



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

NATÁLIA POLETTI RODIGHERO

**ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PASSO FUNDO – RS
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

PASSO FUNDO, RS

2018

NATÁLIA POLETTI RODIGHERO

**ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PASSO FUNDO – RS
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul, apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em medicina.

Orientadora: Prof^a Giani Cioccarì

Co-Orientadora: Prof^a Dra. Ivana Loraine Lindemann

PASSO FUNDO, RS

2018

Rodighero, Natália Poletti
ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PASSO
FUNDO (RS) NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA / Natália
Poletti Rodighero. -- 2018.
66 f.

Orientador: Giani Cioccarì.
Co-orientador: Dra. Ivana Loraine Lindemann.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Medicina, Passo Fundo, RS , 2018.

1. Aleitamento materno. 2. Lactação. 3. Estudos
transversais. I. Cioccarì, Giani, orient. II. Lindemann,
Ivana Loraine, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

NATÁLIA POLETTI RODIGHERO

**ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PASSO FUNDO – RS
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito para a obtenção de grau de bacharel em medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof. Giani Cioccarì.

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ivana Loraine Lindemann

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido em: 23 /11 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Giani Cioccarì

Prof. Dra. Wania Cechin

Prof. Msc. Silvane Nenê Portela

Prof. Dr. Leandro Meirelles Nunes

Ao Augusto, cujas palavras me faltam para
descrever a importância em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais e ao meu irmão, por toda confiança e apoio recebidos ao longo da vida e, principalmente, dos quase seis anos de faculdade.

Agradeço ao Augusto, meu namorado, por ser meu maior incentivador e me tornar uma pessoa melhor a cada dia com seu amor, cuidado e atenção.

Agradeço à minha orientadora e inspiração, Giani, pelo suporte e pelo seu conhecimento, que tanto me motiva a seguir na pediatria.

Agradeço à minha co-orientadora e amiga, Ivana, por todo o tempo dedicado para que esse TCC fosse executado da melhor forma.

Agradeço aos meus amigos Andressa e Rafael por terem me auxiliado na execução deste projeto.

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Quando a alma não é pequena
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor
Deus ao mar o perigo e o abismo deu
Mas nele é que espelhou o céu.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Este volume de trabalho de conclusão de curso é composto de projeto de pesquisa, relatório de pesquisa, artigo científico, apêndices e anexos, de acordo com o Manual de Trabalhos acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul. O trabalho a seguir foi orientado pela professora Giani Ciocari e co-orientado pela professora Ivana Loraine Lindemann e foi realizado de agosto de 2017 a novembro de 2018, como método avaliativo das disciplinas de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I e TCC II, realizadas no nono e no décimo primeiro semestre de faculdade, sendo que na primeira o projeto de pesquisa foi realizado e, após aprovação do CEP (Anexo 1), executada a coleta de dados nos dois hospitais da cidade de Passo Fundo – RS, que possuem maternidade.

Durante o TCC II foi realizada a tabulação dos dados coletados e a sua análise, resultando em artigo científico que está incluso neste volume, em que é possível avaliar a adesão ao aleitamento materno exclusivo em Passo Fundo e quais os fatores que se correlacionam com o tempo de aleitamento, bem como as principais razões citadas pelas mães para a interrupção do aleitamento materno exclusivo. O artigo resultante desta pesquisa foi realizado seguindo os moldes do Jornal de Pediatria, pertencente à Sociedade Brasileira de Pediatria (Anexo 2).

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Lactação. Estudos transversais

ABSTRACT

This tome of undergraduate thesis is composed of the research project, research account, article, appendices and annex, according to Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul. The following research was mented by the teachers Giani Ciocari and Ivana Loraine Lindemann and was made between august 2017 to November 2018, as the method of evaluation of Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I and TCC II. In the first subject, the research project was created, and after the approval on the ethics committee, the datas were collected in the two hospitals of the city where there are maternities.

Through TCC II the tabulation and analysis of the datas were made, resulting in an article that is included in this tome, where it is possible to evaluate the adherence to exclusive breastfeeding (EB) in Passo Fundo and the factors that correlate with the time of breastfeeding, as the main reasons cited for the interruption of EB. The resulting article was made following the norms of *Jornal de Pediatria*, belonging to Sociedade Brasileira de Pediatria, which valid norms are Vancouver.

Keywords: Breastfeeding. Lactation. Cross-sectional Studies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 PROJETO DE PESQUISA.....	12
2.1.1. Resumo	12
2.1.2. Tema.....	12
2.1.3. Problema.....	12
2.1.4. Hipóteses.....	13
2.1.5. Objetivos.....	13
2.1.5.1. Objetivo geral	13
2.1.5.2. Objetivo específico	13
2.1.6. Justificativa	13
2.1.7. Referencial teórico	14
2.1.8. Metodologia.....	19
2.1.8.1. Tipo de estudo.....	19
2.1.8.2. Local e período de realização	19
2.1.8.3. População e amostragem	19
2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados	19
2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	21
2.1.8.6. Aspectos éticos	21
2.1.9. Recursos.....	22
2.1.10. Cronograma	23
2.1.11. Referências	24
2.1.12. Apêndices.....	27
Apêndice A - Questionário	27
Apêndice B - Termo de Compromisso de Uso de Dados de Arquivo	28
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	29
2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA	30
2.2.1. Apresentação	30
2.2.2. Desenvolvimento	30
2.2.2.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores	30
2.2.2.2. Logística da coleta de dados.....	30
2.2.2.3. Período da coleta de dados	30
2.2.2.4. Perdas e recusas	31

2.2.2.5. Controle de qualidade dos dados	31
2.2.3. Considerações finais	31
3. ARTIGO CIENTÍFICO	32
4. ANEXOS.....	52
Anexo 1 - Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética Em Pesquisa.....	52
Anexo 2 – Instruções Aos Autores Jornal De Pediatria.....	55

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é capaz de prover para o lactente todas as suas necessidades a fim de que seu desenvolvimento ocorra da melhor forma possível. O aleitamento materno exclusivo (AME) já está consolidado na literatura como a melhor forma de nutrição de um recém-nascido nos seus primeiros seis meses de vida e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser estimulado como a forma preferencial de alimentação neste período, assim como fazer parte da alimentação da criança até, no mínimo, os dois anos (WHO, 2008). Ainda que haja um consenso quanto a suas vantagens e a sua preferência, os dados mostram que as taxas de AME deixam a desejar, tanto no Brasil quanto em outros países.

Apesar de ser visível um avanço no que tange às políticas públicas para o estímulo ao AM, muitas mães acabam não recebendo a correta instrução e abandonam o AME por desconhecimento da sua importância ou por falta de apoio (FIGUEIREDO *et al*, 2015). Quando o AME não é incentivado e realizado nos 6 primeiros meses de vida, nem a amamentação complementar estimulada até o segundo ano da criança, consequências a curto e longo prazo podem ser observadas, tanto para o lactente quanto para a mãe (HORTA; VICTORA, 2013a) (HORTA; VICTORA, 2013b).

Mesmo com a importância do AME para o binômio mãe-criança bem estabelecida, durante a pesquisa bibliográfica para a realização deste estudo, notou-se que a região norte do Rio Grande do Sul não apresenta dados quanto a prevalência de AME entre os recém-nascidos, durante os primeiros seis meses de vida. Desta forma, a decisão de obter dados epidemiológicos quanto ao tema se justifica pela importância da temática e pela possibilidade de, a partir dos dados obtidos, nortear políticas públicas para mudar a realidade local.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

O AME já está consolidado na literatura como a melhor forma de nutrição de um recém-nascido nos seus primeiros seis meses de vida e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser estimulado como a forma preferencial de alimentação sempre que possível, assim como fazer parte da complementação alimentar da criança até os dois anos. No Brasil, diversos estudos vêm analisando a prevalência de AME em diversos cenários, com a finalidade de criar um panorama local e traçar novos objetivos para atingir a meta mundial, que é de alcançar um mínimo de 50% de AME nos primeiros seis meses de vida até 2025. Este trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de AME na cidade de Passo Fundo, RS, e os principais fatores correlacionados com o tempo de AME. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico que será realizado no período de janeiro a dezembro de 2018, no Hospital da Cidade e no Hospital São Vicente de Paulo. Serão convidados, consecutivamente a participar do estudo todos os binômios mãe-lactente que completem 6 meses de vida em abril de 2018 até o preenchimento do número da amostra. Os dados referentes aos primeiros seis meses do binômio serão coletados por contato telefônico, por meio dos dados coletados na maternidade dos hospitais onde o estudo será realizado. A partir dele, espera-se conhecer a prevalência de AME em Passo Fundo, RS.

2.1.2. Tema

Prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) e seus determinantes na cidade de Passo Fundo.

2.1.3. Problema

Qual a prevalência de aleitamento materno exclusivo na cidade de Passo Fundo?

2.1.4. Hipóteses

A cidade de Passo Fundo não atinge a meta preconizada pela OMS de aleitamento materno exclusivo (AME), que é 100% das crianças em AME nos primeiros 180 dias de vida e, tampouco atinge o objetivo global da OMS para 2025, que é de ao menos 50% de crianças sendo amamentadas exclusivamente nos primeiros 180 dias de vida.

Os principais fatores citados como motivadores da desistência são a necessidade de retorno ao trabalho, a falta de leite e a recomendação médica.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1. Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de aleitamento materno exclusivo em Passo Fundo, RS.

2.1.5.2. Objetivo Específico

Descrever os principais fatores relatados como causa da desistência do AME.

Criar subsídio epidemiológico para analisar a necessidade de implementação de políticas públicas que estimulem o aleitamento materno exclusivo.

2.1.6. Justificativa

Desde 1990 a OMS e todos os órgãos de saúde preconizam que o aleitamento materno seja exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. Apesar dos quase trinta anos de informação, em geral, as taxas seguem bastante aquém do desejado, inclusive nos dados referentes ao Brasil. Os prejuízos deste *déficit* no tempo de AME no recém-nascido ocorrem a longo e curto prazo e, com a evolução científica, descobriu-se que a mãe também apresenta vantagens ao amamentar seu filho.

A possibilidade de reconhecer a prevalência local, que até então não apresenta dados, analisar as principais motivações para a desistência do AME e, a partir disto, comprovar a necessidade de políticas públicas locais que busquem a mudança desta realidade, justificam a realização deste estudo.

2.1.7. Referencial Teórico

Não é novidade que a amamentação seja a melhor forma de nutrir uma criança, principalmente durante seus primeiros anos de vida. Com base nas evidências científicas, a OMS preconiza que a amamentação exclusiva seja a forma de nutrição nos primeiros seis meses e que, após, seja utilizada como forma de alimentação complementar, pelo menos até os dois anos de vida (WHO, 2007).

Durante toda a gestação, a mulher passa por diversas alterações fisiológicas que permitem que, ao final das 40 semanas, esteja apta para amamentar. O aumento de estrogênio devido a secreção placentária induz o crescimento e a ramificação dos ductos das mamas, ao mesmo tempo em que o estroma aumenta de quantidade. Ademais, a progesterona age causando o crescimento adicional dos lóbulos mamários e a multiplicação dos alvéolos e desenvolvimento das características secretórias (GUYTON; HALL, 2011).

A prolactina, secretada pela hipófise anterior desde a quinta semana de gestação, é responsável por promover a secreção do leite, no entanto, os altos níveis de estrogênio e progesterona impedem que ele seja secretado durante a fase gestacional. Esta é a explicação para que durante os primeiros dias após o parto a mulher produza apenas um leite com aspecto mais claro, denominado colostro, pois leva alguns dias para que a queda súbita de estrogênio e progesterona interfira na produção de leite, permitindo assim a lactação (GUYTON; HALL, 2011.)

É relevante citar que, após o parto, os níveis de prolactina retornam aos valores basais não-gravídicos, no entanto, a cada estímulo que ocorre durante a mamada, ocorre um pico de 10-20 vezes da secreção, mantendo a secreção de leite para as próximas mamadas. Caso este estímulo não ocorra, a mama torna-se incapaz de produzir leite em cerca de uma semana (GUYTON; HALL, 2011).

Já no que tange à chamada “descida do leite”, pode-se dizer que ela decorre basicamente da função do hormônio hipofisário posterior denominado ocitocina. O processo de sugar leva cerca de 30 segundos para se tornar efetivo pois, inicialmente, é necessário que impulsos sensoriais sejam emitidos e levem à secreção da ocitocina que, ao chegar na mama, causa a contração das células que circundam o alvéolo, transportando assim o leite para os ductos (GUYTON; HALL, 2011).

Como é possível observar acima, diversas redes fisiológicas precisam estar entrelaçadas e em perfeita harmonia para que a amamentação ocorra de forma natural. Inúmeros fatores podem influenciar na secreção da ocitocina, que pode ser facilitada ou bloqueada, dependendo

do estímulo recebido. Atualmente, sabe-se que o aumento de adrenalina bloqueia a secreção do hormônio, o que explica porque em situações de ansiedade, estresse e desconforto muitas mulheres apresentam dificuldades para amamentar. Por outro lado, quando a mulher está confortável, em um local tranquilo, junto de pessoas próximas, a secreção da ocitocina pela hipófise posterior ocorre com facilidade, permitindo o aleitamento eficaz (HOFFMANN *et al* 2014).

Em revisão sistemática realizada por McQueen e Dennis (2009), os resultados encontrados foram sugestivos de que mulheres no puerpério, que apresentam sintomas depressivos, possuem risco elevado para menor tempo de amamentação e menor duração de aleitamento materno exclusivo, corroborando com a ideia de que o psicológico da mulher é um dos principais influenciadores no sucesso – ou fracasso – da amamentação.

Como citado anteriormente, desde 1990 a OMS já orienta aos profissionais que o aleitamento materno exclusivo seja o objetivo nos primeiros meses da criança, sendo que desde 2001 a orientação é de AME até o sexto mês. No entanto, algo que ainda gera confusão é a definição deste termo. O AME significa que a criança, em seus primeiros 180 dias, deverá receber apenas leite materno, sem a inclusão de água, chás, sucos, outros tipos de leite ou alimentos, com exceção de medicamentos, quando necessário (WHO, 2008).

As razões que justificam esta orientação são incontestáveis e podem ser divididas em vantagens a curto e longo prazo. As principais vantagens a curto prazo versam a respeito da morbimortalidade por doenças infecciosas do trato gastrointestinal e do trato respiratório. Apesar de todos os avanços da medicina, a diarreia segue compondo a lista das principais causas de morte em crianças abaixo de cinco anos, especialmente em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. O papel da amamentação como fator protetor contra eventos diarreicos surge de diversas explicações, como o menor contato com microorganismos quando comparado com o contato com a mamadeira, além da presença de fatores antimicrobianos e imunológicos no leite materno (LAMBERTI *et al*, 2011).

Lamberti e col. (2011), em revisão sistemática realizada concluíram que o risco relativo de mortalidade por diarreia em crianças não amamentadas até os seis meses é 10,5 vezes maior e, entre 6-23 meses, 2,15 vezes maior. Horta e Victora (2013b) em revisão sistemática sobre a importância do aleitamento materno a curto prazo chegaram ao valor de 80-90% de proteção do aleitamento para internação e mortalidade por diarreia e de 50% para morbidade. Ainda, o estudo mostra que a consistência dos achados epidemiológicos quanto à proteção do aleitamento materno contra diarreia é uma das mais intensas da literatura, equivalente à relação entre tabagismo e câncer de pulmão.

No que tange aos benefícios contra infecções respiratórias, que seguem sendo a principal causa de morte em crianças abaixo de cinco anos, o leite materno apresenta o benefício de possuir agentes imunológicos capazes de defender o organismo do recém-nascido de possíveis infecções, além de garantir um melhor estado nutricional, o que também protege de infecções (HORTA; VICTORA, 2013b).

Horta e Victora (2013b) em sua revisão sistemática também encontraram que o risco de internação por infecções respiratórias é 57% menor em crianças amamentadas. Ainda, viu-se que os valores seguem sendo os mesmos, independentemente da faixa etária avaliada – abaixo de seis meses ou acima de 12 meses, ao contrário do que se via na diarreia, em que a proteção era mais pronunciada nos primeiros seis meses de vida.

Quanto aos benefícios da amamentação em longo prazo, em outra revisão sistemática realizada por Horta e Victora (2013a), os seguintes resultados foram encontrados: redução de cerca de 10% no risco de obesidade na vida adulta, modesta redução dos níveis sistólicos de pressão arterial e dos níveis totais de colesterol, proteção contra o desenvolvimento de diabetes melito tipo II e melhores resultados em teste de QI – mesmo quando ajustados possíveis fatores de confusão, como o QI dos pais.

A saúde materna também é afetada pelo ato de amamentar, principalmente em longo prazo. Ao analisar a prevalência de câncer de mama, observou-se que ela é maior em mulheres que nunca amamentaram. Em revisão sistemática realizada por Beral e col. (2002), viu-se que a cada ano de amamentação, a mulher reduz em 4% a sua chance de desenvolver câncer de mama. Pan e col. (2013) concluíram que quando a avaliação é feita em mulheres que possuem o gene mutante BRCA1, os resultados são ainda maiores, com redução de 37% do risco ao amamentar por, pelo menos, um ano.

Ainda, quando se fala em alterações metabólicas maternas, diversas são as influências da amamentação, como redução do risco de obesidade futura, o que também reduz os riscos de diabetes melito e dislipidemia (STUEBE *et al*, 2013), (BOBROW *et al*, 2013). As doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte no mundo, também possuem menor prevalência em mulheres que amamentam. Estudo realizado por Schwarz e col. (2009) encontrou uma propensão 28% menor de desenvolver doença cardiovascular entre mães que amamentaram entre 7-12 meses.

Além de estudos que comprovam os irrefutáveis benefícios da amamentação, nos últimos anos, alguns estudos tentaram estimar o prejuízo causado pelas atuais taxas de amamentação, tanto em mortes prematuras quanto em prejuízo econômico. Bartick e col. (2010) avaliaram os gastos anuais com as principais doenças infantis que possuem efeito protetor na

amamentação e compararam com o suposto gasto caso as taxas de crianças exclusivamente amamentadas nos primeiros seis meses atingissem 90%. O resultado foi uma possibilidade de economia de 13 bilhões de dólares anuais, além de 977 mortes a menos.

Bartick e col. (2013) analisaram as consequências financeiras e a mortalidade materna de acordo com os índices americanos de amamentação ao longo de um ano – que na época era de apenas 23%, comparando com um índice hipotético de 90% de mulheres amamentando por um ano. O estudo avaliou doenças como câncer de mama e de ovário, hipertensão, diabetes melito tipo II e infarto do miocárdio. O resultado foi um excesso de quase cinco mil casos de câncer de mama, mais de 50 mil casos de hipertensão e quase 15 mil casos de infarto do miocárdio, em comparação com uma coorte de mulheres que amamentaram seus bebês por no mínimo um ano. Os custos diretos são de 126 milhões e o custo para a sociedade decorrente de morte prematura ultrapassa os 14 bilhões.

As evidências trazidas até agora deixam clara a importância da amamentação para o recém-nascido, para a mãe e inclusive para os cofres públicos. Entretanto, apesar de tantas vantagens, os dados sobre a prevalência de aleitamento materno seguem muito aquém do preconizado, tanto no Brasil quanto a nível mundial. Mascarenhas, Albernaz, da Silva e da Silveira (2006) realizaram um estudo de coorte em Pelotas, cidade do sul do RS e, ao final de três meses, encontraram apenas 39% dos recém-nascidos ainda em aleitamento materno. Os fatores que apresentaram significativa associação com a interrupção da amamentação foram uso de chupeta, trabalho materno, renda familiar entre um e três salários mínimo e escolaridade paterna menor que 5 anos.

Um estudo realizado no Chile sobre quais os principais fatores que levam à interrupção da amamentação exclusiva até os seis meses, entrevistou cerca de 400 mulheres. Deste total, 55% das mulheres interromperam a amamentação antes de completar os seis meses e os principais motivos encontrados foram decisão materna, percepção de fome, fatores estéticos e doença da criança (NIÑO; SILVA; ATALAH, 2012).

Ao analisar países desenvolvidos, os resultados quanto a amamentação são mais elevados, no entanto, os níveis de aleitamento materno exclusivo seguem baixos. Na Noruega, por exemplo, quase 100% das mulheres iniciam a amamentação, entretanto, ao final de seis meses, menos de 10% seguem em aleitamento materno exclusivo. Dos países estudados, o que obteve o melhor resultado quanto ao AME foi o Canadá, com cerca de 30% das crianças ainda em AME nos seis meses de vida. Quando se avalia qualquer tipo de amamentação, os melhores dados ao final de seis meses ficaram com o Japão, onde mais de 70% das crianças ainda eram amamentadas e Nova Zelândia, com pouco mais de 60%. Já os piores resultados para qualquer

tipo de amamentação aos seis meses foram da Espanha, com apenas 10%, Grécia e Reino Unido com aproximadamente 15% (IBANEZ *et al*, 2012).

Em 1991, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram a iniciativa Hospital Amigo da Criança, com o objetivo de estimular e promover o aleitamento materno desde o ambiente intra-hospitalar. A ideia é baseada na instituição de políticas internas que promovam os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, dentre os quais vale citar a criação de uma norma escrita sobre amamentação, o treinamento de toda a equipe para implementar as normas, informar as gestantes sobre as vantagens do aleitamento materno, auxiliá-la a amamentar nos primeiros 30 minutos, não dar bicos artificiais ou chupetas para a criança, entre outros (WHO, 1989). No Brasil, o Ministério da Saúde aderiu à iniciativa em 1992 e, de acordo com lista veiculada no endereço eletrônico do Portal da Saúde Brasil, em 2016, 326 hospitais no país faziam parte e nenhum dos hospitais da cidade em questão constava na lista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Venancio, Saldiva, Escuder e Giugliani (2012) avaliaram a diferença entre o tempo de amamentação em crianças nascidas em hospitais não credenciados e hospitais credenciados à iniciativa hospital amigo da criança nos 27 estados do Brasil e Brasília. Ao todo, mais de 65 mil crianças foram incluídas na pesquisa e, os resultados mostraram que as nascidas nos hospitais credenciados apresentavam 13%, 8% e 6% mais chance de receberem AME aos dois, quatro e seis meses, respectivamente.

Em 2012, em Assembleia da OMS, definiu-se como meta global para 2025 elevar os índices de AME nos primeiros seis meses para no mínimo 50% (WHO, 2014). Durante a pesquisa dos hospitais participantes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, verificou-se a presença de 16 hospitais no estado do Rio Grande do Sul, no entanto, nenhum dos dois hospitais de Passo Fundo que apresentam maternidade, estavam inclusos. Os estudos acima citados mostram a necessidade de tornar real os índices preconizados pela OMS e um estudo de prevalência de AME é o primeiro passo para analisar as mudanças que precisam ser tomadas para atingir – ou ultrapassar – a meta global.

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional do tipo transversal descritivo e analítico.

2.1.8.2. Local e período de realização

O estudo será realizado de janeiro a novembro de 2018, nos dois hospitais da cidade de Passo Fundo que possuem maternidade, Hospital São Vicente de Paulo e Hospital da Cidade.

2.1.8.3. População e amostragem

A população do estudo será o binômio mãe-lactente, residentes em Passo Fundo. Serão incluídos consecutivamente e contatados por meio de ligação telefônica todas as mães cujos bebês completem seis meses a partir do dia 1º de abril de 2018 até que se complete o tamanho da amostra, a fim de questioná-las quanto ao aleitamento materno exclusivo. Os mesmos serão encontrados a partir da lista de nascidos vivos das maternidades dos hospitais participantes. Serão excluídos da amostra os binômios que apresentem problemas que contraindiquem a amamentação e quando a mãe não tiver condições de responder ao questionário.

O cálculo da amostra foi realizado de dois modos. O primeiro, para identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (estimada em 20%), admitindo-se uma margem de erro de 5 pontos percentuais, resultou em 246 participantes. O segundo, para identificar a associação entre aleitamento materno exclusivo e as diferentes variáveis independentes, tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 0,20/0,80, prevalência total do desfecho de 20%, prevalência esperada do desfecho em não expostos de 11,1% e razão de prevalência de 2. Assim, seriam necessários 632 participantes, que acrescido de 15% para fatores de confusão, totaliza uma amostra de 727 participantes.

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Os dados serão coletados por meio de entrevista telefônica que será realizada apenas pelos membros do projeto a partir do sexto mês de vida da criança, na qual os participantes

responderão a um questionário redigido (apêndice A) baseado nas variáveis dependentes e independentes que serão avaliadas e estão apresentadas na tabela a seguir.

Quadro 1. Variáveis do estudo

VARIÁVEIS DEPENDENTES			
NOME	DEFINIÇÃO	TIPO	ESCALA
Aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses	Lactente que, nos primeiros seis meses, não recebeu complemento, chá, água e/ou outros alimentos.	Categórica dicotômica nominal	Sim ou não
VARIÁVEIS INDEPENDENTES			
Doenças que impeçam amamentação	Doenças que impeçam amamentação	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Idade	Anos completos	Numérica discreta	Anos completos
Escolaridade	Escolaridade em anos completos com aprovação	Categórica ordinal politômica	0 até nº máximo
Renda	Renda familiar mensal <i>per capita</i>	Discreta contínua	0 até nº máximo
Número de filhos	Número de filhos	Categórica ordinal politômica	1 até nº máximo
Amamentação exclusiva dos outros filhos	Os outros filhos foram amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Tabagismo	Possui o hábito de fumar	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Trabalho com carteira assinada	Trabalha em algum local fixo	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Retorno ao trabalho antes de 6 meses	Retorno ao trabalho antes dos 6 meses	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Mês que retornou ao trabalho	Quantos meses após o parto retornou ao emprego	Categórica ordinal politômica	0 a 6
Orientação médica 1	Orientação à respeito da amamentação	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não

Orientação médica 2	Orientação à respeito da interrupção da amamentação antes dos 6 meses	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Uso de chupeta	Neonato fez uso de chupeta ao longo dos primeiros seis meses de vida	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Início do uso de chupeta	Com quantos meses o neonato iniciou o uso de chupeta	Categórica ordinal politômica	0 até 6
Orientação de outro profissional de saúde	Mãe recebeu orientação de outro profissional da saúde acerca do AME	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não
Número de consultas no pré-natal	Número de consultas no pré-natal	Categórica ordinal politômica	0 até nº máximo
Estímulo a amamentação na maternidade	Paciente estimulada a amamentar ainda em ambiente hospitalar	Categórica nominal dicotômica	Sim ou não

2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco a ser criado no programa Epidata v3.1 (distribuição livre) para posterior análise. A análise será realizada no PSPP (distribuição livre) estatística consistirá de distribuição de frequências absoluta e relativa das variáveis independentes, além da estimativa da prevalência do desfecho (IC 95%). A análise da associação entre as variáveis independentes e a variável dependente será verificada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, utilizando-se nível de significância estatística de 5%.

2.1.8.6. Aspectos éticos

Este estudo está em conformidade com a resolução 466/2012 que dispõe sobre a ética envolvendo pesquisa com seres humanos no Brasil. Assim, após ciência e concordância dos hospitais envolvidos, por meio da submissão ao Comitê de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital São Vicente de Paulo e à Coordenação de Ensino e Pesquisa do Hospital da Cidade, o protocolo de estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. Existem riscos inerentes a qualquer projeto de pesquisa que envolva a aplicação de questionários, como a possibilidade da divulgação acidental dos dados de algum participante.

Com a finalidade de minimizar tal risco, serão utilizados códigos para identificar os participantes, a fim de que nas fichas de questionário não constem dados. Caso, mesmo com o uso de códigos, ocorra a divulgação acidental dos dados de algum participante, o estudo será cancelado.

Os pesquisadores do projeto, por meio do Termo de Compromisso de Uso de Dados de Arquivo (Apêndice B), se comprometem a trabalhar da melhor forma possível a fim de manter o anonimato dos participantes, bem como utilizar seus dados exclusivamente para este estudo e respeitar a CNS 466/2012 e seus apêndices.

Ainda, o presente trabalho pode apresentar riscos emocionais, já que durante uma ligação a participante pode ficar sensibilizada por não ter conseguido amamentar seu filho, por exemplo. Caso isto ocorra, o entrevistador adotará postura de escuta, a fim de amenizar a emoção gerada, sendo que, em situações extremas, a entrevista será interrompida e a participante será encaminhada para atendimento no ambulatório de psiquiatria da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Riscos não previstos também podem ocorrer e, caso eles ocorram acima do nível aceitável, a atividade geradora do risco será cancelada. Como benefício, os resultados do trabalho, bem como orientações a respeito do aleitamento materno e suas vantagens serão enviados aos endereços eletrônicos das participantes e, ainda, divulgados na mídia local e na rede de saúde, visto que nem todas possuem e-mail.

Todas as participantes responderão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) que será gravado durante a ligação telefônica, momento em que a participante entenderá a importância do estudo, terá garantida a sua liberdade de negar a participação e também será orientada quanto aos riscos e benefícios e quanto a garantia da preservação de sua identidade.

2.1.9. Recursos

Quadro 2. Orçamento

Item	Unidade	Quantidade	Custo Unitário	Custo total
Folhas	Pacote com 100	1	R\$ 5,20	R\$ 5,20
Impressões	Impressões	100	R\$ 0,10	R\$ 10,00
Cartão de telefone	Cartão de telefone	4	R\$ 20,00	R\$ 80,00
Valor total				R\$ 95,20

Todos os recursos serão providos pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo.

2.1.11. Referências

BARTICK, M. C. *et al.* Cost Analysis of Maternal Disease Associated With Suboptimal Breastfeeding. **Obstetrics and Gynecology**, Washington, v. 122, n. 1, p. 111-119, 2013.

BARTICK, M. C.; REINHOLD, A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 125, n. 5, p. 1048-1056, 2010.

BERAL, V. *et al.* Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. **The Lancet**, Londres, v. 360, p. 187-195, 2002.

BOBROW, K. L. *et al.* Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. **International Journal of Obesity**, v. 37, p. 712-717, jul. 2013.

DENNIS, C.; MCQUEEN, K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: a Qualitative Review. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 123, n. 4, p. 736-751, 2009.

FIGUEIREDO, M. C. D. *et al.* Banco de leite humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 204-210, 2015.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1216 p.

HOFFMANN, B. L. *et al.* Ginecologia de Williams. 2 ed. São Paulo: AMGH, 2014. 1401 p.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Long-term effects of breastfeeding**: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013.

HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. **Short-term effects of breastfeeding**: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013.

IBANEZ, G. *et al.* Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, Paris, v. 60, n.4, p. 305-320, 2012.

LAMBERTI, L. M. *et al.* Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BMC Public Health**, Londres, v. 11, n. 3, p. 1-12, 2011.

MASCARENHAS, M. L. W. *et al.* Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first three months of life in the South of Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>>. Acesso em: 26 de novembro de 2018.

NIÑO M., R.; SILVA E., G.; ATALAH S., E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 83, n. 2, p. 161-169, mar./abr. 2012.

PAN, H. *et al.* Reproductive factors and breast cancer risk among BRCA1 or BRCA2 mutation carriers: Results from ten studies. **Cancer epidemiology**, v. 38, n. 1, p. 1-8, jul. 2013.

SCHWARZ, E. B. *et al.* Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease. **Obstetrics and Gynecology**, Washington, v. 113, n. 5, p. 974-982, 2009.

STUEBE, A. M. *et al.* Duration of Lactation and Maternal Metabolism at 3 Years Postpartum. **Journal Of Women's Health**, Richmond, v. 19, n. 5, p. 941-950, 2010.

VENANCIO, S. I. *et al.* The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v. 66, p. 914-918, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services**. Geneva: World Health Organization, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Nutrition Targets 2025: policy brief series. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149018/1/WHO_NMH_NHD_14.2_eng.pdf?ua=1>. Acesso em 08 set 2017.

2.1.12. Apêndices

APÊNDICE A - Questionário

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA NA CIDADE DE PASSO FUNDO, RS

Pesquisadora responsável: Giani Cioccare

Orientadora: Giani Cioccare

Contatos: 55 981141633 / gianicioccare@outlook.com

CAMPO DO ENTREVISTADOR

1. Nº do questionário: nques: _ _ _
3. Data da entrevista: data: _ _ / _ _ / _ _ _ _
-

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

3. Qual seu nome completo? _____
-

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO

4. Você ou seu bebê possuem alguma doença que impeça a amamentação? doença: _
5. Qual a sua idade? idade: _ _
6. Quantos filhos você tem? filho: _ _
7. Por quanto tempo seus outros filhos receberam apenas leite materno? tempo2: _
8. Estudou por quantos anos? escolar: _ _
9. Qual a sua renda? renda: _ _ _ _ _ _
10. Você tem hábito de fumar? fuma: _
11. Possui emprego fixo? emprego1: _
12. Se "sim" para questão anterior, retornou ao trabalho antes dos seis meses pós parto? emprego2: _
13. Se "sim" para a questão anterior, retornou ao trabalho em quantos meses? emprego3: _
14. Recebeu orientação médica quanto à amamentação? orient1: _
15. Recebeu orientação médica para interromper amamentação antes dos 6 meses? orient2: _
16. Você foi estimulada a amamentar seu filho ainda na maternidade? estim: _
17. Recebeu orientação de algum outro profissional da saúde quanto à amamentação? orient3: _
18. Seu filho usa chupeta? chupeta1: _
19. Se "sim" à questão anterior, desde quantos meses? chupeta2: _
20. Quantas consultas pré-natal você realizou? consult1: _ _
21. Por quanto tempo seu filho recebeu apenas leite materno (sem água, chás, sucos e outros leites)? tempo: _
22. Por que você parou o AME? razão: _
-

APÊNDICE B - Termo de compromisso de uso de dados de arquivo

Os pesquisadores do projeto de pesquisa “Adesão ao aleitamento materno exclusivo em Passo Fundo, RS nos primeiros seis meses de vida” assumem o compromisso de preservar as informações dos pacientes cujos dados serão coletados no Hospital da Cidade e no Hospital São Vicente de Paulo, que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão, que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa e que serão respeitadas as resoluções da CNS 466/2012 e suas complementares na execução deste projeto.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a) participante:

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre aleitamento materno em Passo Fundo - RS. O estudo se justifica pela relevância que a amamentação exclusiva apresenta em curto e em longo prazo para o recém-nascido, assim como para a mãe, cujos benefícios já foram documentados na literatura. A pesquisa é coordenada pela pediatra Dra. Giani Cioccarri, com a participação da nutricionista prof^a. Dra. Ivana Loraine Lindemann e da aluna da graduação de medicina Natália Poletti Rodighero. Caso necessário, pode-se entrar em contato com a coordenação do projeto a partir do fone (54) 9-9948-9545.

Sua participação envolve responder a um questionário por telefone, e envolve riscos inerentes a qualquer projeto de pesquisa, como a possibilidade da divulgação acidental dos seus dados. Com a finalidade de minimizar tal risco, serão utilizados códigos para identificá-la, a fim de que na ficha que será preenchida durante a conversa não constem seus dados. Caso, mesmo com o uso de códigos, ocorra a divulgação acidental dos dados de algum participante, o estudo será cancelado. Ainda, o presente trabalho pode apresentar riscos emocionais, já que durante uma ligação você pode ficar sensibilizada por não ter conseguido amamentar seu filho, por exemplo. Caso isto ocorra, você será ouvida a fim de amenizar a emoção gerada, podendo a entrevista ser interrompida e você ser encaminhada para atendimento no ambulatório de psiquiatria da Universidade Federal da Fronteira Sul. Como benefício, você receberá, via e-mail ou, caso não o possua, encontrará na rede de saúde de sua região e na mídia local, orientações sobre a alimentação complementar no primeiro ano de vida, bem como, posteriormente, uma devolutiva em relação aos principais resultados encontrados no estudo.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. A sua participação não envolve gastos, bem como não haverá nenhum tipo de pagamento.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Quaisquer dúvidas da pesquisa poderão ser obtidas a qualquer momento junto à equipe de pesquisa com: nome e telefone ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, pelo telefone (49)2049-3745.

Eu (nome do participante) me considero suficientemente esclarecido e concordo em participar do estudo sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo em Passo Fundo.

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. Apresentação

O projeto de pesquisa foi concluído no mês de dezembro de 2017 e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS em fevereiro de 2018, com as aprovações dos hospitais vinculados ao trabalho. Após correções de pendências do relatório parcial recebido em março, o trabalho foi aprovado no mês de maio de 2018, quando iniciou a coleta de dados.

2.2.2. Desenvolvimento

2.2.2.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores

Apenas um pesquisador já vinculado ao projeto realizou a coleta de dados referente a pesquisa, não tendo sido necessário, portando, realizar seleção e treinamento de outras pessoas.

2.2.2.2. Logística da coleta de dados

A coleta do contato das participantes inclusas na amostra da pesquisa iniciou no mês de maio, por meio do registro de nascimentos dos hospitais, referente aos meses de novembro, dezembro, janeiro e fevereiro. No Hospital da Cidade, o próprio registro de nascimentos já possui o telefone para contato das puérperas. Já no Hospital São Vicente de Paulo, como não há o contato no registro de nascimentos, foi necessário buscar cada participante no sistema do hospital a partir do número do atendimento a fim de localizar seu telefone para contato.

Como esta possibilidade não havia sido prevista e tal coleta dos contatos levaria mais tempo que o esperado, optou-se por institucionalizar a pesquisa a fim de obter auxílio de dois alunos de medicina de forma voluntária, coletando os nomes completos das mães inclusas na amostra e seus números para contato.

A partir destas tabelas, deu-se início a coleta de dados propriamente dita, por meio de ligações telefônicas. Convencionou-se um máximo de três tentativas para cada participante, sempre em turnos e em horários alternados, antes de a amostra tornar-se inelegível. As ligações sempre foram realizadas num período mínimo de seis meses após o nascimento da criança em questão.

2.2.2.3. Período da coleta de dados

Os dados foram coletados durante o período de maio a agosto de 2018, com um total de 3 ligações cada contato, sempre em horários e dias diferentes da semana.

2.2.2.4. Perdas e recusas

Durante o período estipulado para coleta de dados, os binômios elegíveis totalizavam 907. Destes, o número telefônico para contato de 110 era incorreto ou inexistente e 240 não atenderam a nenhuma das três tentativas. Dos 557 restantes, 34 (6%) optaram por não participar da pesquisa, quatro (0,7%) apresentavam doença que impedia a amamentação e em três (0,5%) casos houve óbito infantil. O total de binômios participantes foi de 516, com perda de 7,9% da amostra.

2.2.2.5. Controle de qualidade dos dados

Os dados foram duplamente digitados pelos dois alunos voluntários em banco criado no Epidata v3.1 (distribuição livre) e sua validação e conferência dos erros de digitação foi feita na presença da co-orientadora da pesquisa e da orientanda, juntamente com os alunos voluntários.

2.2.3. Considerações finais

O presente estudo não conseguiu atingir a amostra calculada inicialmente em tempo hábil para o término do trabalho de conclusão de curso. Entretanto, a fim de que os dados possam ser mais fidedignos, foi solicitado ao CEP ampliação do período de coleta dos dados e de realização do projeto para atingir a amostra e redigir novos resultados. Para tal, a coleta será realizada até dezembro de 2018 e os resultados do trabalho serão divulgados até julho de 2019.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em uma cidade do sul do Brasil.

Aleitamento materno exclusivo no sul do Brasil

Natália P Rodighero, nataliarodighero@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/7193201282102316>.

Participou do planejamento do estudo, da coleta e análise de dados, e da redação e discussão dos resultados.

Ivana L. Lindemann, ivana.lindemann@uffs.edu.br, <http://lattes.cnpq.br/9416473276181283>.

Participou do planejamento do estudo, análise de dados e revisão do manuscrito.

Giani Ciocari, gianiciocari@outlook.com, <http://lattes.cnpq.br/8324395869217533>.

Participou do planejamento do estudo e da revisão do manuscrito.

Nada a declarar.

Autor responsável pela correspondência: Natália Poletti Rodighero

Endereço: Rua Morom, 1870, apto 602, Centro, Passo Fundo – RS, CEP: 99010-031.

Email: nataliarodighero@gmail.com

Telefone para contato: (54) 999489545

Autor responsável pelos contatos pré-publicação: Natália Poletti Rodighero

Endereço: Rua Morom, 1870, apto 602, Centro, Passo Fundo – RS, CEP: 99010-031.

Email: nataliarodighero@gmail.com

Telefone para contato: (54) 999489545

Total de palavras do texto: 2706

Total de palavras do resumo: 249

Número de tabelas e figuras: 4

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL E SEUS DETERMINANTES

Natália P. Rodighero, Ivana L. Lindemann, Giani Cioccarri

RESUMO

Objetivo: avaliar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e as principais razões para desistência em uma cidade do sul do Brasil.

Métodos: estudo transversal cujos dados foram obtidos por meio de ligações telefônicas realizadas para as mães de bebês que nasceram entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018, nas duas maternidades da cidade. Calculou-se a prevalência do AME (IC95) e a sua distribuição de acordo com as variáveis independentes por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, utilizando-se nível de significância estatística de 5%.

Resultados: foram incluídas 516 mães cujos filhos completavam seis meses entre abril e agosto de 2018. Desses, 35% (IC95) estavam em aleitamento materno exclusivo. As principais causas citadas para interrupção do aleitamento exclusivo foram orientação médica, falta de leite e retorno ao trabalho. Houve relação estatisticamente significativa entre tempo de AME e renda familiar ($p < 0,01$), número de filhos ($p = 0,01$), emprego com carteira assinada ($p < 0,01$), período de retorno ao trabalho após o parto ($p = 0,04$), uso de chupeta ($p < 0,01$), meses de vida do bebê ao introduzir a chupeta ($p < 0,01$) e tempo de aleitamento materno exclusivo dos outros filhos ($p < 0,01$).

Conclusões: o AME não atingiu os 50% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como meta mundial para 2025. Vê-se que a orientação à respeito da amamentação parece não estar sendo suficiente para garantir melhores índices de aleitamento materno, sendo necessário pensar em novas políticas públicas.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Lactação. Estudos transversais.

ABSTRACT

Objective: evaluate the prevalence of exclusive breastfeeding (EB) in the first six months of life and the main reasons related for its interruption in a city in the South of Brazil.

Methods: transversal study was made from January to november 2018. The datas were obtained by phone calls to the mother whose babies were born between November 2017 and February 2018. The analysis among the independent variables and dependent variable were verified using Pearson's chi-squared test, with a statistical significance of 5%.

Results: 516 mothers whose children completed six months between april and august 2018 were interviewed. 35% of them were still in exclusive breastfeeding. The main causes of interruption were medical orientation, lack of milk and returning to work. There was relation statistically significant between time of exclusive breastfeeding and family income, number of children, permanent job, pacifier use, month introducing the pacifier use and time of exclusive breastfeeding of the previous children.

Conclusion: EB in the city does not achieve 50%, as advocated by OMS as a world goal for 2025. Only receiving orientation about breastfeeding does not seem to be enough as a way to assure better levels of exclusive breastfeeding, which makes necessary to think about new public politics in this subject.

Keywords: Breastfeeding. Lactation. Cross Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) já está consolidado na literatura como a melhor forma de nutrição de um lactente nos seus primeiros seis meses de vida e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser estimulado como a alternativa preferencial de alimentação sempre que possível, assim como fazer parte da complementação alimentar da criança até os dois anos. Ainda de acordo com a OMS, o termo aleitamento materno exclusivo significa que a criança, em seus primeiros 180 dias, deverá receber apenas leite materno, sem a inclusão de água, chás, sucos, outros tipos de leite ou alimentos, com exceção de medicamentos, quando necessário.¹

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada nas capitais do Brasil e no Distrito Federal (DF) em 2008, concluiu que a prevalência média de AME antes dos seis meses é de 41%². Vale citar que a pesquisa mencionada foi realizada utilizando o recordatório de 24 horas, método proposto pela OMS como forma avaliativa da prevalência de AME¹. O recordatório de 24 horas não é o único método utilizado em estudos, podendo ser também realizada a análise pelo método recordatório desde o nascimento. A importância desse dado reside na limitação de comparar estudos com metodologias diferentes.

As vantagens para o binômio materno-fetal provenientes do aleitamento materno são inúmeras e, de forma simplificada, podem ser divididas em curto e em longo prazo. Entre as principais vantagens em curto prazo, pode ser citada a redução da morbimortalidade infantil por doenças gastrintestinais e respiratórias, com 80-90% de redução do risco relativo de internação e óbito por diarreia e 57% menos risco de internação por doença respiratória^{3,4}. Entre as vantagens em longo prazo figura o menor risco de obesidade na vida adulta e o melhor resultado em testes de quociente de inteligência⁵. Para a mãe, risco reduzido de desenvolver

doenças cardiovasculares e câncer de mama, são algumas das vantagens do aleitamento^{6,7}.

Ainda que haja um consenso quanto aos seus benefícios e a sua preferência, estudos mostram que as taxas de AME deixam a desejar, tanto no Brasil, quanto em outros países. Em estudo de coorte realizado em Pelotas, cidade do sul do Rio Grande do Sul, foi verificado que ao final de três meses, apenas 39% dos recém-nascidos ainda estavam em aleitamento materno exclusivo. Os fatores que apresentaram significativa associação com a interrupção da amamentação foram uso de chupeta, trabalho materno, renda familiar entre um e três salários mínimo e escolaridade paterna abaixo de cinco anos⁸.

Estudo transversal realizado na Espanha, com dados de uma coorte sobre obesidade em Madri, encontrou prevalência de AME nos seis primeiros meses de vida de 25,4%, sendo que as principais causas que levaram a interromper o aleitamento materno exclusivo foram falta de leite e retorno ao trabalho⁹.

O presente estudo objetivou avaliar a prevalência de AME nos primeiros seis meses de vida em Passo Fundo, RS e os principais fatores relatados pelas mães como motivo de desistência, visando criar subsídio epidemiológico para analisar a necessidade de implementação de políticas públicas locais que promovam o aleitamento.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal nas duas maternidades da cidade de Passo Fundo, RS. Todas as mães residentes na cidade, cujos bebês completaram seis meses entre 1º de abril e 31 de julho de 2018 foram identificadas por meio do registro de nascimentos de cada hospital, incluídas consecutivamente e contatadas por meio de ligação telefônica. Excluíram-se da

amostra os binômios que apresentavam problemas que contraindicassem a amamentação e mães sem condições de responder ao questionário.

Coletaram-se dados de: idade da mãe em anos completos (≤ 19 , 20-34, ≥ 35), número de filhos (um, dois, três, quatro ou mais), tempo de AME dos demais filhos em meses (menos de um, um, dois, três, quatro, cinco, seis, mais de seis) escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), renda familiar per capita em salários mínimos (menor que um, igual a um, maior que um), tabagismo (sim, não), emprego com carteira assinada (sim, não), retorno ao trabalho antes dos seis meses (sim, não), período, em meses após o parto, que retornou ao trabalho (até três, quatro a cinco), orientação médica quanto à amamentação (sim, não), orientação médica para interromper a amamentação antes dos seis meses (sim, não), estímulo à amamentação na maternidade (sim, não), orientação de outros profissionais da saúde quanto à amamentação (sim, não), uso de chupeta (sim, não), meses de vida do bebê ao introduzir a chupeta (um, dois a seis), número de consultas pré-natal (menor que seis, maior ou igual a seis), tempo de AME (menos de um, um, dois, três, quatro, cinco, seis) e razão para interromper o AME (pergunta aberta).

O tempo de aleitamento materno exclusivo (AME), ou seja, o tempo em que a criança recebeu apenas leite materno, sem outros sólidos ou líquidos, foi considerado a variável de desfecho e foi aferido por meio da pergunta “por quanto tempo seu bebê recebeu exclusivamente leite materno, sem água, chá, papinha, suco ou outros tipos de leite?”.

O número de participantes elegíveis durante o período estipulado para coleta de dados – abril a agosto de 2018 - totalizou 907. Foi convencionado um total de três tentativas de contato telefônico para cada mãe, a fim de convidá-la a participar, sempre em dias e horários distintos. Os dados foram duplamente digitados em banco criado no Epidata v3.1 (distribuição livre), com posterior validação. A análise estatística foi realizada no PSPP (distribuição livre) e consistiu da distribuição de frequências absoluta e relativa das variáveis independentes, além

da estimativa da prevalência do desfecho (IC 95%). A verificação de tempo de AME conforme as variáveis independentes foi feita por meio do teste de qui-quadrado de Pearson (significância estatística de 5%).

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da instituição proponente, protocolo nº 83485218.6.0000.5564, parecer nº 2.634.162.

RESULTADOS

Durante o período estipulado para coleta de dados, os binômios elegíveis totalizavam 907. Destes, o número telefônico para contato de 110 era incorreto ou inexistente e 240 não atenderam a nenhuma das três tentativas. Dos 557 restantes, 34 (6%) optaram por não participar da pesquisa, quatro (0,7%) apresentavam doença que impedia a amamentação e em três (0,5%) casos houve óbito infantil. O total de binômios participantes foi de 516, com perda de 7,3% da amostra.

Quanto às características maternas, observou-se que a idade variou entre 14 e 44 anos, sendo 68,8% na faixa etária considerada como baixo risco gestacional, entre 20 e 34 anos. O número de filhos variou entre um e sete. Quanto à escolaridade, 46,2% possui ensino médio incompleto ou completo e a maioria (55,7%) possuía renda familiar per capita acima de um salário mínimo. Tabagismo foi relatado por 8,2% das mães. Quanto à ocupação, 45,7% estavam empregadas com carteira assinada, sendo que 72,4% retornaram ao trabalho antes dos seis meses, 76,4% entre o quarto e quinto mês após o parto (Tabela 1).

Observou-se que 84,7% afirmaram ter recebido orientação médica quanto à amamentação, 2,7% relataram ter recebido orientação médica para interromper a amamentação antes dos seis meses, 96,2% foram estimuladas a amamentar ainda na maternidade e 70,2% mencionaram ter recebido orientação de outros profissionais da saúde sobre a amamentação. A

maior parte dos bebês (59,5%) utilizava chupeta, sendo que 73,9% iniciaram o uso ainda no primeiro mês de vida. Dentre as mães com mais de um filho, 43,4% afirmaram ter amamentado exclusivamente os demais filhos até os seis meses (Tabela 2).

Algumas mães realizaram menos de seis consultas de pré-natal (7,2%), contrariando o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde como pré-natal de baixo risco adequado.

Tabela 1 - Caracterização de uma amostra de binômios mãe-lactente em Passo Fundo – RS, 2018. (n^a=516)

Variáveis	n	%
Idade da mãe em anos completos		
≤ 19	43	8,4
20-34	355	68,8
≥ 35	118	22,8
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto ou completo	93	18,0
Ensino médio incompleto ou completo	238	46,2
Ensino superior incompleto ou completo	185	35,8
Renda familiar per capita (n=507) ^b		
Abaixo de um salário mínimo	165	32,5
Um salário mínimo	60	11,8
Acima de um salário mínimo	282	55,7
Tabagismo		
Sim	42	8,2
Número de filhos		
1	246	47,6
2	161	31,2
3	68	13,3
4 ou mais	41	7,9
Emprego com carteira assinada		
Sim	236	45,7
Retorno ao trabalho antes dos seis meses após o parto (n=236)		
Sim	170	72,4
Período após o parto em que retornou ao trabalho (em meses) (n=170)		
Até três	38	23,6
Quatro a cinco	132	76,4

^a = amostra. ^b = salário mínimo durante o período de coleta R\$ 954,00

Tabela 2 - Caracterização pré e pós-natal de uma amostra de binômios mãe-lactente em Passo Fundo – RS, 2018. (n^a=516)

Variáveis	n	%
Orientação médica quanto à amamentação		
Sim	437	84,7
Orientação médica para interromper amamentação antes dos seis meses		
Sim	14	2,7
Estímulo à amamentação na maternidade		
Sim	496	96,2
Orientação de outro profissional da saúde quanto à amamentação		
Sim	362	70,2
Uso de chupeta		
Sim	307	59,5
Meses de vida do bebê ao introduzir a chupeta (n=307)		
Um	227	73,9
Dois a seis	80	26,1
Número de consultas pré-natal (n=515)		
Inferior a seis	37	7,2
Seis ou mais	478	92,8
Tempo de aleitamento materno exclusivo do recém-nascido (em meses)		
Menos de um	84	16,2
Um	28	5,4
Dois	23	4,6
Três	39	7,7
Quatro	59	11,4
Cinco	101	19,5
Seis	182	35,2
Tempo de AME dos demais filhos (n=266)		
Menos de um	33	12,5
Um	17	6,4
Dois	9	3,4
Três	19	7,2
Quatro	31	11,7
Cinco	26	9,8
Seis	114	43,4
Mais de seis	15	5,6

^a = amostra

(continua)

(continuação)

Tabela 2 - Caracterização pré e pós-natal de uma amostra de binômios mãe-lactente em Passo Fundo – RS, 2018. (n^a=516)

Variáveis	n	%
Falta de leite	121	23,7
Bico invertido	5	0,9
Retorno ao trabalho	60	11,6
Leite fraco	9	1,7
Por conta própria	43	8,3
Outros	63	12,2
Seguia em AME no momento da ligação	30	5,8

^a= amostra. AME = aleitamento materno exclusivo

Mais de um quarto das mães (26,2%) interrompeu o AME até o segundo mês de vida da criança, sendo que 35,2% o mantiveram até os seis meses. Quando questionadas quanto à razão da interrupção do AME, 35,8% disseram ter sido por orientação médica, sendo que, dessas, 30% interrompeu a amamentação antes dos seis meses (Tabela 2).

Os outros motivos mais citados como causa da interrupção foram falta de leite (23,7%), retorno ao trabalho (11,6%) e por conta própria (8,3%). Ainda, 5,8% seguiam em AME após os 6 meses da criança. A prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, na amostra, foi de 35,2% (IC 95, 31-39) (Tabela 2).

A distribuição do AME conforme variáveis independentes está apresentada nas tabelas 3 e 4. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre tempo de aleitamento materno exclusivo e renda familiar ($p<0,01$), número de filhos ($p=0,01$), emprego com carteira assinada ($p<0,01$), período de retorno ao trabalho após o parto ($p=0,04$), uso de chupeta ($p<0,01$), meses de vida do bebê ao introduzir a chupeta ($p<0,01$) e tempo de aleitamento materno exclusivo dos outros filhos ($p<0,01$).

Tabela 3 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em amostra de binômios mãe-lactente atendidos nas duas maternidades de Passo Fundo-RS, conforme características sociodemográficas. (n^a=516)

Variáveis	AME por menos de seis meses		AME por seis meses ou mais		p ^b
	n	%	n	%	
Idade da mãe em anos completos					0,53
≤ 19	31	72,1	12	27,9	
20-34	229	64,5	126	35,5	
≥ 35	74	62,7	44	37,3	
Escolaridade					0,17
Ensino fundamental incompleto ou completo	55	59,1	38	40,9	
Ensino médio incompleto ou completo	150	63,0	88	37,0	
Ensino superior incompleto ou completo	129	69,7	56	30,3	
Renda familiar ^c (n=507)					<0,01
Menor que um salário mínimo por pessoa	91	55,2	74	44,8	
Igual a um salário mínimo por pessoa	36	60,0	24	40,0	
Maior que um salário mínimo por pessoa	203	72,0	79	28,0	
Tabagismo materno					0,28
Sim	24	57,1	18	42,9	
Não	310	65,4	164	34,6	
Número de filhos					0,01
1	174	70,7	72	29,3	
2	102	63,4	59	36,6	
3	38	55,9	30	44,1	
4 ou mais	20	48,8	21	51,2	
Emprego com carteira assinada					<0,01
Sim	172	72,9	64	27,1	
Não	162	57,9	118	42,1	
Retorno ao trabalho antes dos seis meses após o parto (n=236)					0,06
Sim	130	76,0	40	24,0	
Não	42	63,6	24	36,4	
Meses após o parto em que retornou ao trabalho (n=170)					0,04
Menos de um a três meses após o parto	24	63,2	14	36,8	
Quatro a cinco meses após o parto	104	78,7	28	21,3	

^a = amostra. ^b = valor de p. ^c =salário mínimo durante o período de coleta R\$ 954,00.

Tabela 4 - Prevalência de AME em amostra de binômio mãe-lactente atendidos nas duas maternidades de Passo Fundo-RS, conforme orientações sobre amamentação e hábitos de vida. (n=516)

Variáveis	AME por menos de seis meses		AME por seis meses ou mais		p ^b
	n	%	n	%	
Orientação médica quanto à amamentação					0,46
Sim	280	64,1	157	35,9	
Não	54	68,4	25	31,6	
Orientação médica para interromper amamentação antes dos seis meses					0,60
Sim	10	71,4	4	28,6	
Não	324	64,7	177	35,3	
Estímulo à amamentação na maternidade					0,65
Sim	322	64,9	174	35,1	
Não	12	60,0	8	40,0	
Orientação de outro profissional da saúde quanto à amamentação					0,38
Sim	230	63,5	132	36,5	
Não	104	67,5	50	32,5	
Uso de chupeta					<0,01
Sim	236	76,9	71	23,1	
Não	98	46,9	111	53,1	
Mês em que iniciou o uso de chupeta (n=307)					<0,01
Primeiro mês	174	76,7	53	23,3	
Segundo ao sexto mês	160	55,4	129	44,6	
Número de consultas pré-natal (n=515)					0,40
Inferior a seis consultas	24	64,9	13	35,1	
Seis consultas ou mais	310	64,9	168	35,1	
Tempo de AME dos demais filhos (em meses) (n=266)					<0,01
Menos de seis	104	77,0	31	23,0	
Seis ou mais	50	38,8	79	61,2	

^a = amostra. ^b = valor de p.

DISCUSSÃO

O aleitamento materno exclusivo já está consolidado como a forma mais adequada de alimentar o recém-nascido ao longo dos seus primeiros seis meses de vida. Apesar de o assunto ser amplamente discutido e levado à pauta, os índices de AME seguem bastante aquém do preconizado pela OMS, o que nos leva a questionar quais as possíveis mudanças para melhorar este indicador.

A prevalência de AME nos primeiros seis meses de vida encontrada no estudo proposto foi de 35%, valor próximo ao encontrado em Porto Alegre – RS durante a realização da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, que foi de 38%, ainda que com metodologias diferentes. Nesse estudo, a média nacional de AME até os seis meses de vida foi de 41%, com grande heterogeneidade no país, variando de 27% em Cuiabá – MT a 56% em Belém – PA.²

Foi possível observar relação direta entre a renda familiar e os níveis de aleitamento materno, sendo que valores per capita maiores que um salário mínimo por pessoa demonstraram menores taxas de AME. Uma possível explicação para esse achado é o fato de que o leite complementar para recém-nascidos, no geral, apresenta alto custo, o que impede que famílias mais carentes tenham condições de comprá-las, resultando em maior adesão ao AME pelo custo zero.

O achado acima vai ao encontro dos resultados de pesquisa realizada em Pelotas – RS, onde foi observado que famílias com renda menor ou igual a um salário mínimo não apresentavam risco aumentado de interrupção do AME nos primeiros três meses de vida⁸.

O sucesso no AME foi maior em mulheres com mais filhos, ou seja, a experiência prévia pode ser fator decisivo no tempo de aleitamento, o que também é corroborado pelo achado de que mães cujos filhos anteriores receberam AME por seis meses, apresentaram maior probabilidade de amamentar os filhos seguintes até os seis meses. Estudo realizado em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, demonstrou que a multiparidade atuou como fator protetor no AME

aos seis meses, bem como a experiência materna prévia com o aleitamento materno exclusivo, achados também condizentes com outras pesquisadas já realizadas em outros países – Espanha e Canadá^{10,11,12}.

Quanto ao trabalho materno, mães que possuíam trabalho com carteira assinada tiveram menores índices de AME por seis meses, quando comparado com as que não possuíam emprego com carteira assinada. Mulheres que retornaram ao trabalho antes dos seis meses apresentaram tendência a menor tempo de AME, apesar de o dado não ter sido estatisticamente significativo.

Surpreendentemente, mães que retornaram ao trabalho entre um a três meses após o parto apresentaram maiores índices de AME aos seis meses do que mães que retornaram ao trabalho entre o quarto e o quinto mês pós parto.

Tal resultado pode ser explicado analisando que, existe a possibilidade de que mães que retornem ao trabalho antes dos quatro meses de licença maternidade sejam proprietárias dos seus negócios, o que permite maior flexibilidade de horários, garantindo assim a permanência do aleitamento exclusivo. Em consonância, mães que retornaram ao trabalho entre quatro e cinco meses apresentaram maior dificuldade de manter o AME, o que pode indicar que não possuem autonomia e empoderamento suficiente para realizar a ordenha e estocar seu leite, ou até mesmo logística para realizar as duas pausas de trinta minutos permitidas por lei para o aleitamento após o retorno ao trabalho.

Observou-se relação entre o uso de chupeta e o AME até seis meses de vida, achado condizente com o encontrado em estudo transversal realizado a partir dos dados da I e II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, em que a chupeta foi o principal fator de risco para interrupção do AME¹³. Estudo realizado em Cuiabá, no estado do Mato Grosso, avaliou determinantes de aleitamento materno durante o primeiro ano de vida, demonstrou que o único fator de risco que permaneceu significativo durante as análises de 120, 180 dias e um ano, foi o uso de chupeta¹⁴.

O tempo de vida da criança quando ocorreu a introdução da chupeta também demonstrou associação com o aleitamento materno exclusivo, sendo que crianças cujo uso iniciou ainda no primeiro mês apresentaram menores índices de AME aos seis meses, quando comparadas com crianças cuja chupeta foi introduzida a partir do segundo mês. Em Passo Fundo, o uso de chupeta foi relatado por 59% das mães entrevistadas, e mais de metade das crianças o faziam desde o primeiro mês de vida.

Quando questionadas sobre o motivo que levou à interrupção do AME, a resposta mais encontrada foi a orientação médica, no entanto, apenas 70% das entrevistadas que deram essa resposta haviam amamentado até os seis meses. Vale ressaltar que quando a mãe retorna ao trabalho, caso não apresente o desejo de ordenhar o próprio leite, possivelmente será orientada pelo médico a iniciar o uso de fórmula, o que pode ter gerado um viés na pesquisa. As outras respostas mais citadas foram a falta de leite e o retorno ao trabalho, respectivamente.

A orientação e a estimulação para a amamentação não apresentaram resultado estatisticamente significativo na influência sobre o tempo de AME. A partir desse estudo, pode-se concluir que as taxas de sucesso do aleitamento materno são multifatoriais e englobam aspectos culturais e sociais dos envolvidos. Ainda, os baixos níveis de AME não podem mais ser explicados pela baixa orientação popular, visto que quase todas as mães referem ter recebido informações à respeito do tema.

Cabe ressaltar que, devido ao delineamento transversal, pode ter ocorrido viés de memória para algumas variáveis. Estudo realizado na Noruega utilizou dados de pesquisa feita em 1987 sobre amamentação para uma nova análise quanto ao tempo de aleitamento materno, a fim de comparar os resultados após 20 anos. Mais de dois terços da amostra lembrava-se do tempo de amamentação, com até um mês de variação para mais ou para menos, o que parece ser um desfecho razoável, levando em consideração o período transcorrido entre os dois estudos¹⁵.

A orientação da OMS quanto a forma de análise de dados sobre aleitamento materno exclusivo é o uso do recordatório de 24 horas, em que crianças que não tenham recebido outros alimentos ou líquidos nas últimas 24 horas são classificadas como em AME¹. O próprio documento da OMS já explica que este método superestima os dados de prevalência pois pode incluir crianças que não receberam outros líquidos ou alimentos nas últimas 24 horas, mas o fizeram em outros dias.

Estudo realizado no Egito comparou o método “recordatório de 24 horas” com o “recordatório desde o nascimento”, na mesma população. A prevalência encontrada de AME aos seis meses foi de 13,6% e 5,2%, respectivamente, inclusive com diferentes fatores influenciando o tempo de aleitamento em cada análise¹⁶.

Este não é o único estudo a demonstrar a sobrevalorização quando o recordatório de 24 horas é utilizado: pesquisa realizada na Etiópia comparou os achados de AME aos seis meses com os métodos “desde o nascimento”, “recordatório de 24 horas” e “recordatório de 24 horas por 7 dias consecutivos”. Os resultados encontrados foram de 76,7%, 53,2% e 50,2%, respectivamente.¹⁷ Os achados sugerem que 7 ligações consecutivas podem ser capazes de reduzir o viés de memória que é citado como desvantagem no método “desde o nascimento” e também driblar as irregularidades alimentares que podem levar uma criança a ser erroneamente enquadrada como em AME no recordatório de 24h, mesmo que tal metodologia ainda careça de validação.

Ainda que a metodologia utilizada nesse estudo possa ter apresentado vieses, as pesquisas mencionadas demonstraram que as variações achadas com o recordatório de 24h tendem a ser mais significativas do que as diferenças encontradas no recordatório desde o nascimento, o que justifica a escolha pela maior probabilidade de representar a realidade local.

É preciso citar também que houve grande investimento público em propagandas e orientações sobre a amamentação, havendo ampla divulgação do tempo de aleitamento materno

exclusivo preconizado, o que pode ter influenciado a resposta das participantes, podendo tender a valores ideais.

Faz-se necessário ampliar políticas públicas que prestem assistência materno-infantil nos primeiros meses de vida, possibilitando que a nutriz esteja num contínuo estímulo e suporte ao aleitamento materno exclusivo. Estudo transversal realizado em Pernambuco demonstrou que a ausência de visitas puerperais afeta negativamente o tempo de AME, ampliando as formas de abordagem do binômio mãe-filho para promover o aleitamento¹⁸. Diante disso, acredita-se que o presente estudo possa servir como base comparativa para dados futuros quanto ao aleitamento materno local, permitindo analisar a efetividade de novas ações de estímulo e promoção do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2009.
3. World Health Organization. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva; 2013.
4. Lamberti LM *et al.* Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health. 2011; 11(3):1-12.
5. World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva; 2013.
6. Schwarz EB *et al.* Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease. Obstet Gynecol. 2009; 113(5):974-982.
7. Beral V *et al.* Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. The Lancet. 2002; 360:187-195.
8. Mascarenhas MLW *et al.* Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first three months of life in the South of Brazil. J. Pediatr. 2006 Jul; 82(4):289-294.

9. Gonzalez R *et al.* Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *An Pediatr.* 2018 Jul; 89:32-43.
10. Moraes de Oliveira M, Camelo Jr JS. Gestational, perinatal and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. *Int Breastfeed J.* 2017; 12:42-51.
11. Fernández-Cañadas Morillo A *et al.* A comparison of factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 3 and 6 months. *Breastfeed Med Journal.* 2017; 12:1-5.
12. Jessri M *et al.* Predictors of exclusive breastfeeding: observation from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. *BMC Pediatr.* 2013; 13:77-91.
13. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio S. Pacifier use and exclusive breastfeeding in Brazil. *J Hum Lact.* 2016 Aug; 64:1-9.
14. França GVA *et al.* Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41:711-718.
15. Natland SV *et al.* Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. *BMC Med Res Methodol.* 2012; 12:179-181.
16. Abdel-Hady DM, El-Gilany AH. Calculating exclusive breastfeeding rates: comparing dietary “24 Hour Recall” with Recall “Since Birth” methods. *Breastfeed Med Journal.* 2016; 10:514-518.
17. Fenta EH *et al.* A single 24 h recall overestimates exclusive breastfeeding practices among infants aged less than six months in rural Ethiopia. *Int Breastfeed J.* 2017; 12:36-42.

18. Carvalho M *et al.* First postpartum homevisit: a protective strategy for exclusive breastfeeding. *Rev Paul Pediatr.* 2018 Jan 15; 36:66-73.

4. ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PASSO FUNDO e RS NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA **Pesquisador:** Giani Cioccarì **Área Temática:**
Versão: 2

CAAE: 83485218.6.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.634.162

Apresentação do Projeto:

Apresentado em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentado em parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora procedeu as alterações solicitadas pelo CEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu as pendências indicadas pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu as pendências indicadas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as pendências indicadas pelo CEP. Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1045721.pdf	11/04/2018 14:37:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACOMPLETOCORRIGIDO.docx	11/04/2018 14:36:22	Giani Cioccarri	Aceito

Outros	CARTAAOCEP.pdf	11/04/2018 14:29:52	Giani Ciocari	Aceito
Outros	NOVOPARECERHSVP.pdf	11/04/2018 14:03:37	Giani Ciocari	Aceito
Outros	APENDICEB_TERMODECOMPRO- MIS SODEUSODEDADODEAR- QUIVO.pdf	11/04/2018 14:01:21	Giani Ciocari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEC_TCLECORRIGIDO.pdf	25/03/2018 13:40:41	Giani Ciocari	Aceito
Outros	APENDICEA_QUESTIONARIO.pdf	09/02/2018 19:18:39	Giani Ciocari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOHSVP.pdf	09/02/2018 19:17:50	Giani Ciocari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOHC.pdf	09/02/2018 19:16:39	Giani Ciocari	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	09/02/2018 19:14:29	Giani Ciocari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 03 de Maio de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

ANEXO 2 – Instruções aos autores Jornal de Pediatria

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jpmed.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/ MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/ Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados em inglês. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica

(clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

Editoriais e comentários, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico – em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reco-

nhecida experiência. Meta-análises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

Orientações gerais

O arquivo original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;

Instruções aos autores

Título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;

Nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);

Apenas a titulação mais importante de cada autor;

Endereço eletrônico de cada autor;

Informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;

A contribuição específica de cada autor para o estudo;

Declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);

Definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;

Nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;

Nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;

Fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;

Contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;

Contagem total das palavras do resumo;

Número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) **Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

- b) **Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.
- c) **Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.
- d) **Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar *Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site “sample references” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em *Citing Medicine*, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

Artigos em periódicos:

1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:455-64.

2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida-Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:509-17.

Instruções aos autores

3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010;97:32938.

4. Sem autor :

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.

5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianny RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr (Rio J)*. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: [http:// www.R-project.org](http://www.R-project.org)

Documentos do Ministério da Saúde:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - “the Pediatric Rheumatology Adherence Questionnaire (PRAQ)”. Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011 ; Chicago, IL.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo \pm .

Instruções aos autores**Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.)**

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir pro-

teção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.

5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.
9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., [http:// www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)) estão ativos e prontos para serem clicados.