



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**IGOR LIMA DE OLIVEIRA
IVO LIMA OLIVEIRA MARINHEIRO**

**PANORAMA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM USUÁRIAS DO
SUS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE**

**Lagarto – SE
2018**

**IGOR LIMA DE OLIVEIRA
IVO LIMA OLIVEIRA MARINHEIRO**

**PANORAMA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM USUÁRIAS DO
SUS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Barbosa de Lima Fonseca

**Lagarto – SE
2018**

**IGOR LIMA DE OLIVEIRA
IVO LIMA OLIVEIRA MARINHEIRO**

**PANORAMA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM USUÁRIAS DO
SUS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Barbosa de Lima Fonseca

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é recomendado nos primeiros 6 meses de vida, porém sua prevalência ainda se encontra aquém do ideal. Este trabalho teve como objetivo traçar o panorama atual do AME em usuárias do SUS de Itabaiana-SE; assim como traçar o perfil socioeconômico das participantes e identificar fatores de influência neste processo, além dos alimentos mais introduzidos antes dos 6 meses de vida. Realizou-se estudo epidemiológico transversal através de questionário estruturado adaptado, por amostra de conveniência em mães de filhos menores de 2 anos. A análise estatística foi desenvolvida após análise descritiva de variáveis categóricas, usando o teste de qui-quadrado e exato de Fisher; com nível de significância menor que 5%. O perfil socioeconômico mais encontrado foi de mães com idade intermediária, casadas, ensino fundamental e renda familiar superior à linha da pobreza. A prevalência de AME foi 60,4%. O principal motivo da interrupção do AME referido foi “problemas no aleitamento”. Dentre as entrevistadas, 72,4% afirmavam aleitamento materno, exclusivo ou não. Os principais fatores protetores encontrados no trabalho foram: mais de 5 consultas de puericultura; incentivo do cônjuge; volta às atividades laborais habituais 5 meses após o parto; e o não uso de chupeta, chuquinha ou mamadeira. Os principais alimentos introduzidos foram água, mingau doce ou salgado e fórmula de partida. Espera-se que, através da compreensão dos fatores de influência locais no aleitamento materno e consequente melhor direcionamento de ações visando preparo adequado de famílias para este período e uso adequado dos recursos em saúde pública, haja melhora nos indicadores de AME.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Indicadores Básicos de Saúde. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EBF) is recommended in the first 6 months of life, but its prevalence is still below the ideal. This study aimed to outline the current panorama of EBF in SUS users from Itabaiana-SE; as well as to outline the socioeconomic profile of the participants and to identify factors of influence in this process, in addition to the foods most introduced before 6 months of life. A cross-sectional epidemiological study was carried out using a structured questionnaire adapted by convenience sample in mothers of children under 2 years of age. Statistical analysis was performed after descriptive analysis of categorical variables, using the chi-square test and Fisher's exact test; with a level of significance of less than 5%. The most common socioeconomic profile was mothers with intermediate ages, married, primary education and family income above the poverty line. The prevalence of EBF was 60.4%. The main reason for the interruption of the referred EBF was "problems in breastfeeding". Among the interviewees, 72.4% affirmed breastfeeding, whether exclusive or not. The main protective factors found in the study were: more than 5 childcare consultations; encouragement of the spouse; return to usual work activities 5 months after childbirth; and no use of pacifiers, suckles or bottle. The main foods introduced were water, sweet or salty porridge and starter formula. It is expected that, through an understanding of local factors influencing breastfeeding and consequent better targeting of actions aimed at adequate preparation of families for this period and adequate use of resources in public health, there is an improvement in EBF indicators.

Keywords: Breast Feeding. Health Status Indicators. Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	Pág.
1 REVISÃO DA LITERATURA.....	06
2 ARTIGO.....	12
3 REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A – QUESTIONÁRIO.....	29
ANEXO B – TCLE.....	30
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA.....	31
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	38

1 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se como Aleitamento Materno Exclusivo (AME) quando a criança recebe o leite materno, diretamente do seio e/ou ordenhado, da mãe e/ou de outra fonte humana, e nada mais, exceto sais de reidratação oral, suplementos minerais, vitaminas ou medicamentos, em gotas ou xaropes¹.

O Ministério da Saúde, endossado pela OMS, recomenda o AME nos primeiros 6 meses de vida, salvo em raras situações nas quais a amamentação é contraindicada definitivamente: mães infectadas por HIV, HTLV1 ou HTLV2; uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação; e crianças portadoras de galactosemia. Outras situações impedem temporariamente o AME como a infecção herpética, a varicela, a doença de Chagas ou o consumo de drogas de abuso². Nestes casos é necessária a substituição do leite materno por outras fontes nutritivas. As opções mais recomendadas pelos pediatras são as fórmulas de partida ou de seguimento, acompanhadas da ingestão de água. Caso a criança tenha mais de 6 meses de vida, outros alimentos saudáveis devem ser complementados à dieta. Leite de gado é contraindicado até os 12 meses de vida e produtos processados são sempre contraindicados³.

Já há comprovação científica de vários argumentos favoráveis ao aleitamento materno em relação à criança: evita diarreia, infecção respiratória e morte; diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes; reduz chances de obesidade; é a melhor nutrição disponível; tem efeito positivo na inteligência; melhora o desenvolvimento da cavidade bucal. No que se refere às vantagens do AME para a mãe, pode-se citar: proteção contra o câncer de mama e diversas outras doenças; evitar nova gravidez; diminuir o custo financeiro; promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho; e, de forma geral, melhora na qualidade de vida da família².

A revista britânica *The Lancet* publicou em 2015 um estudo inédito da Universidade de Pelotas sobre o impacto da amamentação na inteligência, escolaridade e renda aos 30 anos de idade. Esta coorte prospectiva composta por 3493 indivíduos, comparando crianças que receberam leite materno por mais de 12 meses com crianças que receberam-no por menos de 1 mês, mostrou uma relação positiva significativa do aleitamento materno em todos os três parâmetros analisados acima mencionados⁴.

Uma declaração conjunta OMS / Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) define os 10 passos para o sucesso do aleitamento⁵:

01) Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;

- 02) Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 03) Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
- 04) Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento;
- 05) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 06) Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
- 07) Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia;
- 08) Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 09) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
- 10) Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Não obstante ao vasto conhecimento na literatura sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e às inúmeras estratégias criadas para melhorar seus índices, a situação mundial ainda está longe do ideal. Dados publicados pela UNICEF no relatório sobre a Situação Mundial da Infância de 2016 mostram que a prevalência global de AME antes dos 6 meses é de 39%. Outros indicadores, como as prevalências de aleitamento antes da primeira hora de vida (44%) e de aleitamento materno aos 2 anos de vida (49%), também se mostram preocupantes. Cabe ressaltar que estes dados não retratam a enorme desigualdade encontrada entre os países e que, de forma geral, mostram países desenvolvidos com uma menor proporção de AME – principalmente nos primeiros meses – mas que tendem a manter o aleitamento por mais tempo; e países subdesenvolvidos que apresentam taxas altas de AME no primeiro mês, mas que abandonam muito precocemente o aleitamento⁶.

O Brasil, referência mundial em aleitamento materno, conquistou o reconhecimento mundial devido a políticas e programas criados desde 1981 (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno), os quais conseguiram elevar o percentual de AME de 3,6% em 1986 para 38,6% em 2006. Paralelo a esta evolução brasileira, houve queda nos índices de AME de outros países em desenvolvimento como a China e a Índia⁷. No entanto, apesar do empenho brasileiro, os índices não conseguiram atingir as metas definidas pela OMS⁸. Esta entidade, classifica, atualmente, a situação do Brasil como razoável para as prevalências de AME e ruim quanto à duração do aleitamento materno⁹.

Dados da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (II PPAM) publicados em 2009, mostram que a prevalência nacional de AME antes dos 6 meses é de 41% enquanto a prevalência nacional de aleitamento antes da primeira hora de vida é de 67,7%¹⁰. A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros de 2010, realizada pelo Ministério da Saúde, apresentou dados para Aracaju, capital sergipana, sempre abaixo da média nacional, com prevalências de 35% de crianças em AME antes dos 6 meses e 61,2% de neonatos com aleitamento antes da primeira hora de vida. O município de Itabaiana apresentou, para os mesmos indicadores, respectivamente, 23,9% e 84,9%¹¹.

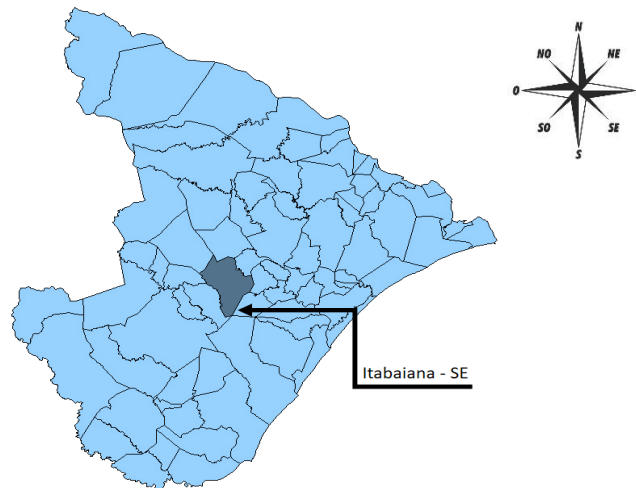
Trabalho desenvolvido por Flores et al. em 2017, baseado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostra os últimos dados de pesquisa de âmbito nacional. No geral, o aleitamento materno em crianças até os 23 meses e 29 dias de idade foi levemente inferior a 60%, sendo maior quanto mais nova a criança (80% no período do nascimento até os 5 meses e 29 dias). No entanto, com relação ao AME, a prevalência foi de apenas 20,5% para a faixa etária preconizada, sendo a região Nordeste o destaque negativo com 14,6%. Ainda segundo o estudo, os alimentos mais introduzidos foram os lácteos (31,7%), os líquidos não nutritivos (54,8%) e alimentos saudáveis (13,6%). Apesar de representar 13%, são preocupantes os dados sobre a introdução de alimentos considerados não saudáveis (sucos artificiais, refrigerantes, bolachas e doces), visto que são contraindicados em qualquer idade¹².

Comparando os dados obtidos em inquéritos nacionais (1986, 1996, 2006 e 2013), percebe-se que houve crescimento na prevalência de indicadores positivos relacionados ao aleitamento materno até 2006, a partir de quando houve relativa estagnação. Apenas o critério aleitamento materno aos 24 meses subiu após 2006; e o critério AME apresentou queda significativa. Isso tende a gerar um alerta de que novas medidas merecem ser estudadas, se necessário com mudanças de políticas públicas, visando a retomada do crescimento⁹.

Itabaiana está localizada no centro geográfico de Sergipe (Figura 1) e é sede da microrregião de saúde do agreste central do estado, que engloba 14 municípios¹³. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017, tem uma população estimada em 94.393 habitantes, correspondendo à quarta maior do estado. Além disso, comparativamente aos demais municípios de Sergipe, possui o quarto maior Produto Interno Bruto a preços correntes (PIB) – 1.432.659.000 reais – e o oitavo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – 0,642. Itabaiana também conta com 44 estabelecimentos que atendem a população através do SUS, dentre eles um Hospital Amigo da Criança (Hospital

e Maternidade São José), que integra a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno como uma de suas diretrizes e critério obrigatório para inclusão do estabelecimento em tal iniciativa^{13,14,15,16}.

Figura 1 – Mapa de Sergipe: destaque ao município de Itabaiana



Fonte: os autores do trabalho

Diversos indicadores são utilizados para a análise dos hábitos alimentares em pediatria. A OMS definiu 2 principais indicadores sobre as práticas alimentares nos primeiros 6 meses: iniciação precoce da amamentação (primeira hora de vida) e amamentação exclusiva em menores de 6 meses (no intuito de minimizar o viés de memória, é baseada na dieta 24 horas antes da entrevista). Há de se considerar, porém, que estes indicadores não são facilmente aplicáveis em todos os contextos socioeconômicos¹⁷.

Visando melhorar as taxas de aleitamento materno, diversas iniciativas são lançadas, dentre elas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a Rede Amamenta Brasil. Nesta última, a certificação seria garantida às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que preenchessem os seguintes critérios: participação de no mínimo 80% da equipe na oficina de trabalho (curso de 6 horas), monitoramento contínuo dos indicadores de aleitamento materno em sua área de abrangência, concretização de pelo menos uma ação pactuada na oficina e implementação de fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período da amamentação. Análise recente de 2016, de Venâncio et al., em 56 UBS de 3 municípios brasileiros, mostrou que as unidades que cumpriam os 4 critérios apresentavam as maiores taxas de AME (44%). No entanto, há dificuldades na sua implantação e avaliação, devido, principalmente, à descontinuidade dos protocolos e alta rotatividade dos profissionais ligados à atenção primária de saúde¹⁸.

Um outro dado de relevante importância é a suplementação alimentar em recém-nascidos (RN). Esta prática é indicada, pela UNICEF, apenas em situações de moderado a alto risco como: RN de muito baixo peso ao nascer (menor que 1500 g); RN muito prematuro (menor que 32 semanas de idade gestacional); RN com risco de hipoglicemia; uso de medicação contraindicada durante a amamentação; erro inato do metabolismo e mães HIV soropositivas. No entanto é cada vez mais comum a suplementação alimentar em RN classificados como de baixo risco, ou seja, RN de idade gestacional menor que 37 semanas, peso ao nascimento menor que 2500 g e índice de APGAR, nos primeiro e quinto minutos, maior ou igual a 9. Um estudo de 2016, feito no Rio Grande do Norte, constatou que 16% dos RN fizeram suplementação ainda na maternidade, sendo que apenas 6,2% tinham indicações corretas. Estas indicações desnecessárias podem dificultar o aleitamento materno e resultar em desmame precoce, visto que acabam incentivando as mães a introduzir outros leites após a alta¹⁹.

Além das indicações corretas da suplementação alimentar, diversos outros fatores podem influir positiva ou negativamente no sucesso do aleitamento materno nos primeiros anos de vida²⁰:

- a) Idade materna, condição socioeconômica e grau de instrução materno: mães jovens, solteiras, com condições socioeconômicas desfavoráveis e baixo grau de instrução geralmente amamentam menos, pois a falta de orientação somada a insegurança da mãe e a falta de meios favoráveis dificultam o processo de amamentação;
- b) Condição de trabalho materno: quando não são respeitados licença-maternidade, direitos a creche e a local/horário para amamentar no trabalho, a amamentação é dificultada. Uma carga horária de trabalho semanal superior a 20 horas é fator independente de interferência negativa no processo de aleitamento. Geralmente a condição de trabalho acaba não sendo fator destacado no desmame precoce, pois muitas mães não trabalham fora ou deixam seus empregos para cuidar dos filhos.
- c) Paridade materna, experiência anterior, intenção de amamentar e situação conjugal: os estudos são bastante discutíveis e mostram que as primigestas têm uma motivação maior em iniciar a amamentação, mas o fazem por menor tempo. Sendo assim, em resumo, quanto maior a paridade, melhor a experiência anterior, maior a intenção de amamentar e maior o apoio familiar (em especial do cônjuge), melhores são as chances de se atingir uma amamentação dentro dos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde e pela OMS;
- d) O papel do profissional de saúde, tipo de parto, sistema de alojamento conjunto: o incentivo ao aleitamento em todas as consultas, o esclarecimento (baseado em evidências científicas)

de dúvidas dos pais, a indicação correta de suplementação alimentar, as estratégias elaboradas para contornar os problemas que venham a interferir no processo de amamentação, são papéis necessários aos profissionais e que repercutem no aleitamento. Também o parto normal – sem os fatores dor incisional e efeito pós-anestésico da cesárea – e o sistema de alojamento conjunto – o qual favorece o vínculo mãe-bebê e estimula a prática do aleitamento materno – são fatores que interferem na prática do aleitamento materno.

- e) Problemas com o aleitamento: “falta de leite”, “leite fraco”, problemas mamários, recusa do bebê em pegar o peito, uso de chupetas/mamadeiras e cirurgias de redução ou próteses mamárias são outros fatores de interferência.

A participação do cônjuge é fator protetor no aleitamento materno e tema ainda pouco debatido. Todo o foco do processo fica na dupla mãe-bebê e a figura paterna acaba, por necessidade de prover o lar e por pressão cultural, omitindo-se dos cuidados diretos ao neonato. Apesar dos vieses, no estudo da Universidade Federal de Sergipe de 2016, Rêgo et al., expõem a satisfação e o desejo paternos de participar deste momento singular²¹.

Revisão de literatura de 2015, de Boccolini et al., identificou cerca de 36 fatores associados, positiva ou negativamente, às taxas de aleitamento materno exclusivo, sendo mais frequentemente explorados: local de residência, cor da pele, idade e escolaridade maternas, paridade, situação conjugal, número de consultas pré-natais, nascimento em Hospital Amigo da Criança, tipo de parto, peso ao nascer, sexo do neonato, trabalho materno, idade da criança, uso de chupeta e financiamento da atenção primária em saúde. Destes os mais determinantes, considerando a categoria positiva, no processo de AME foram: residência em capital ou região metropolitana, idade materna intermediária, escolaridade materna crescente, ausência de trabalho materno, idade da criança decrescente, não uso de chupeta e financiamento privado da atenção primária à saúde²².

2 ARTIGO

I. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se como Aleitamento Materno Exclusivo (AME) quando a criança recebe o leite materno, diretamente do seio e/ou ordenhado, da mãe e/ou de outra fonte humana, e nada mais, exceto sais de reidratação oral, suplementos minerais, vitaminas ou medicamentos, em gotas ou xaropes. O Ministério da Saúde, endossado pela OMS, recomenda o AME nos primeiros 6 meses de vida, salvo em raras situações nas quais a amamentação é contraindicada definitivamente: mães infectadas por HIV, HTLV1 ou HTLV2; uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação; e crianças portadoras de galactosemia. Outras situações impedem temporariamente o AME como a infecção herpética, a varicela, a doença de Chagas ou o consumo de drogas de abuso^{1,2}. Nestes casos é necessária a substituição do leite materno por outras fontes nutritivas, sendo as fórmulas de partida e de seguimento, acompanhadas da ingestão de água, a conduta recomendada. A partir do sexto mês de vida, outros alimentos saudáveis devem ser gradativamente complementados à dieta. Porém, leite de gado é contraindicado até os 12 meses de vida e produtos processados são sempre contraindicados³.

Além de ser fonte nutritiva barata e completa, o aleitamento materno tem papel fundamental para o desenvolvimento cognitivo-emocional do neonato e para a saúde físico-psíquica da mãe. Trata-se, portanto, de uma intervenção sensível, econômica e eficaz para redução das morbimortalidades infantil e materna². A revista britânica *The Lancet* publicou em 2015 um estudo inédito no Brasil sobre o impacto da amamentação na inteligência, escolaridade e renda aos 30 anos de idade. Por meio de coorte prospectiva com 3493 indivíduos, comparando crianças que receberam leite materno por mais de 12 meses com crianças que receberam-no por menos de 1 mês, mostrou uma relação positiva significativa do aleitamento materno em todos os três parâmetros⁴.

Apesar de todo o conhecimento acerca da importância do aleitamento materno exclusivo, a situação mundial ainda está longe do ideal em relação aos principais indicadores de AME. Dados publicados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no relatório sobre a Situação Mundial da Infância de 2016 mostram que a prevalência global de AME antes dos 6 meses é de 39%. Outros indicadores como as prevalências de aleitamento antes da primeira hora de vida (44%) e de aleitamento aos 2 anos de idade (49%) também se mostraram preocupantes⁵.

No Brasil, apesar do empenho das autoridades e do reconhecimento mundial do país como referência no tema, os indicadores de saúde ainda estão aquém do ideal⁶. Trabalho recente, baseado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostra os últimos dados de pesquisa de âmbito nacional. No geral, o aleitamento materno em crianças até os 23 meses e 29 dias de idade foi levemente inferior a 60%, sendo maior quanto mais nova a criança (80% no período do nascimento até os 5 meses e 29 dias). No entanto, com relação ao AME, a prevalência foi de apenas 20,5% para a faixa etária preconizada, representando queda significativa, e sendo a região Nordeste o destaque negativo com 14,6%. Ainda segundo o estudo, os alimentos mais introduzidos foram os líquidos não nutritivos (54,8%), os lácteos (31,7%) e os alimentos saudáveis (13,6%). Apesar de representar 13%, são preocupantes os dados sobre a introdução de alimentos considerados não saudáveis (sucos artificiais, refrigerantes, bolachas e doces), visto que são contraindicados em qualquer idade⁷.

Comparando os dados obtidos em inquéritos nacionais (1986, 1996, 2006 e 2013), percebe-se que houve crescimento na prevalência de indicadores positivos relacionados ao aleitamento materno até 2006, a partir de quando houve relativa estagnação. Apenas o critério de aleitamento materno aos 24 meses subiu após 2006. Isso tende a gerar um alerta de que novas medidas merecem ser estudadas, se necessário com mudanças de políticas públicas, visando a retomada do crescimento⁸.

O município de Itabaiana-SE, localizado no centro geográfico de Sergipe e sede da microrregião de saúde do agreste central do estado, conta com 44 estabelecimentos vinculados ao SUS, dentre eles um Hospital Amigo da Criança (Hospital e Maternidade São José), o que o torna destaque na prática do aleitamento materno^{9,10,11,12}. Apesar disso, apresentou prevalências de 23,9% de AME nos 6 primeiros meses de vida e de 84,9% para aleitamento na primeira hora de vida. Os valores encontrados foram abaixo das médias nacionais, de 41% e 67,7%, respectivamente, com exceção para a aleitamento na primeira hora de vida em Itabaiana-SE (84,9%), segundo as últimas Pesquisas de Prevalência de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde em 2009 e 2010^{13,14}.

Diversos fatores podem influir positiva ou negativamente no sucesso do aleitamento materno: idade materna, condição socioeconômica, grau de instrução materna, condição de trabalho materno, paridade materna, experiência anterior, intenção de amamentar, o papel do profissional de saúde, tipo de parto, sistema de alojamento conjunto, problemas com o aleitamento¹⁵. Revisão de literatura de 2015, de Boccolini et al., identificou cerca de 36 fatores associados, positiva ou negativamente, às taxas de aleitamento materno exclusivo, sendo mais

frequentemente determinante, considerando o aspecto positivo: residência em capital ou região metropolitana, idade materna intermediária, escolaridade materna crescente, ausência de trabalho materno, idade da criança decrescente, não uso de chupeta e financiamento privado da atenção primária em saúde¹⁶.

Desta forma, é de fundamental importância conhecer a situação atualizada de cada região do Brasil, para que possam ser identificados os fatores de influência no AME e, com isto, direcionar os esforços para atingir, no mínimo, o valor definido pela OMS como meta global para 2025: pelo menos 50% dos menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo⁶.

Apesar da importância do Aleitamento Materno Exclusivo para a saúde – a curto e longo prazo – do binômio mãe-bebê, os dados na literatura para o município sergipano de Itabaiana datam de mais de 8 anos e, naquela oportunidade, os indicadores de AME encontrados estavam, de forma geral, aquém do ideal.

Destarte, o trabalho tem como objetivo geral conhecer o panorama atual do Aleitamento Materno Exclusivo em usuáries do SUS do município de Itabaiana-SE; e como objetivos específicos identificar fatores de influência no aleitamento materno exclusivo no município de Itabaiana-SE, traçar o perfil socioeconômico dos usuários da pesquisa e identificar os alimentos mais frequentemente introduzidos antes dos 6 meses de idade; contribuindo, com isso, para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados ao AME neste município.

II. METODOLOGIA

Foi realizado estudo epidemiológico de campo do tipo transversal, com aplicação de questionário, para determinação da situação do aleitamento materno exclusivo e seus possíveis fatores de influência, em amostra por conveniência de mães com filhos com menos de 2 anos de idade, atendidas ou assistidas através do SUS, no município de Itabaiana-SE.

Os critérios de inclusão foram:

- Residir em Itabaiana-SE;
- Ter feito o pré-natal e a puericultura em sua maior parte (> 50% das consultas realizadas) no município sergipano de Itabaiana;
- Ter feito o pré-natal e a puericultura em sua maior parte (> 50% das consultas realizadas) através do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Ser a mãe da criança;
- Ter filho com menos de 2 anos de idade;

Não existiram critérios de exclusão baseados em cor, gênero ou situação socioeconômica.

O questionário foi adaptado do trabalho validado presente na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal em 2009. É composto por 21 questões objetivas em duas seções: perfil socioeconômico e; antecedentes de pré-natal e puerpério. Todas as questões tinham a opção “não se aplica”, marcada quando: a resposta não se encaixou em nenhuma das alternativas, o entrevistado se negou a responder ou não soube responder. Os sujeitos foram entrevistados por meio de questionário impresso estruturado, construído na plataforma Microsoft Office Word®, conforme apresentado no Anexo A.

Após a construção do banco de dados e posterior comparação de dados, a análise estatística foi desenvolvida usando o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Primeiramente foi construída uma análise descritiva das variáveis categóricas encontradas, demonstradas por número absoluto e percentual. Em seguida, assumindo-se uma amostra dentro da normalidade ($n > 30$), foram utilizados testes estatísticos adequados a cada tipo de variável analisada. A associação entre os grupos e as variáveis categóricas foi realizada pelo teste de qui-quadrado e exato de Fisher. O nível de significância adotado foi menor que 5% ($p < 0,05$).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado através do CAAE 85229818.7.0000.5546. Para a entrevista, cada paciente forneceu autorização prévia através de assinatura após consentimento livre e esclarecido, conforme apresentado no Anexo B. Os questionários dos pacientes foram arquivados em local restrito, apenas disponibilizados para os pesquisadores responsáveis. A identidade dos pacientes foi preservada, uma vez que códigos foram utilizados para fins de rotulação.

III. RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 300 mães, das quais 32 tiveram o questionário desconsiderado para análise por não preencher os critérios de inclusão ou se recusar a assinar o TCLE. Do total de 268 entrevistadas, 14,2% são usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em povoados; 42,2 % de Unidades Básicas de Saúde localizadas na periferia; e 17,2% de UBS do centro da cidade; perfazendo 73,6% da amostra. As demais, 26,4% das mães, foram entrevistadas no Hospital e Maternidade São José, localizado no centro de Itabaiana.

A tabela 1 traça o perfil socioeconômico das entrevistadas, composto no geral por mães com idade entre 18 e 30 anos (56,0%), casadas ou mantendo união estável (84,3%), que estudaram até o ensino fundamental (61,6%) e com uma renda familiar per capita mensal superior à linha da pobreza (73,9%), valor definido por decreto do Governo Federal de 2014. Em relação à idade do filho mais novo: 47,8% têm menos de 6 meses de idade e 52,2% idade igual ou superior a 6 meses.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioeconômicas

	Frequência	Porcentagem (%)
Idade da mãe		
< 18 anos	31	11,6
18 – 30 anos	150	56,0
> 30 anos	87	32,5
Total	268	100
Estado civil		
Casada/união estável	226	84,3
Outros	42	15,7
Total	268	100
Escolaridade		
Não alfabetizada/ensino fundamental	165	61,6
Ensino médio/superior	103	38,4
Total	268	100
Renda per capita		
< 154 reais	64	23,9
≥ 154 reais	198	73,9
Não se aplica	6	2,2
Total	268	100
Idade do filho mais novo		
< 6 meses	128	47,8
≥ 6 meses	140	52,2
Total	268	100

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 60,4%. A pesquisa definiu como AME tanto as crianças com idade igual ou superior a 6 meses que foram amamentadas ao seio materno exclusivamente durante o primeiro semestre de vida, como as crianças menores de 6 meses que ainda se encontravam em AME. O principal motivo da interrupção do AME referido pelas entrevistadas foi “problemas no aleitamento” (20,5%), sendo considerado para tal as respostas: falta de leite, leite fraco, problemas mamários ou recusa do bebê em pegar o peito. Em relação à data do desmame completo, boa parte das entrevistadas (72,4%) afirmou continuar amamentando e, entre aquelas cuja amamentação foi interrompida, 14,9% também referiram problemas no aleitamento como o motivo.

No que se refere aos conhecimentos maternos e às orientações profissionais sobre o tema, a grande maioria das mães (91,8%) afirmou ter noções da duração e da importância do aleitamento materno exclusivo; das quais 30,6% foram orientadas apenas pelo enfermeiro; 11,2% apenas pelo médico; 24,3% pelos dois profissionais; e 34% correspondeu a outras respostas.

A tabela 2 mostra a relação entre alguns dados de puericultura e a introdução de outros alimentos nos 6 primeiros meses de vida. Todas as análises expostas na tabela apresentaram um alto valor de significância ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Fatores de influência no aleitamento materno exclusivo

Aleitamento na 1ª hora de vida	Introdução de outros alimentos nos 6 primeiros meses		<i>p</i>
	Não	Sim	
Sim	89 (33,2%)	74 (27,6%)	<i>p</i> = 0,015
Não/não lembra	73 (27,2%)	32 (11,9%)	
Nº de consultas de puericultura até os 6 meses	Não	Sim	<i>p</i> = 0,020
< 5 consultas	29 (10,8%)	38 (14,1%)	
≥ 5 consultas	50 (18,6%)	31 (11,5%)	
Volta às atividades laborais habituais após o parto	Não	Sim	<i>p</i> = 0,007
< 5 meses	107 (39,9%)	86 (32,0%)	
≥ 5 meses	55 (20,5%)	20 (7,4%)	
Posição do cônjuge	Não	Sim	<i>p</i> = 0,024
Incentivo	119 (44,4%)	64 (23,8%)	
Indiferença ou oposição	43 (16,0%)	42 (15,6%)	
Uso de chupeta, mamadeira ou chuquinha	Não	Sim	<i>p</i> < 0,001
Sim	51 (19,0%)	98 (36,5%)	
Não	111 (41,4%)	8 (2,9%)	

Do total de crianças, 60,8% foram amamentadas até a primeira hora de vida, das quais 54,6% cumpriram o período ou continuam em AME, enquanto 45,4% não tiveram AME até o período preconizado. Das 105 crianças que não foram amamentadas na primeira hora de vida, 69,5% apresentaram AME, enquanto 30,5% não. A análise mostra que a proporção de AME foi maior no grupo de mães que não amamentaram seus filhos na primeira hora de vida.

Das 67 crianças que tiveram menos de 5 consultas de puericultura em 6 meses, 43,2% permaneceram ou estão em AME, enquanto 56,8% não. Das 81 crianças que tiveram 5 ou mais consultas em 6 meses, 61,7% permaneceram ou estão em AME, enquanto 38,3% não. 120 crianças ainda não tinham completado 6 meses e tinham menos de 5 consultas no momento da entrevista, ou a mãe não lembrava o número de consultas; nos dois casos a resposta foi “não se aplica”. Excluindo-se as respostas “não se aplica”, percebe-se que o número de crianças em AME foi proporcionalmente maior naquele em que a criança teve mais de 5 consultas.

A maioria das mães (72,0%) voltou a realizar as atividades laborais habituais antes dos 5 meses pós-parto, enquanto as 28,0% restantes voltaram às atividades após 5 meses ou tinham

menos de 5 meses pós-parto e continuavam afastadas das atividades. Das 193 mães que voltaram às atividades laborais habituais antes dos 5 meses pós-parto, 55,4% continuaram ou continuam a amamentar exclusivamente seus filhos, e 44,6% introduziram outros alimentos antes dos 6 meses. Das 75 mães que voltaram às atividades laborais habituais num período igual ou superior a 5 meses, ou que têm menos de 5 meses pós-parto e se encontram afastadas das atividades, 73,3% continuaram ou continuam a amamentar exclusivamente seus filhos, e 26,7% introduziram outros alimentos antes dos seis meses. Apesar de nos dois grupos o número de mães que mantiveram ou mantêm o AME ser maior que o de mães que introduziram outros alimentos, a análise mostrou que o número de mães que mantiveram o AME foi proporcionalmente maior no grupo daquelas que só voltaram às atividades laborais habituais após 5 meses.

O incentivo do cônjuge foi citado em 68,3% dos casos; tratando-se os 31,7% restantes de parceiros indiferentes ou contrários ao processo de amamentação, de mães solteiras ou viúvas. Das 183 mães que referiram incentivo do cônjuge à prática do AME, 65% amamentaram o filho exclusivamente até os seis meses de idade ou mantêm o AME no filho com menos de 6 meses, enquanto 35% introduziram outros alimentos. 85 mães referiram indiferença ou oposição do marido quanto à prática, ou não possuem parceiros. Destas, 50,5% amamentaram o filho exclusivamente até os seis meses de idade ou mantêm o AME no com menos de 6 meses, enquanto 49,5% introduziram outros alimentos. A proporção de mães que amamentaram ou continuam amamentando os filhos exclusivamente se mostrou maior no grupo de mães que receberam o apoio dos seus cônjuges para a prática.

Das 149 crianças que usaram chupeta, mamadeira ou chuquinha antes dos 6 meses, 34,2% mantiveram AME, enquanto 65,8% receberam algum tipo de alimento antes dos 6 meses. Das 119 crianças que não usaram chupeta, mamadeira ou chuquinha antes dos 6 meses, 93,2% mantiveram AME, enquanto 6,8% receberam algum tipo de alimento.

A tabela 3 corresponde aos alimentos mais introduzidos na alimentação das crianças. Dentre eles se destacaram os não saudáveis, responsáveis por 24,3% do total; seguidos de fórmula de partida, com ou sem água, responsáveis por 10,4% dos casos; e alimentos saudáveis por 4,9%. Durante a análise dos dados, devido à grande variedade de combinação de respostas, hierarquizamos os alimentos, definindo as respostas “não foram introduzidos outros alimentos” para o AME; “fórmula de partida com ou sem água”, quando isolada ou associada ao leite materno; “alimentos saudáveis”, em caso de introdução isolada destes alimentos ou associada

aos das respostas anteriores; ou “alimentos não saudáveis”, quando um alimento desta categoria foi introduzido, independentemente da presença de outros alimentos.

Tabela 3 - Alimentos mais introduzidos antes dos 6 meses de idade

	Frequência	Porcentagem (%)
Água	82	30,5
Mingau doce ou salgado	56	20,8
Fórmula de partida	50	18,6
Leite de gado	47	17,5
Sucos	30	11,1
Industrializados	17	6,3
Frutas	17	6,3
Verduras ou legumes	16	5,9
Comida salgada	12	4,4
Outros	12	4,4
Biscoitos	9	3,3
Carnes	9	3,3
Ovos	8	2,9

A tabela 4 mostra que das 162 crianças em AME, 5,5% apresentaram um ou mais problemas de saúde até os 6 meses de idade, enquanto 94,5% não apresentaram doenças. Das 106 crianças que receberam outros alimentos além do leite materno antes dos 6 meses, 28,3% apresentaram um ou mais problemas de saúde durante o primeiro semestre de vida, enquanto 71,7% não apresentaram problema algum. A doença mais citada pelas mães foi infecção de vias aéreas superiores frequente (mais de 5 episódios antes dos 6 meses de idade), correspondendo a 4,4% dos casos; seguida, respectivamente, de diarreia (2,9%) e doença do refluxo gastroesofágico (2,2%).

Tabela 4 - Relação entre aleitamento materno exclusivo e doenças

		Introdução de alimentos antes dos 6 meses de idade		
		Não	Sim	
Adoecimento nos 6 primeiros meses de vida	Sim	9 (3,3%)	30 (11,1%)	$p < 0,001$
	Não	153 (57,0%)	76 (28,3%)	

IV. DISCUSSÃO

O aleitamento materno exclusivo é prática recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e endossada por diversos outros órgãos, inclusive nacionais como o Ministério da Saúde^{1,2}. Face a extrema importância do tema, políticas públicas e diversos programas são discutidos frequentemente por estas entidades. Desta forma são criados objetivos com vista a atingir panoramas aceitáveis e de melhora gradativa^{6,17}.

Neste trabalho a prevalência de AME encontrada foi de 60,4%, acima da meta de 50% até o ano de 2025 definida pela OMS, e de 39% da prevalência mundial segundo dados de 2016 da UNICEF. Além disso, outros importantes indicadores do aleitamento materno segundo a OMS – aleitamento materno na primeira hora de vida e aleitamento materno aos 2 anos de idade – apresentaram valores de 60,8% e 72,4%, respectivamente; também valores acima das médias mundial e nacional^{5,6}.

Apesar destes dados significativos, alguns vieses ainda precisam ser contornados para ter uma noção mais fidedigna da situação. Uma das questões seria o medo das mães que se encontravam em puericultura na maternidade de perder o direito à consulta médica, já que o aleitamento materno exclusivo é requisito para a continuidade das consultas. Outro ponto foi a afirmativa de algumas mães, que tiveram parto cesáreo, de que amamentaram na primeira hora de vida, prática pouco frequente devido ao período de recuperação pós-anestésica. Ademais, para o indicador do aleitamento na primeira hora de vida soma-se o viés de memória, já que algumas mães possuíam filhos com idade próxima aos 2 anos, sendo mais difícil coletar dados das primeiras horas de vida.

A discrepância entre a prevalência nacional atual e a meta definida pela OMS é determinada por diversos fatores que influenciam, positiva ou negativamente, no processo de aleitamento materno exclusivo. Dentre os fatores analisados na pesquisa: aleitamento materno na primeira hora de vida, número de consultas de puericultura nos 6 primeiros meses, tempo de volta da mãe às atividades laborais habituais após o parto, posição do cônjuge a respeito do AME e uso de chupeta ou similares nos 6 primeiros meses obtiveram um valor de $p < 0,05$ (qui-quadrado); sendo o último fator citado o que se mostrou mais impactante para um desfecho desfavorável no processo de AME. Mais de 90% das crianças que não fizeram uso destes artigos, foram mantidas em AME; enquanto aproximadamente 66% das crianças que fizeram uso, receberam outro tipo de alimento. O uso de chupeta pode diminuir a eficiência de sucção no peito, gerando transtornos para o binômio mãe-bebê durante a amamentação e implicando em nutrição inadequada da criança, repercutindo inclusive no ganho de peso da mesma, e consequente introdução precoce de alimentação complementar^{18,19}.

Outro determinante muito importante segundo ROLLINS et al. (2016) é o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, não pelo fato em si, mas pelas implicações que isto traz. Apesar das leis trabalhistas que visam proteger a maternidade, na prática muitas mães ainda encontram diversos obstáculos no cumprimento de seus direitos, desde a obtenção da licença maternidade até o intervalo para amamentar durante o expediente. Os dados da pesquisa

mostraram que, proporcionalmente, a prevalência de AME foi maior no grupo de mães que permaneceram afastadas de suas atividades laborais habituais por um período igual ou maior a 5 meses²⁰.

O incentivo do cônjuge aumentou em 14,5% a prática do aleitamento exclusivo quando comparado ao grupo de mães que não tiveram apoio. Estudo recente mostrou que o envolvimento do pai, desde o pré-natal, acerca dos assuntos que envolvem a maternidade aumentam o senso de responsabilidade do mesmo e percepção do poder de contribuição em diversos aspectos, inclusive aleitamento materno²¹.

As consultas de puericultura servem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, momentos estes oportunos para as mães esclarecerem dúvidas sobre técnica adequada de amamentação, frequência diária e duração das mamadas, entre outros assuntos que promovam a prática correta e garantam o AME durante os 6 meses de vida da criança²². O Ministério da Saúde preconiza um mínimo de 5 consultas no primeiro semestre de vida da criança para o adequado acompanhamento de saúde²², fato corroborado pela pesquisa no tocante à amamentação, que encontrou uma prevalência de AME de 61,7% em crianças que tiveram um mínimo de 5 consultas no período, contrapondo-se a uma prevalência de 43,2% em crianças que tiveram menos de 5 consultas.

Apesar da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido ser apontada como um indicador de sucesso no aleitamento materno⁵, a análise feita não mostrou relação positiva deste fator; ao contrário, o número crianças em AME foi maior em crianças que não foram amamentadas na primeira hora (69,5%) quando comparado às crianças que foram amamentadas (54,6%). Não obstante é preciso considerar os vieses já citados neste artigo como potenciais contribuintes para o resultado inesperado.

Independentemente dos fatores que influenciaram na introdução de outros alimentos antes dos 6 meses de idade, o estudo apontou que apenas 5,5% das crianças em AME apresentaram algum problema de saúde, destoando dos 28,3% que receberam alimentação complementar antes do período preconizado e apresentaram um ou mais problemas de saúde. Tais dados reforçam que a introdução de outros alimentos antes do previsto pode ser prejudicial à criança, uma vez que o sistema digestivo desta não possui maturidade para o processamento de outros alimentos que não sejam o leite materno, implicando na absorção inadequada de nutrientes e desnutrição da criança, comprometendo o sistema imunológico da mesma. Além disso, existe o risco de infecção inerente a alimentos contaminados aos quais a criança fica exposta¹⁸. Apesar do questionário ter abordado apenas os problemas de saúde a curto prazo, a

interrupção do AME pode implicar em problemas de saúde a médio e longo prazo, como desenvolvimento de sobrepeso em crianças a partir da idade pré-escolar, e diabetes quando adultos^{4,23}.

O perfil socioeconômico encontrado no trabalho reflete a realidade de um país, de dimensões continentais, o qual carece ainda de muito investimento em diversas áreas, como a saúde e a educação. As usuárias do SUS, mães de menores de 2 anos, geralmente são mulheres jovens adultas, em união estável, com ensino fundamental incompleto e renda de até um salário mínimo. Para minimizar os vieses de seleção de público, foram escolhidas Unidades Básicas de Saúde que atendessem público da zona rural (14,2%), da periferia (42,2%) e do centro do município (17,2%). Outro estabelecimento de saúde escolhido foi a única maternidade do local (26,4%), a qual possui título de Hospital Amigo da Criança e, por isso, possui rigor maior nos cuidados ao aleitamento materno e práticas correlacionadas. Não houve associação com nível de significância aceitável ($p < 0,05$) relacionando os dados socioeconômicos com o sucesso no aleitamento materno exclusivo para idade materna, estado civil, escolaridade e renda per capita, confrontando a literatura atual, que indica o aumento da taxa de aleitamento materno, direta ou indiretamente, em mães com mais instrução, melhor suporte social e econômico. A idade materna intermediária (18 a 35 anos) também seria fator protetor, associada a menor chance de interrupção do AME. Apenas a idade do filho apresentou significância e corroborou com os dados encontrados em outros trabalhos, os quais mostram que quanto maior a idade da criança, maior a chance de abandono do AME^{15,16}.

Na seção do questionário sobre antecedentes do pré-natal e do puerpério, alguns quesitos não apresentaram um valor de p significativo ($< 0,05$) no cruzamento com o sucesso no aleitamento, conforme esperado e encontrado em outros trabalhos que mostravam influência, positiva ou negativa, para determinados fatores. No entanto algumas informações importantes podem ser instigadas. 91,8% das mães relataram ter conhecimento sobre a importância e a duração do aleitamento materno e que o mesmo deveria ser exclusivo até os 6 meses; neste processo o profissional mais citado foi o enfermeiro (54,9%), seguido pelo médico (35,5%). Isso demonstra que o problema pode não estar na quantidade de informações repassadas, mas possivelmente na forma como são sedimentadas e/ou na disponibilidade de recursos para pôr os conhecimentos em prática. Já com relação ao número de consultas de pré-natal, o tipo de parto e a consulta pediátrica precoce (antes dos 7 dias de vida) há um importante fator responsável pela pouca significância dos dados desta pesquisa, que é o papel da equipe do Hospital Amigo da Criança. Para estas mães o período de internamento para o parto e puerpério

imediatamente serve para as equipes de saúde do local orientarem e auxiliarem as mães na prática do aleitamento e outros momentos correlacionados a chegada do bebê. Desta forma, dificilmente o binômio mãe-bebê tem alta hospitalar sem a prática do aleitamento bem sedimentada, e conseguem manter a conduta até a consulta com pediatra, que se dá entre o oitavo e o décimo quinto dia de nascido. A literatura visitada indica que estes fatores carecem de mais estudos, com maior qualidade, para que possam ser gerados dados mais concisos, devido inúmeros vieses decorrentes da combinação de atitudes neste período de gestação e puerpério. No entanto, mostram tendência de que maior quantidade de consultas pré-natais, parto normal e início precoce das consultas médicas sejam fatores positivos ao AME^{15,16}.

Um dos objetivos secundários visava conhecer os alimentos mais inseridos quando do abandono da prática do aleitamento materno exclusivo, visto que há diferenças regionais na alimentação das crianças. De maneira mais ampla, os líquidos não nutritivos (água e chá) foram os mais introduzidos (30,5%), seguido dos alimentos considerados não saudáveis (56,7%) – incluindo qualquer leite, exceto as fórmulas infantis de partida e de seguimento – e dos saudáveis (29,5%); corroborando como dados de outros trabalhos⁷. Percebemos que algumas mães tentam introduzir os alimentos certos, mesmo no momento considerado não ideal, mas encontram dificuldades, pois geralmente estas orientações são dadas próximas ao sexto mês de vida, o que faz com que recorram a meios mais simples de alimentar o filho. Um dado interessante foi a porcentagem de introdução de fórmulas lácteas (18,6%) no lugar do leite de gado (17,5%) – contraindicado até o primeiro ano de idade – mostrando que apesar do maior custo, os pais estão mais preocupados com a alimentação das crianças e seguindo orientação médica para minimizar os danos do abandono da prática do aleitamento materno³. Apesar disso são necessários outros estudos para averiguar o correto uso destas fórmulas e o impacto na saúde da criança a médio e longo prazo. Outro dado relevante foi o ainda alto percentual de consumo de alimentos não saudáveis, os quais são totalmente contraindicados⁷. Pesquisa sobre práticas alimentares realizada em Goiânia-GO em 2015, mostra elevados percentuais para introdução de água e chá e alimentos considerados saudáveis, com aumento dos valores conforme a criança fica com mais idade, mas não destaca a introdução de alimentos não saudáveis¹⁸.

Diversas consequências podem surgir – a curto, médio e longo prazo – decorrentes do fracasso no processo do aleitamento materno. A literatura cita diversas delas, algumas já comprovadas, outras carentes de mais estudos, nas diferentes esferas de um ser biopsicossocial. Redução do vínculo afetivo materno-infantil, diarreia, infecção respiratória, alergias,

hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, desenvolvimento inadequado da cavidade bucal, déficit de cognição e memória, diminuição da renda e da escolaridade aos 30 anos; entre inúmeras outras^{2,4}. O presente estudo focou em doenças de curto prazo e de foco biológico. Apesar de em ambos os grupos, com AME ou sem AME, o percentual de crianças enfermas ser menor que o de saudáveis, a prevalência de doenças em crianças com AME correto foi relativamente menor: 5,5% contra 28,3% nas crianças que tiveram falha no AME. As doenças mais frequentes foram IVAS citada por 12 mães (4,4%) e diarreia por 8 mães (2,9%), o que mostra influência importante na imunidade, levando a mais processos infecciosos e distúrbios de adaptação de um trato gastrintestinal em desenvolvimento e, ainda não totalmente preparado para receber outro tipo de alimento. Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura que mostra que aproximadamente metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias poderiam ser evitadas pela amamentação; assim como também expõe o AME ser fator protetor para problemas no longo prazo, não incluídos nesta pesquisa⁴.

Espera-se que, através do conhecimento dos fatores de influência locais neste processo e consequente melhor direcionamento de ações visando capacitação de famílias e uso adequado dos recursos em saúde pública, haja melhora nos índices de aleitamento materno exclusivo. O presente trabalho gera a possibilidade de criação de rodas de conversas, oficinas e palestras para esclarecer dúvidas e fornecer orientações visando o fortalecimento da prática do aleitamento materno. Ademais, serve para formação de substrato para ajustes nas políticas públicas sobre o tema do aleitamento materno, sobretudo no que se refere à elaboração de campanhas de marketing mais efetivas. Consequentemente, pode promover a redução de gastos públicos decorrentes da não adesão ao aleitamento materno, como os relacionados a doenças infantis ou ao uso de leite artificial sem indicações fortes.

V. REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6-8. Washington, DC: 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de atenção básica).
3. SARUBBI JR., V. et al. Representações de pediatras acerca das alternativas de alimentos lácteos diante do desmame inevitável. **Rev. paul. Pediatr.**: São Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-53, Mar. 2017. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2018.
4. VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**. 2015;3(4): e199-205.
 5. UNICEF. **The States of The World's Children 2016: A Fair Chance for Every Children**. New York: 2016.
 6. WHO/UNICEF. **Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief** (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: 2014.
 7. FLORES, T. R. et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, nov. 2017.
 8. BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 51. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>>. Acesso em: 04 abr. 2018.
 9. SERGIPE. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa-saude-sergipe**. Disponível em: <<http://saude.se.gov.br/index.php/2016/01/19/120/mapa-saude-sergipe-2/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
 10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Sergipe). **Itabaiana: Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/se/itabaiana/panorama>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2014. p. 8.
 12. BRASIL. Portal da Saúde. **Relação dos Hospitais Amigos da Criança - Brasil - 2015**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

15. FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623 – 630, out. 2006.
16. BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. de; OLIVEIRA, M. I. C. de. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 91, 2015.
17. VENANCIO, S. I. et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00010315, 2016.
18. SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300465&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2017.
19. FONSECA, P. C. de A. et al. Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2713-2726, Ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802713&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2018.
20. ROLLINS N.C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**. 2016 Jan;387(10017): 491-504. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01044-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01044-2.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2017.
21. REGO, R. M. V. et al. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. **Acta paul. Enferm.**: São Paulo, v. 29, n. 4, p. 374-380, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000400374&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2018.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de atenção básica)
23. NASCIMENTO, V. G. et al. Aleitamento materno, introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 34, n. 4, p. 454-459, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000400454&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2017.

3 REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6-8. Washington, DC: 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de atenção básica).
3. SARUBBI JR., V. et al. Representações de pediatras acerca das alternativas de alimentos lácteos diante do desmame inevitável. **Rev. paul. Pediatr.**: São Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-53, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2018.
4. VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**. 2015;3(4): e199-205.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Genebra: OMS; 1989. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-715.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.
6. UNICEF. **The States of The World's Children 2016: A Fair Chance for Every Children**. New York: 2016.
7. VENÂNCIO, Sonia I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, ago. de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2016.
8. WHO/UNICEF. **Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief** (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014.
9. BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 51. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>>. Acesso em: 04 abr. 2018.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

12. FLORES, T. R. et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00068816, nov. 2017.
13. SERGIPE. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa-saude-sergipe**. Disponível em: <<http://saude.se.gov.br/index.php/2016/01/19/120/mapa-saude-sergipe-2/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Sergipe). **Itabaiana**: Panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/se/itabaiana/panorama>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2014. p. 8.
16. BRASIL. Portal da Saúde. **Relação dos Hospitais Amigos da Criança - Brasil - 2015**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part I: definition**. Geneva: WHO, 2008.
18. VENANCIO, S. I. et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00010315, 2016.
19. PINHEIRO, J.M.F. et al. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 367-375, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000300367&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2016.
20. FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623 – 630, out. 2006.
21. REGO, R. M. V. et al. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. **Acta paul. Enferm.**: São Paulo, v. 29, n. 4, p. 374-380, ago. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000400374&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2018.
22. BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. de; OLIVEIRA, M. I. C. de. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 91, 2015.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

PRÁTICAS ALIMENTARES NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA				
Nº:	DATA: ___/___/___	LOCAL:		
I. PERFIL SOCIOECONÔMICO				
01) IDADE DA MÃE				
< 18 anos	18 – 30 anos	> 30 anos	Não se aplica	
02) ESTADO CIVIL				
Casada / União Estável	Solteira	Não se aplica		
03) ESCOLARIDADE (ÚLTIMA SÉRIE CURSADA)				
Não alfabetizada	Ensino fundamental	Ensino médio	Ensino superior	
04) RENDA PER CAPITA DOMICILIAR MENSAL (EM REAIS)				
< 77 reais	77 – 154 reais	> 154 reais	Não se aplica	
05) IDADE DO FILHO MAIS NOVO				
< 06 meses	≥ 06 meses	Não se aplica		
II. ANTECEDENTES DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO				
06) CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ANTES DO INÍCIO DA AMAMENTAÇÃO				
Importância	AME	Não se aplica		
07) ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE				
Médico	Enfermeiro	Outro área da saúde	Não se aplica	
08) NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS				
< 6	≥ 6	Não se aplica		
09) TIPO DE PARTO				
Normal	Cesárea	Não se aplica		
10) ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA				
Sim	Não	Não se aplica		
11) DATA DA PRIMEIRA CONSULTA DE PUERICULTURA				
≤ 07 dias	> 07 dias	Não se aplica		
12) NÚMERO DE CONSULTAS DE PUERICULTURA NOS SEIS PRIMEIROS MESES				
< 5	≥ 5	Não se aplica		
13) TEMPO PARA VOLTA ÀS ATIVIDADES LABORAIS HABITUAIS APÓS O PARTO				
< 05 meses	≥ 05 meses	Não se aplica		
14) POSIÇÃO DO CÔNJUGE SOBRE O AME				
Incentivo	Indiferença ou oposição	Não se aplica		
15) INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS NOS SEIS PRIMEIROS MESES				
< 30 dias	31 – 180 dias	Não	Não se aplica	
16) MOTIVO DA INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS				
Recomendação médica	Problema no aleitamento	Pressão familiar	Vontade própria	
Trabalho	Não se aplica			
17) ALIMENTOS INTRODUZIDOS NOS SEIS PRIMEIROS MESES				
Fórmula de partida	Leite de gado	Mingau doce ou salgado	Comida salgada	
Água	Suco	Verduras ou legumes	Frutas	
Industrializados	Biscoitos	Carnes	Ovos	
Outros	Não se aplica			
18) USO DE CHUPETA, MAMADEIRA OU CHUQUINHA NOS SEIS PRIMEIROS MESES				
Sim	Não	Não se aplica		
19) DATA DO DESMAME COMPLETO				
< 06 meses	≥ 06 meses	Não	Não se aplica	
20) MOTIVO DO DESMAME COMPLETO				
Recomendação médica	Problema no aleitamento	Pressão familiar	Vontade própria	
Trabalho	Não se aplica			
21) PROBLEMAS DE SAÚDE INFANTIL NOS SEIS PRIMEIROS MESES				
IVAS frequentes (≥ 5)	Pneumonia	Parasitoses	Desidratação	
Diarreia	Desnutrição	Anemia	Icterícia	
DRGE	Atraso no desenvolvimento	Outros relevantes	Nenhum relevante	
Não se aplica				

ANEXO B – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa **“Panorama do Aleitamento Materno Exclusivo em Usuárias do SUS no Município de Itabaiana-SE”**. O objetivo da pesquisa é **“traçar a situação atual do aleitamento materno exclusivo (AME) encontrada no município de Itabaiana-SE.”**. A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: **respondendo um questionário, cujas perguntas serão referentes ao AME e alguns dados maternos**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: **atualizar os dados referentes ao AME neste município. Além disso, conhecer o perfil socioeconômico das mães, tentar identificar fatores locais de influência no aleitamento materno e os principais alimentos introduzidos antes dos seis meses de vida, buscando-se compreender ainda mais a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças.**

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerada pela participação.

Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar **(Igor Lima de Oliveira, Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia Filho, Rua Padre Álvares Pitangueira, 248, Telefone (79) 99825-8955 e e-mail igor.ldo@hotmail.com)** ou **(Ivo Lima Oliveira Marinheiro, Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia Filho, Rua Padre Álvares Pitangueira, 248, Telefone (79) 99964-7868 e e-mail ivoj2008@gmail.com)**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, na Cidade Universitária – Avenida Marechal Rondon, s/n Jardim Rosa Elze, 49100-000- São Cristóvão-SE, Telefone 2105-6600, e-mail comunica@ufs.br, site www.ufs.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a senhora.

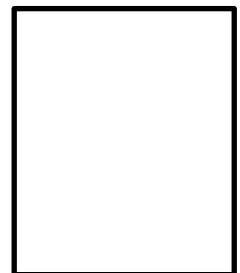
_____, de _____ de _____

Pesquisador Responsável (RG): _____

Eu, _____,
tendo sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos da
pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa
descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Data:



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA

06/05/2018

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

- 4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

- 5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

- 6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

- 7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

- 8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

- 8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

- 9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

- 10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos

princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho,

oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de

acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo*, *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)* e *Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@fiocruz.br

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PANORAMA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM USUÁRIAS DO SUS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE

Pesquisador: ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85229818.7.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.587.326

Apresentação do Projeto:

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina UFS CAMPUS LAGARTO Sergipe

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o panorama atual do Aleitamento Materno Exclusivo em usuárias do SUS do município de Itabaiana-SE

Objetivo Secundário:

a) Identificar fatores de influência no aleitamento materno exclusivo no município de Itabaiana-SE. b) Traçar o perfil socioeconômico das usuárias entrevistadas na pesquisa. c) Identificar os alimentos mais frequentemente introduzidos antes dos seis meses de idade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

não há previsão de risco físico mas a entrevistada pode alegar relutância ou constrangimento

Benefícios:

O presente trabalho gera a possibilidade de criação de rodas de conversas, oficinas e palestras para esclarecer dúvidas e fornecer orientações

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)3194-7208

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.587.326

visando o fortalecimento da prática do aleitamento materno.

Ademais, serve para formação de substrato para ajustes nas políticas públicas sobre o tema do aleitamento materno, sobretudo no que se refere à elaboração de campanhas de marketing mais efetivas. Consequentemente, pode promover a redução de gastos públicos decorrentes da não adesão ao aleitamento materno, como os relacionados a doenças infantis ou ao uso de leite artificial sem indicações fortes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho teve como objetivo geral traçar o panorama atual do AME em usuárias do SUS no município sergipano de Itabaiana; como também conhecer o perfil socioeconômico das mães, identificar fatores locais de influência no aleitamento materno exclusivo e os principais alimentos introduzidos antes dos seis meses de vida. Para tanto, foi realizado estudo epidemiológico do tipo transversal através de questionário impresso estruturado, após assinatura do TCLE, em 200 mães, as quais preencheram os critérios de inclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto Assinatura da coordenadora do Departamento de Medicina UFS Campus Lagarto
2. TCLE cita que a participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade;
3. Declarações Institucionais de Anuência: assinadas pelos responsáveis das Unidades Básicas de Saúde SUS no município sergipano de Itabaiana; do Hospital Maternidade São José
4. Orçamento: Financiamento Próprio
5. Cronograma exequível após aprovação do comitê

Recomendações:

O TCLE encontra-se em formato carta convite, porém deve apresentar-se em tom coloquial, conforme exigido pelas resoluções 466/12 e 510/16 CONEP. Toda pesquisa que envolve seres humanos, ainda que em aplicação de questionário, acarreta o risco mínimo de constrangimento devido a exposição, além de citar o sigilo, cabe citar o encaminhamento a fim do risco ser contornado e apresentar o benefício direto ao participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver as recomendações a serem consideradas no decorrer da aplicação dos procedimentos (Página no portal da UFS: cep.ufs.br)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.587.326

Considerações Finais a critério do CEP:

Verificar recomendações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1068861.pdf	06/03/2018 12:34:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	06/03/2018 12:33:59	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/03/2018 12:28:44	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao_.pdf	06/03/2018 12:09:30	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.pdf	06/03/2018 12:08:44	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	06/03/2018 12:03:47	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisador.pdf	31/01/2018 17:04:14	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/01/2018 17:03:56	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 09 de Abril de 2018

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br