema, devem incluir obrigatoriamente as avós, ou seu impacto ficará muito aquém do desejado.

Ao interpretar os resultados do estudo, há de se levar em consideração algumas limitações inerentes a ele. Primeiramente, buscou-se investigar o conhecimento e a intenção de a mãe colocar o filho para dormir em determinada posição, não necessariamente o ato em si; ou seja, não se tem certeza se, de fato, a mãe procederá dessa forma. É bem possível que, por influência da avó materna, amplamente favorável a colocar o RN para dormir em decúbito dorsal ou lateral, a proporção de RNs dormindo em posição

insegura seja maior ainda. Também merece destaque o fato de 75 puérperas (3,3% da amostra do estudo inicial) não terem realizado uma única consulta de pré-natal, e por conseguinte, serem excluídas da análise, porque o principal objetivo dos autores era comparar indicadores de puérperas que realizaram pré-natal no setor público *versus* puérperas atendidas no setor privado. Apesar de não terem feito pré-natal, a pergunta sobre a posição de dormir acabou sendo feita a elas: 81,3% (61 dessas 75 mães) responderam que o RN deveria dormir em decúbito lateral ou dorsal. Isto demonstra que a exclusão dessas mães levou a subestimação do desfecho visto que, entre todas as entrevistadas, a prevalência referida de posição insegura para o bebê dormir foi de 67,7%; se elas fossem incluídas, essa prevalência passaria a 70,4%, ou seja, 4,1% maior, o que torna ainda mais relevantes e preocupantes os resultados deste estudo. Em termos de virtudes deste estudo, há que destacar a elevada taxa de respondentes, de 98% – mais do que representativa, censitária –, para um município de porte médio como é Rio Grande.

Os achados desta pesquisa não só demonstraram que poucas mães conheciam a maneira correta de prevenir a SMSL. Eles também revelaram que o tema não é trabalhado na rotina das consultas de pré-natal, a que se atribui a iniciativa da mãe em buscar esse conhecimento por conta própria, sobretudo junto à avó materna do bebê. Fica claro, ainda, o quanto a

orientação de médico(a) ou enfermeiro(a) foi referida por elas próprias como essencial para mudarem de opinião e adotarem a posição segura da criança ao dormir.

Indica-se ao gestor dos serviços de saúde a necessidade de veiculação de campanha que recomende às mães – e avós maternas – a posição supina, correta e mais segura, para o lactente dormir. Isto poderia ser feito desde uma anotação, na Carteira da Gestante e da Criança, passando pela utilização de cartazes e pôsteres; e até campanhas maciças, de alcance nacional. Aos profissionais de saúde recomenda-se trabalhar esse conteúdo durante as consultas de pré-natal, não só pelo custo, praticamente zero, para os serviços de saúde, mas, principalmente, pelo enorme impacto que a recomendação de profissionais de saúde teria na redução da mortalidade, podendo chegar até 3 óbitos por 1 mil NVs, o que não seria pouco dentro de uma taxa que se mantém ao redor de 10 mil NVs no município.

Finalmente, para pesquisadores interessados e dedicados ao tema, recomenda-se a elaboração e condução de estudos sobre o quanto a intenção manifesta das mães se traduz, de fato, na ação por elas referida, bem como um estudo avaliativo do potencial impacto de uma intervenção educativa sobre a posição mais segura para o recém-nascido dormir, de maneira se a reduzir a ocorrência da SMSL no município gaúcho de Rio Grande.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Souto AM contribuiu com a análise e redação do manuscrito. Marmitt LP e Mola CL contribuíram com a interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Cesar JA contribuiu na concepção do estudo e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de dissertação de mestrado intitulada *Desconhecimento materno sobre morte súbita do lactente e a posição segura de dormir no extremo sul do Brasil*, defendida por Anelise Medeiros Souto no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, em 2023.

Correspondência: Luana Patrícia Marmitt | luanamarmitt@gmail.com

Recebido em: 14/07/2023 | **Aprovado em:** 06/11/2023

Editora associada: Thaynã Ramos Flores 

REFERÊNCIAS

1. Yikilkan H, Unalan PC, Cakir E, Ersu RH, Cifcili S, Akman M, et al. Sudden Infant Death Syndrome: how much mothers and health professionals know. *Pediatr Int.* 2011;53(1):24–8. doi: 10.1111/j.1442-200x.2010.03202.x.
2. Hirabayashi M, Yoshinaga M, Nomura Y, Ushinohama H, Sato S, Tauchi N, et al. Environmental risk factors for sudden infant death syndrome in Japan. *Eur J Pediatr.* 2016;175(12):1921–6. doi: 10.1007/s00431-016-2786-7.
3. Goldberg N, Rodriguez-Prado Y, Tillery R, Chua C. Sudden Infant Death Syndrome: a review. *Pediatr Ann.* 2018;47(3):e118–e123. doi: 10.3928/19382359-20180221-03.
4. Moon RY, Carlin RF, Hand I, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome and the Committee on Fetus and Newborn. Sleep-related infant deaths: updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics.* 2022;150(1):e2022057990. doi: 10.1542/peds.2022-057990.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério das Saúde; 2012. 316 p. (Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção básica; n. 32).
6. Maged M, Rizzolo D. Preventing Sudden Infant Death Syndrome and other sleep-related infant deaths. *JAAPA.* 2018;31(11):25–30. doi: 10.1097/01.jaa.0000546475.33947.44.
7. Kaler J, Hussain A, Lee S. Manifestation and pathogenesis of Sudden Infant Death Syndrome: a review. *Crit Rev Eukaryot Gene Expr.* 2020;30(2):111–20. doi: 10.1615/critreveukaryotgeneexpr.2020033009.
8. Geib LTC, Nunes ML. Sleeping habits related to sudden infant death syndrome: a population-based study. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):415–23. doi: 10.1590/s0102-311x2006000200019.
9. Pinho APS, Nunes ML. Epidemiological profile and strategies for diagnosing SIDS in a developing country. *J Pediatr.* 2011;87(2):115–22. doi: 10.2223/jped.2068.

10. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): óbitos infantis – Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 Set 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/inf10br.def>.
11. Sontag JM, Singh B, Ostfeld BM, Hegyi T, Steinberg MB, Delnevo CD. Obstetricians' and gynecologists' communication practices around smoking cessation in pregnancy, secondhand smoke and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): a survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2908. doi: 10.3390/ijerph17082908.
12. Adrian A, Rochmah EN, Musti DB. Characteristic of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) knowledge of general practitioner in Bandung city at 2020. *Jurnal EduHealth*. 2022;13(1):358–63.
13. Cesar JA, Acevedo JD, Kaczan CR, Venzo JCP, Costa LR, Silva LCM, et al. Intenção das mães em colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal: um estudo de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):501–8. doi: 10.1590/1413-81232018232.20732015.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Brasil: Rio Grande do Sul [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [citado 2019 Abr 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>.
15. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009;42(2):377–81. doi: 10.1016/j.jbi.2008.08.010.
16. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Marmitt LP. Evolução da assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:50. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003128.
17. Celentano DD, Szklo M, Gordis L. *Gordis epidemiology*. 6th. ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. 433 p.
18. Silva BGC, Silveira MF, Oliveira PD, Domingues MR, Neumann NA, Barros FC, et al. Prevalence and associated factors of supine sleep position in 3-month-old infants: findings from the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort. *BMC Pediatrics*. 2019;19(1):165. doi: 10.1186/s12887-019-1534-3.
19. Moon RY, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet*. 2007;370(9598):1578–87. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61662-6.
20. Mitchell EA, Krous HF. Sudden unexpected death in infancy: a historical perspective. *J Paediatr Child Health*. 2015;51(1):108–12. doi: 10.1111/jpc.12818.
21. Jullien S. Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatr*. 2021;21(Suppl 1):320. doi: 10.1186/s12887-021-02536-z.
22. Hirai AH, Kortsmit K, Kaplan L, Reiney E, Warner L, Parks SE, et al. Prevalence and factors associated with safe infant sleep practices. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20191286. doi: 10.1542/peds.2019-1286.
23. Morón-Duarte LS, Varela AR, Bertoldi AD, Domingues MR, Wehrmeister FC, Silveira MF. Quality of antenatal care and its sociodemographic determinants: results of the 2015 Pelotas birth cohort, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1070. doi: 10.1186/s12913-021-07053-4.
24. Aitken ME, Rose A, Mullins SH, Miller BK, Nick T, Rettiganti M, et al. Grandmothers' beliefs and practices in infant safe sleep. *Matern Child Health J*. 2016;20(7):1464–71. doi: 10.1007/s10995-016-1945-9.