

## Intenção das mães em colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal: um estudo de base populacional

Identifying mothers' intention to place infant in supine sleep position: a population-based study

Juraci Almeida Cesar <sup>1</sup>  
 Jayshlyn Denise Acevedo <sup>1</sup>  
 Camilla Rabuske Kaczan <sup>1</sup>  
 Júlio César Pit Venzo <sup>1</sup>  
 Laura Rohe Costa <sup>1</sup>  
 Luiza Crochemore Monsanto da Silva <sup>1</sup>  
 Nelson Arns Neumann <sup>2</sup>

**Abstract** *This study aimed to identify mother's opinion on infant sleep position and the factors associated with the intention to place the infant in the supine position in the municipality of Rio Grande, Southern Brazil. A standardized questionnaire was applied to all mothers residing in this municipality who gave birth to a child in the only two local maternity wards from January 1 to December 31, 2010. Chi-square test was used to compare proportions, along with a Poisson regression with robust adjustment in the multivariate analysis. The effect measure used was prevalence ratio (PR). Of the 2,395 mothers interviewed (97.2% of the total), 20.5% (95%CI: 18.4%-21.6%) intended to place the newborn to sleep in the supine position. This prevalence varied from 11% (95%CI: 8.1-13.7) for mothers with three or more children to 35% (CI95%: 31.1-40.2) among those with 12 or more years of schooling. After adjusted analysis, younger mothers with higher education and household income who performed prenatal care in the private system or who have had three or more children had significantly higher PR to place the baby to sleep in the supine position compared to others. Campaigns encouraging this practice should focus primarily on older mothers of lower socioeconomic level and performing prenatal care in PHC facilities.*

**Key words** *Sudden infant death, Sleeping position, Supine position, Infants*

**Resumo** *Este estudo teve por objetivo conhecer a opinião das mães e identificar os fatores associados à intenção de colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal em Rio Grande, RS. Foi aplicado questionário padronizado a todas as mães que tiveram filho nas duas únicas maternidades, entre 01/01 a 31/12/2010, e que residiam neste município. Utilizou-se teste do qui-quadrado para comparar proporções e regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância na análise multivariável. A medida de efeito utilizada foi razão de prevalências (RP). Dentre as 2.395 (97,2% do total) mães entrevistadas, 20,5% (IC95%: 18,4%-21,6%) manifestaram intenção de colocar o bebê para dormir de barriga para cima. Esta intenção variou de 11% (IC95%: 8,1-13,7), entre mães com três ou mais filhos, a 35% (IC95% 31,1-40,2), entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade. Após análise ajustada, mães de menor idade, de maior escolaridade e renda familiar, que realizaram pré-natal na rede privada, ou que tiveram três ou mais filhos, apresentaram RP significativamente maior para colocar o bebê para dormir de barriga para cima, em relação às demais. Campanhas de incentivo a esta prática devem priorizar mães de pior nível socioeconômico, de maior idade e que realizam pré-natal em unidades básicas de saúde.*  
**Palavras-chave** *Morte súbita, Decúbito dorsal, Lactente*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. R. General Osorio S/N, Centro. 96203-900 Rio Grande RS Brasil.  
 juraci.a.cesar@gmail.com  
<sup>2</sup> Coordenação Nacional da Pastoral da Criança. Curitiba PR Brasil.

## Introdução

A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) refere-se à ocorrência inesperada de óbito entre menores de um ano, sem causa aparente e que não pode ser explicada pelas informações coletadas nem pela realização de exame pós-morte<sup>1</sup>. Sua ocorrência é maior do segundo ao quarto mês de idade e sua incidência variável, de 0,5/1000 a 3,5/1000<sup>2</sup>. Estes dados não estão disponíveis para países de baixa renda, pela dificuldade de confirmação do diagnóstico<sup>3</sup>.

No Brasil não há dados para o país como um todo, somente para algumas localidades. Estudos conduzidos em Pelotas, Ribeirão Preto e Porto Alegre mostraram coeficiente de mortalidade específica por SMSL de aproximadamente 4/1000 nascidos vivos. Em Passo Fundo, RS, foi de 0,6/1000 nascidos vivos<sup>3-6</sup>. Estes estudos, no entanto, foram afetados pela falta de precisão diagnóstica e número reduzido de casos.

Estudos bem delineados e analisados mostram que o principal fator de risco para morte súbita do lactente é dormir de barriga para baixo (posição prona ou decúbito ventral), com *odds ratio* variando de 3,5 a 8,8 em relação àqueles que dormem em decúbito dorsal (de barriga para cima ou na posição supina)<sup>7-8</sup>. Outros fatores, que também aparecem significativamente associados à SMSL, são idade materna inferior a 20 anos, fumo passivo, baixo peso ao nascer, prematuridade, baixo nível socioeconômico e dormir com o rosto coberto, dormir na mesma cama dos pais ou em superfícies muito macias<sup>2,3,6-10</sup>.

Não se dispõe de dados de base populacional entre as crianças brasileiras sobre a posição preferencial para dormir. Um único estudo, conduzido em 55 instituições hospitalares, com serviço de Residência Médica em Pediatria, revelou que em 44% deles o bebê dormia em decúbito lateral (de lado)<sup>11</sup>. Além disso, dois terços destes serviços recomendavam à mãe colocar o bebê para dormir no domicílio nesta mesma posição.

O estudo aqui apresentado teve por objetivo conhecer a opinião e identificar fatores associados à intenção das mães residentes no município de Rio Grande, RS, em colocar o bebê para dormir de barriga para cima.

## Metodologia

Rio Grande é um município litorâneo, localizado próximo ao extremo Sul do Brasil, a cerca de 350 km de Porto Alegre. Possui pouco mais de 200 mil habitantes. Sua economia está baseada no

agronegócio, na prestação de serviços, na atividade portuária e, mais recentemente, na construção de plataforma de navios. Sua rede básica de saúde é constituída por dois hospitais gerais, três ambulatórios de especialidades e 32 unidades básicas de saúde. O coeficiente de mortalidade infantil, em 2014, foi de 14,34 por 1000 nascidos vivos.

Todos os nascimentos com peso igual ou superior a 500 gramas, ou pelo menos 20 semanas de idade gestacional, ocorridos nas maternidades da Santa de Misericórdia e no Hospital da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), entre 01/01 e 31/12 de 2010, foram incluídos neste estudo. Além disso, suas mães deveriam residir na área urbana ou rural do município de Rio Grande. Utilizou-se delineamento transversal, sendo as mães entrevistadas na maternidade em até 24 horas após o parto<sup>12</sup>.

As informações foram coletadas por meio de questionário único pré-codificado com a quase totalidade das perguntas fechadas. Este questionário buscou informações sobre local de residência da família, características demográficas, ocupação, história reprodutiva e hábitos de vida das mães; nível socioeconômico, características do trabalho do pai, posse de eletrodomésticos e condições de habitação e saneamento da moradia; assistência recebida durante a gestação e o parto, acesso e utilização de serviços preventivos e curativos em saúde e imunização antitetânica.

Três entrevistadoras graduadas em serviço social foram contratadas para aplicar estes questionários. O treinamento destas entrevistadoras consistiu de leitura do questionário e do manual de instruções. O estudo piloto foi realizado na primeira quinzena de dezembro de 2009. Ao longo da coleta de dados, estas entrevistadoras permaneceram em regime de rodízio mensal nas duas maternidades. Todas as mães assinaram termo de consentimento à realização da entrevista.

O desfecho desta análise foi constituído pela intenção da mãe em colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (posição supina ou de barriga para cima). As variáveis independentes incluíram características demográficas (idade em anos completos, cor da pele observada, se viviam com companheiro), socioeconômicas (escolaridade materna em anos completos, renda familiar e trabalho materno remunerado), assistência à gestação e ao parto (número de consultas de pré-natal realizadas, mês de início das consultas de pré-natal, realização de pré-natal com o mesmo médico e ou no setor público ou privado, e tipo de parto) e vida reprodutiva (paridade - número de filhos tidos vivos e mortos).

Os questionários aplicados foram codificados pelas próprias entrevistadoras ao final de cada dia de trabalho e entregues na sede do projeto onde eram revisados, digitados e analisados em blocos de, no máximo, 100 questionários quanto à presença de valores inesperados. Neste caso, o questionário físico era buscado e eventuais distorções corrigidas. Persistindo a dúvida, a puérpera era contactada por telefone ou visita domiciliar. Em seguida, foram colocados rótulos e realizada categorização de variáveis bem como criadas variáveis derivadas. Esta entrada de dados foi feita utilizando-se o programa Epidata 3.1<sup>13</sup>, enquanto a análise dos dados foi realizada no programa Stata 11.2.<sup>14</sup>

A análise dos dados baseou-se em modelo hierárquico previamente definido com três níveis de determinação causal<sup>15</sup>. No primeiro deles, foram incluídas as variáveis idade, cor da pele observada, estado civil, escolaridade materna, renda familiar e trabalho remunerado; no segundo, as variáveis número de consultas de pré-natal realizadas, trimestre de início do pré-natal, local de realização do pré-natal, se realizou todo pré-natal com o mesmo médico e tipo de parto; enquanto, no último nível, entraram paridade e ocorrência prévia de natimorto. O nível de significância estatística empregado foi de 95% para testes bicaudais<sup>16</sup>.

As prevalências foram obtidas por meio de listagem de frequências e o teste qui-quadrado ( $X^2$ ) de Pearson foi utilizado para comparar proporções. A medida de efeito, no caso a razão de prevalências, foi obtida por meio da regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta<sup>17</sup>.

O controle de qualidade constou de repetição de 5% de parte das entrevistas, sendo isto feito na maioria das vezes por telefone ou através de visita domiciliar. O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Às mães foi garantida a confidencialidade quanto aos dados coletados, participação voluntária e possibilidade de deixar o estudo quando desejasse, sem necessidade de justificativa.

## Resultados

Em 2010 houve 2464 nascimentos, cujas mães residiam no município de Rio Grande. Destas, 2395 (97,2%) foram entrevistadas.

A Tabela 1 mostra que cerca de 20% delas eram adolescentes (< 20 anos); 70% eram de cor da pele branca, 83% viviam com companheiro,

55% possuíam nove anos ou mais de escolaridade, 49% renda familiar superior a 2 salários mínimos mensais (SMM) e 57% exerceram trabalho remunerado durante esta gestação. Cerca de 80% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, iniciaram estas consultas ainda no primeiro trimestre de gravidez e consultaram sempre com o mesmo médico; 55% fizeram pré-natal no serviço público, 57% tiveram parto por cesariana, 44% eram primigestas, 3% já tiveram pelo menos um filho morto e 20,5% (IC95%: 18,4%-21,6%) disseram ter a intenção de colocar o filho recém-nascido para dormir de barriga para cima (posição supina).

A Tabela 2 mostra que a prevalência de intenção em colocar o bebê para dormir de barriga para cima variou de 11% para mães com três ou mais filhos a 35% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade ou renda familiar  $\geq 5$  SMM. Na análise ajustada, a intenção de colocar o bebê para dormir nesta posição mostrou que quanto menor a idade, maior a probabilidade de a mãe colocar o bebê para dormir nesta posição. A RP para mães com 30 anos ou mais foi 0,68 (IC95%: 0,52-0,88), em relação às mães adolescentes (< 20 anos), que constituíram a categoria basal. As RP foram de 1,99 (IC95%: 1,30-3,07), para mães com 12 anos ou mais de escolaridade, e de 2,06 (IC95%: 1,49-2,84), para mães com renda familiar  $\geq 5$  SMM, em relação àquelas com escolaridade entre 0 e 4 anos e renda familiar < 1 SMM, respectivamente. Mães que realizaram pré-natal com médico particular mostraram RP = 1,44 (IC95%: 1,13-1,85), em relação a mães que realizaram pré-natal nas unidades básicas de saúde, para colocar o bebê para dormir de barriga para cima, enquanto que a RP para mães com três ou mais filhos foi de 0,56 (IC95%: 0,40-0,79) em relação às primíparas (categoria basal).

## Discussão

Um quinto das mães mostrou intenção de colocar o filho para dormir de barriga para cima, a posição correta. A análise ajustada mostrou que os fatores associados a esta decisão foram idade e escolaridade materna, renda familiar, local de realização das consultas de pré-natal e número de filhos tidos (paridade).

Vinte por cento das mães entrevistadas manifestaram a intenção de colocar o recém-nascido para dormir de barriga para cima. Não se encontrou em qualquer outro lugar um único estudo de base populacional avaliando a intenção

**Tabela 1.** Distribuição das mães de acordo com algumas características e opinião sobre a posição do bebê dormir. Rio Grande, RS, 2010. (n = 2395)

Característica	Total
Idade da mãe (anos completos)	
Menos de 20	18,6%
20 a 24	26,8%
25 a 29	25,8%
30 ou mais	28,8%
Média (desvio padrão)	25,9 (6,4)
Cor da pele (observada)	
Branca	69,5%
Parda	20,6%
Preta	9,9%
Vive junto com o companheiro	83,2%
Escolaridade (anos completos)	
0 a 4	8,0%
5 a 8	37,2%
9 a 11	44,5%
12 ou mais	10,3%
Média (desvio padrão)	9,0 (3,2)
Renda familiar (em salários mínimos mensais)	
Menos de 1	17,6%
1 a 1,9	33,5%
2 a 3,9	31,3%
4 ou mais	17,6%
Média (desvio padrão) em salários mínimos	3,26 (8,5)
Trabalho remunerado durante a gestação	57,2%
Número de consultas pré-natal realizadas	
0 a 5	20,0%
6 ou mais	80,0%
Iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	78,3%
Realizaram todo o pré-natal com o mesmo médico	78,9%
Local de realização das consultas de pré-natal	
Posto de saúde	33,5%
Ambulatório público	24,3%
Convênio/médico particular	42,1%
Tipo de parto	
Vaginal	43,4%
Cesariana	56,6%
Número de filhos tidos	
Nenhum	43,9%
1 ou 2	36,9%
3 ou mais	19,2%
Já tiveram algum filho nascido morto	3,5%
Mães que têm intenção de colocar o bebê para dormir de barriga para cima (posição supina)	20,5%
Total	100,0% (n = 2395)

das mães em colocar o recém-nascido para dormir nesta posição. Isto pode ter ocorrido em virtude de, nos países desenvolvidos, dormir nesta posição ser uma prática comum e de, nos demais países, a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) não ser uma importante causa de óbito.

No caso do Brasil, no qual a mortalidade infantil vem caindo drasticamente nas últimas décadas, é possível supor que dentro de pouco tempo a SMSL venha a se constituir em uma importante causa de morte. Prova disso é que recentemente, por iniciativa da Pastoral da Criança e com

**Tabela 2.** Análises bruta e ajustada para intenção da mãe em colocar o bebê para dormir de barriga para cima. Rio Grande, RS, 2010.

Nível	Variável	Intenção de colocar o bebê para dormir de barriga para cima	Análise (razão de prevalência e IC95%)	
			Bruta	Ajustada
I	Idade de mãe (anos completos)		P = 0,985	P = 0,022
	Menos de 20	20,7%	1,00	1,00
	20 a 24	19,8%	0,96 (0,75-1,21)	0,78 (0,61-1,00)
	25 a 29	19,9%	0,96 (0,75-1,22)	0,71 (0,55-0,91)
	30 ou mais	20,0%	0,97 (0,76-1,23)	0,68 (0,52-0,88)
	Cor da pele (observada)		P = 0,019	P = 0,172
	Branca	21,4%	1,00	1,00
	Parda/mulata	18,4%	0,86 (0,70-1,06)	0,95 (0,78-1,17)
	Preta	13,9%	0,65 (0,46-0,90)	0,73 (0,53-1,01)
	Vive junto com o companheiro		P = 0,810	P = 0,605
	Sim	20,1%	1,00	1,00
	Não	19,6%	1,03 (0,83-1,27)	0,94 (0,76-1,17)
	Escolaridade (anos completos)		P = 0,000	P = 0,000
	0 a 4	12,6%	1,00	1,00
	5 a 8	14,7%	1,17 (0,78-1,76)	1,08 (0,72-1,62)
	9 a 11	22,4%	1,78 (1,21-2,64)	1,55 (1,05-2,30)
	12 ou mais	34,7%	2,76 (1,83-4,16)	1,99 (1,30-3,07)
	Renda familiar (salários mínimos)		P = 0,000	P = 0,000
	Menos de 1	13,8%	1,00	1,00
	1 a 1,9	16,5%	1,24 (0,93-1,66)	1,23 (0,92-1,65)
	2 a 2,9	20,1%	1,51 (1,12-2,05)	1,38 (1,01-1,88)
3 a 4,9	23,2%	1,75 (1,30-2,36)	1,50 (1,10-2,05)	
5 ou mais	34,8%	2,61 (1,96-3,49)	2,06 (1,49-2,84)	
Trabalho remunerado durante gestação		P = 0,000	P = 0,367	
Sim	17,65%	1,00	1,00	
Não	23,24%	1,32 (1,12-1,54)	1,08 (0,91-1,29)	
Número de consultas pré-natal realizadas		P = 0,003	P = 0,591	
0 a 5	21,6%	1,00	1,00	
6 ou mais	15,0%	1,43 (1,13-1,82)	1,09 (0,80-1,47)	
Iniciou o pré-natal no primeiro trimestre		P = 0,001	P = 0,220	
Sim	21,9%	1,51 (1,19-1,90)	1,19 (0,90-1,56)	
Não	14,5%	1,00	1,00	
II	Local de realização da maioria das consultas de pré-natal		P = 0,000	P = 0,000
	Posto de Saúde	14,1%	1,00	1,00
	Ambulatório público	18,7%	1,33 (1,03-1,70)	1,30 (1,01-1,68)
	Convênio/Médico particular	26,1%	1,86 (1,51-2,28)	1,44 (1,13-1,85)
	Realizou todo pré-natal com o mesmo médico		P = 0,110	P = 0,735
	Sim	21,0%	0,84 (0,68-1,04)	0,96 (0,78-1,19)
	Não	17,6%	1,00	1,00
	Tipo de parto		P = 0,118	P = 0,247
	Vaginal	18,6%	1,00	1,00
	Cesariana	21,2%	1,14 (0,98-1,34)	0,90 (0,75-1,08)
III	Número de filhos tidos		P = 0,000	P = 0,000
	Nenhum	25,6%	1,00	1,00
	1 ou 2	18,0%	0,70 (0,59-0,84)	0,76 (0,63-0,93)
	3 ou mais	11,3%	0,44 (0,33-0,58)	0,56 (0,40-0,79)
	Tiveram filho nascido morto		P = 0,134	P = 0,718
	Sim	13,2%	0,65 (0,37-1,14)	0,90 (0,53-1,55)
Não	20,3%	1,00	1,00	

apoio de várias outras instituições, foi veiculada em nível nacional a campanha “Dormir de Barriga para Cima” recomendando às mães colocar o bebê para dormir nesta posição.

O achado de que uma em cada cinco mães mostrou intenção de colocar o bebê para dormir de barriga para cima sugere o potencial de crescimento desta campanha. Neste sentido, vale destacar que dormir nesta posição reduz a ocorrência de óbito entre lactentes, sobretudo entre o segundo e o quarto mês de idade. A adoção da campanha “Back to Sleep” a partir de 1991 reduziu à metade a taxa por morte súbita na infância nos Estados Unidos, Austrália e na Inglaterra. Isto fez com que o coeficiente de mortalidade pós-neonatal nestes países fosse reduzido de 2/1000 para 1/1000 nascidos vivos, embora o seu mecanismo não seja ainda bem conhecido<sup>2,11</sup>.

A razão de prevalências para mães com 30 anos ou mais de idade quanto à intenção de colocar o bebê para dormir de barriga para cima em relação às mães adolescentes foi de 0,68 (IC95%: 0,52-0,88). Isto significa dizer que essas mães têm probabilidade 32% menor de colocar o filho para dormir nesta posição em relação àquelas de menor idade. É possível que esta pouca disposição ou até mesmo resistência das mães mais velhas à esta recomendação seja decorrente de experiência prévia favorável, já que a SMSL é um evento muito pouco frequente, quase raro e que, além disso, apresenta enorme dificuldade diagnóstica<sup>2,3</sup>.

É interessante destacar também que, ao se estudar a morte súbita como desfecho, a maior idade das mães, mesmo após controle para diversos fatores de confusão, aparece como fator de proteção, enquanto a menor idade surge como fator de risco<sup>6,7,11</sup>. Isto sugere que esta mãe jovem não tem tanta autonomia e que, no dia-a-dia, podem estar sofrendo influência da sua mãe, ou seja, da avó da criança. Isto, no entanto, merece investigação mais detalhada.

A RP para intenção de colocar o bebê para dormir na posição supina foi significativamente maior entre mães de maior renda familiar e escolaridade em relação àquelas de pior nível socioeconômico. O risco de morrer por SMSL é substancialmente maior entre famílias mais pobres<sup>3,6,7,10,11</sup>. Maior nível de escolaridade materna e renda familiar conferem maior conhecimento, segurança e independência à mãe, e isto pode se refletir na intenção de colocar o bebê para dormir na posição supina. Entre os mais pobres, a adoção desta posição depende de incentivo cons-

tante por parte dos profissionais de saúde, o que não é uma prática rotineira<sup>18</sup>.

Mães que realizaram a maioria das consultas com médicos particulares ou conveniados mostraram-se muito mais propensas a colocar o filho para dormir em decúbito dorsal em relação àquelas atendidas nas unidades básicas de saúde (UBS). No caso das mães de pior nível socioeconômico atendidas, em geral, nas UBS, há maior resistência à adoção do decúbito dorsal como a posição mais segura para o seu filho dormir<sup>18,19</sup>. É bem possível que esta maior predisposição em colocar o bebê para dormir de barriga para cima decorra do melhor nível de escolaridade das mães atendidas nos consultórios particulares. Neste sentido, há que ressaltar que os novos conhecimentos e tecnologias chegam primeiro àquelas de menor risco para, somente depois, alcançar os mais pobres<sup>20</sup>. Isto, no entanto, precisa ser mais bem investigado.

Quanto maior a paridade, menor a RP para intenção de a mãe colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal. Não se encontrou literatura que tratasse deste assunto, quer seja para justificar ou desabonar este achado. É certo que, quanto maior a idade, em geral, maior a paridade e, portanto, maior a experiência. Esta experiência, geralmente exitosa, porque a SMSL é de ocorrência rara, pode, em princípio, ser responsável pela resistência em colocar o recém-nascido para dormir de barriga para cima.

Há evidências suficientes de que dormir em decúbito dorsal reduz a ocorrência de morte súbita do lactente<sup>2,11</sup>. Dai a recomendação para os profissionais de saúde repassarem, insistirem, incentivarem as mães a colocar o recém-nascido para dormir nesta posição. Isto porque se trata de uma medida simples, de baixo custo e de fácil aplicação e com resultado comprovadamente eficaz.

Por fim, evidencia-se a necessidade de mais estudos sobre este tema no Brasil. Estes estudos deveriam incluir desde o conhecimento dos profissionais de saúde e das mães até a avaliação do impacto desta intervenção sobre a mortalidade infantil, passando pela interferência das avós sobre esta prática e na resistência dos médicos em recomendar a adoção desta posição como a mais segura para o bebê dormir. A síndrome da morte súbita na infância deverá, dentro em breve, responder por cerca de 20% de todos os óbitos infantis no país. Dai a importância em tratar este tema de forma mais aprofundada e com a maior brevidade possível.

## Colaboradores

JA Cesar delineou o estudo, coordenou a coleta de dados, foi o responsável pela análise de dados e redação final do artigo. JD Acevedo contribuiu com a análise e redação final do artigo. CR Kaczan, JCP Venzo, LR Costa e LCM Silva prepararam o banco de dados, realizaram análise preliminar e participaram da análise e redação final do artigo. NA Neumann participou do delineamento do estudo, da análise de dados e da redação final do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final apresentada à RC&SC.

## Referências

1. American Academy of Pediatrics. Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000; 105(3 Pt 1):650-656.
2. Dwyer T, Ponsonby AL. Sudden infant death Syndrome and prone sleeping position. *Ann Epidemiol* 2009; 19(4):245-249.
3. Pinho APS, Nunes ML. Epidemiological profile and strategies for diagnosing SIDS in a developing country. *J Pediatr* 2011; 87(2):115-122.
4. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Teixeira AMB, Ashworth A. Infant mortality in Southern Brazil: A population based study of causes of death. *Arch Dis Child* 1987; 62(5):487-490.
5. Peres LC. Sudden unexpected infant death syndrome in Ribeirão Preto, Brazil. *Rev Paulista Med* 1998; 116(5):1803-1807.
6. Geib LT, Nunes ML. The incidence of sudden death syndrome in a cohort of infants. *J Pediatr* 2006; 82(1):21-26.
7. Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, Berry PJ, Rudd PT, Stewart A, Hall E. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. *BMJ* 1990; 301(6743):85-89.
8. Dwyer T, Ponsonby AL, Newmann NM, Gibbons LE. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet* 1991; 337(8752):1244-1247.
9. Pinho APS, Aerts D, Nunes ML. Fatores de risco para síndrome da morte súbita do lactente em um país em desenvolvimento. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):396-401.
10. Fleming P, Blair OS. Sudden infant death syndrome. *Sleep Med Clin* 2007; 2:463-476.
11. Nunes ML, Martins MP, Nelson EA, Cowan S, Caferata ML, Costa JC. Orientações adotadas nas maternidades dos hospitais-escola do Brasil sobre posição de dormir. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):883-886.
12. Silva IS. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1999.
13. Lauritsen JM, editor. *EpiData Data Entry, Data Management and basic Statistical Analysis System*. Odense: EpiData Association; 2000-2008.
14. StataCorp. *Stata statistical software: release 11.2*. College Station: Stata Corporation; 2011.
15. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential Medical Statistics*. Oxford: Blackwell; 2003.
16. Victora CG, Huttly SH, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-227.
17. Hirakata VN. Estudos transversais e longitudinais com desfechos binários: qual a melhor medida de efeito a ser utilizada? *Rev HCPA* 2009; 29(2):174-176.
18. Robida D, Moon RY. Factors influencing infant sleep position: decisions do not differ by SES in African-American families. *Arch Dis Child* 2012; 97(10):900-905.

19. Chung-Park MS. Knowledge, opinions, and practices of infant sleep position among parents. *Mil Med* 2012; 177(2):235-239.
20. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 2000; 356(9235):1093-1098.

---

Artigo apresentado em 06/10/2015  
Aprovado em 14/01/2016  
Versão final apresentada em 16/01/2016