



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CAMPUS UFRJ MACAÉ
Professor Aloísio Teixeira
Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia



VIVIANE SOUZA MACHADO PAES

TENDÊNCIA TEMPORAL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE
MACAÉ/ RIO DE JANEIRO.

MACAÉ
2020

VIVIANE SOUZA MACHADO PAES

TENDÊNCIA TEMPORAL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE
MACAÉ/ RIO DE JANEIRO.

Trabalho de conclusão de curso para obtenção
do título de graduação em Enfermagem e
Obstetrícia, apresentado à Universidade
Federal do Rio de Janeiro- Campus Macaé.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rejane Correa
Marques.

MACAÉ
2020

TENDÊNCIA TEMPORAL DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE MACAÉ/ RIO DE JANEIRO

TEMPORAL TREND OF BREASTFEEDING IN THE CITY OF MACAÉ / RIO DE JANEIRO

Viviane Souza Machado Paes, e-mail: vivi.machado@hotmail.com, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé, Macaé, Brasil.

Rejane Corrêa Marques , e-mail: rejanecmarques@globocom.com, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé, Macaé, Brasil.

RESUMO:

Objetivo: Realizar análise descritiva da situação do aleitamento materno em crianças menores de quatro meses do município de Macaé/ RJ. Métodos: Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, utilizando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponível no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram utilizadas as seguintes variáveis: crianças menores de 4 meses em aleitamento materno misto e crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo, residentes no município de Macaé, no período de 2005 a 2015. O recorte temporal escolhido foram os últimos 10 anos consolidados no DATASUS. Resultados: O número de crianças cadastradas e amamentadas no município durante o período estudado mostra que, em todos os anos, o percentual se manteve estável para todas as variáveis estudadas. A prática de AME sofreu pouca variação com o menor percentual observado de

68% em 2011 e com um valor máximo de 75%, em 2013. O percentual de aleitamento misto se manteve entre 24% e 29%, enquanto o percentual de crianças não amamentadas ficou entre 1% a 3%. Conclusões: Existem evidências suficientes para afirmar que o apoio à amamentação é necessário para aumentar a duração e a exclusividade da amamentação, garantindo múltiplas vantagens à saúde de recém-nascidos a termo e pré-termo, crianças, mães e sociedade em geral.

PALAVRA-CHAVE: Aleitamento materno [epidemiologia], Saúde Materno-Infantil, Estudos de séries Temporais.

ABSTRACT:

Objective: To perform a descriptive analysis of the situation of breastfeeding in children under four months of age in the city of Macaé / RJ. **Methods:** A descriptive, retrospective epidemiological study was performed using the Primary Care Information System (SIAB), available on the website of the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS). The following variables were used: children under 4 months of age with mixed breastfeeding and children under 4 months of exclusive breastfeeding residing in the municipality of Macaé, from 2005 to 2015. The time frame chosen was the last 10 years consolidated in DATASUS. **Results:** The number of children registered and breastfed in the municipality during the study period shows that, in all years, the percentage remained stable for all variables studied. The practice of EBF suffered little variation with the lowest observed percentage of 68% in 2011 and with a maximum value of 75% in 2013. The percentage of mixed breastfeeding remained between 24% and 29%, while the percentage of non-breastfed children was between 1% to 3%. **Conclusions:** There is sufficient evidence to state that support for breastfeeding is necessary to increase the duration and

exclusivity of breastfeeding, guaranteeing multiple health benefits for term and preterm newborns, children, mothers and society in general.

KEYWORDS: Breastfeeding [epidemiology], Maternal and Child Health, Time Series Studies

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	7
3. RESULTADOS	9
4. DISCUSSÃO	11
5. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento mais completo para o bebê, ele promove o aumento do vínculo afetivo entre mãe e filho, oferece ao bebê nutrição e proteção imunológica, resultando na prevenção de infecções e possui destaque na diminuição da mortalidade infantil por causas evitáveis. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes por causas preveníveis em crianças menores de 5 anos em todo o mundo.¹

O Ministério da Saúde do Brasil define aleitamento materno exclusivo como aquele em que criança recebe somente o leite materno diretamente da mama ou ordenhado ou leite humano de outra fonte, sem a introdução de qualquer outro alimento líquido ou sólido. Aleitamento misto é quando a criança recebe o leite materno e outros tipos de leite ou líquidos.¹

O início precoce do aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo (AME) são estratégias eficazes para melhorar a taxa global de sobrevivência infantil.² Os benefícios a curto e longo prazo do início precoce do aleitamento materno e do AME estão bem documentados. O início precoce do aleitamento materno reduz o risco de morbimortalidade neonatal, pois impede a introdução de alimentos pré-lácteos contaminados (água, água de arroz, fórmulas infantis, mistura de ervas ou suco etc.) que privam os recém-nascidos do colostro, um alimento rico em nutrientes e imunoglobulinas.^{2,3}

O AME protege contra doenças diarreicas, uma das principais causas de mortes infantis globais.^{4,5} e obesidade infantil,⁶ e é provável que aumente o funcionamento neurocognitivo infantil.⁵ Benefícios para saúde materna, ou seja, proteção contra câncer de mama, espaçamento de gestações, amnorreia lactacional, menores chances de câncer de ovário e mama e risco reduzido de desenvolver diabetes tipo 2 foram relatados em mães

que amamentaram exclusivamente.⁷ O leite materno também tem impacto econômico positivo no rendimento familiar.⁸

Em 2019, apenas 41% dos bebês com menos de seis meses de idade foram amamentados exclusivamente em todo o mundo.⁹ Essa estimativa pode variar amplamente nos países de baixa e média renda e nos países de alta renda.⁷ Para melhorar as taxas globais de aleitamento materno e reconhecendo a necessidade de uma ação global acelerada, a Assembleia Mundial da Saúde endossou um conjunto de metas globais de nutrição, onde a meta 5 visa aumentar a taxa global de AME, nos primeiros seis meses para pelo menos 50% até 2025.¹⁰ Para incentivar e na tentativa de alcançar essa meta, a OMS e o UNICEF publicaram em 2018, o guia “10 passos para aumentar o apoio ao aleitamento materno” com objetivo de apoiar as mães a amamentarem e auxiliar aos profissionais de saúde no apoio ao aleitamento materno.¹¹ No entanto, um estudo recente indicou que apenas três países africanos (Guiné-Bissau, Ruanda e São Tomé e Príncipe) estão a caminho de atingir as metas globais de nutrição para o AME.¹²

Diante dos benefícios, o Ministério da Saúde recomenda que crianças recebam o leite materno de forma exclusiva até o sexto mês de vida. Após esse período devem receber o leite materno de forma complementar iniciando uma alimentação adequada e nutritiva.¹

No Brasil, a partir da década de 80 foram iniciadas ações e políticas de incentivo com objetivo de aumentar a prevalência do aleitamento materno e, em 1990, o Ministério da Saúde intensificou o incentivo a essa prática, investindo em projetos, legislações e campanhas publicitárias, contribuindo de forma significativa para melhoria dos indicadores de saúde da criança.¹³ Apesar de todas as campanhas de incentivo, de uma legislação vigente e das vantagens econômicas, de saúde e sociais trazidas pelo aleitamento materno, em média somente 40% das crianças brasileiras são amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida. Apenas 4 entre 10 bebês.¹¹

Todos os incentivos à prática de amamentação tem impacto importante no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo e misto, evidenciando a necessidade da promoção ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde.

Objetivo: Realizar análise descritiva da situação do aleitamento materno em crianças menores de quatro meses do município de Macaé/ RJ.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de base secundária. Para a realização do estudo, foi utilizado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponível no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O SIAB, principal sistema de informação em saúde (SIS) da atenção básica, é uma ferramenta de gestão das equipes de saúde que requer planejamento e organização para obter indicadores com a finalidade de conhecer e analisar a situação de saúde.¹⁴ Os dados disponíveis são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Foram utilizadas as seguintes variáveis: crianças menores de 4 meses com aleitamento materno misto e crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo residentes no município de Macaé no período de 2005 a 2015. O recorte temporal escolhido foram os últimos 10 anos consolidados no DATASUS, e o recorte da idade da criança é a categoria disponível na plataforma.

Macaé é um município brasileiro do estado do Rio de Janeiro. Segundo dados do IBGE, sua população no último Censo de 2010 é de 206.728 pessoas, e foi estimada em 256.672 pessoas em 2019.¹⁵ No incentivo ao Aleitamento materno Macaé tem uma equipe multiprofissional na Casa da Criança e Adolescente para atender e orientar mães e famílias no processo da amamentação. Ocorre também na semana mundial de aleitamento materno, na primeira semana de agosto, a comemoração com ações e eventos na cidade realizado por

voluntários, profissionais de saúde, instituições pró-amamentação além de programas de atenção integral à saúde da mulher e a casa da criança e adolescente pelo governo municipal, todos em prol de levar orientações e reforçar a importância da prática a amamentação.¹⁶

Descrição das variáveis utilizadas (SIAB):

Crianças até 4m: Número de crianças até 4 meses: Crianças que no último dia do mês estiverem com idade até 3 meses e 29 dias.

Cr<4m AleitMatExcl: Número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo: número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em regime de aleitamento materno exclusivo.

Cr<4m Aleit Misto: Número de crianças menores de 4 meses com aleitamento misto: número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em regime de aleitamento misto.

Por se tratar de fontes de dados secundários lançados em plataformas online de domínio público, o protocolo de pesquisa não passou por comitê de revisão ética.

Os dados foram organizados em planilhas Microsoft® Excel 2010. Foi empregada a análise estatística descritiva incluindo a frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) para variáveis categóricas. Os resultados obtidos são apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 e o Gráfico 1 apresentam a situação do aleitamento materno em crianças menores de 4 meses, no município de Macaé, nos anos de 2005 a 2015. A análise do número de crianças cadastradas e amamentadas no município durante o período estudado (Tabela 1) mostra que, em todos os anos, o percentual se manteve estável para todas as variáveis estudadas.

A prática de AME sofreu pouca variação com o menor percentual observado de 68% em 2011 e com um valor máximo de 75%, em 2013. O percentual de aleitamento misto se manteve entre 24% e 29%, enquanto o percentual de crianças não amamentadas ficou entre 1% a 3%.

Tabela 1: Crianças <4 meses em aleitamento materno exclusivo nos anos de 2005 a 2015 no município de Macaé.

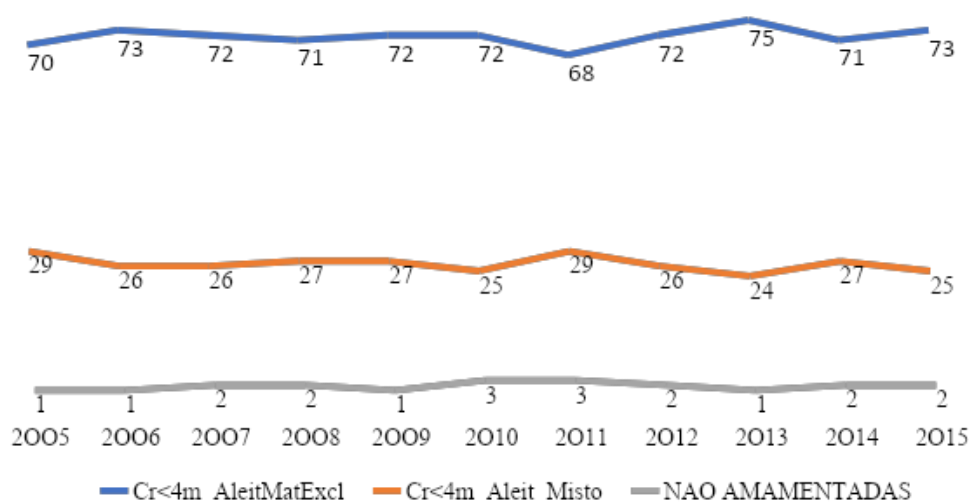
Ano	Cr Até 4m	Cr<4m_AleitMatExc		Cr<4m_Aleit_Misto		Não amamentadas	
		N	%	N	%	N	%
2005	4501	3140	70	1323	29	38	1
2006	4481	3257	73	1162	26	62	1
2007	4739	3423	72	1218	26	98	2
2008	3841	2712	71	1057	27	72	2
2009	2903	2104	72	774	27	25	1
2010	3143	2263	72	799	25	81	3
2011	3867	2643	68	1132	29	92	3
2012	4004	2868	72	1055	26	81	2
2013	3680	2744	75	883	24	53	1
2014	3085	2175	71	844	27	66	2
2015	3551	2610	73	882	25	59	2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

O Gráfico 1 apresenta a tendência temporal do aleitamento materno no município de Macaé.

Todos os anos apresentaram altas proporções de bebês amamentados. A melhora na prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 4 meses foi mais evidente no ano de 2013.

Gráfico 1: Tendência temporal do aleitamento materno em crianças menores de 4 meses no município de Macaé, no período de 2005 a 2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

4. DISCUSSÃO

Informações sobre taxas e práticas de amamentação no Brasil estão disponíveis em vários conjuntos de dados governamentais, incluindo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal – PPAM/Capitais e DF¹⁷ Pesquisa Nacional de Saúde – PNS¹⁸ e o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/SUS. De acordo com a II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal realizada em 2008, no município de Macaé 35% das crianças <6 meses estavam em AME, o que implica na limitação parcial na comparação dos dados, uma vez os dados utilizados neste estudo abrange crianças até 4 meses de idade.

Os resultados do presente estudo apontaram percentuais importantes nas práticas de amamentação ao longo de um período de 10 anos no município de Macaé. A prevalência de AME aos 4 meses de idade mostrou-se estável desde 2005, mantendo um percentual entre 70% e 73% até 2011, quando houve uma queda para 68%. Nos anos seguintes as taxas voltaram a subir, atingindo 75% em 2013, o maior percentual do período estudado. Essas taxas de aleitamento materno observadas podem ser classificadas como aceitáveis de acordo com os parâmetros da OMS.^{3,19} Contudo, nossos achados não corroboram os

resultados de pesquisas nacionais.^{17,20,21} e de análise de tendência do AM realizadas na última década, que demonstraram um aumento na prevalência e duração mediana do AM, mas avanço lento no AME^{22,23,24,25,26}.

Diferente dos nossos resultados, uma metanálise sobre aleitamento materno no Brasil, encontrou uma prevalência média de AME nos seis primeiros meses de vida da criança de 25% e duração mediana de apenas 55,41 dias.²⁷ Foi observado prevalências do aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP) e aleitamento materno (AM) na ordem de 29,8%, 18,5% e 82,8%, respectivamente.²⁸ Outros estudos sobre prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) também identificaram a diminuição dessa prática,^{29,30} a exemplo da A II PPAM/Capitais e DF que evidenciou a prevalência da amamentação materna exclusiva em 2008 de 41%¹⁷

Toriyama et al.²⁴ observaram uma prevalência de AM em um município do interior de São Paulo de 61,9%, com um avanço de 20,9% entre 2001 a 2013, além de um incremento de 40,8% no AME em crianças menores de quatro meses. Uma outra pesquisa que compara as prevalências entre Brasil e o estado de São Paulo demonstra um decréscimo no Brasil e em São Paulo de 25% nas taxas de amamentação no período de 2010 e 2015.³¹

Um estudo realizado sobre a influência das informações da Pesquisa Nacional de Saúde sobre a trajetória do AME no Brasil, aponta grandes variações nas prevalências por ausência da data de entrevista nos microdados, o que comprometeu o cálculo exato da idade. Por isso os resultados variam de 25,3% a 42% em AME e 54% a 61% em AM, prejudicando a confiabilidade dos resultados.³² Não se pode deixar de observar a importância de uma correta alimentação e atualização dos dados para gerar ações efetivas, seja ela em função de uma pesquisa ou para alimentar o sistema de dados públicos e estabelecer políticas públicas.

Victora et al.⁷ realizaram comparações sobre AME entre países de alta, média e baixa renda. Os autores constataram que em países de baixa e média renda não há diferenças nas taxas de AME. Também foi observado que nesses países houve um aumento de 0,5 pontos percentuais por ano desde 1993 chegando a 35% em 2013. Outro dado importante observado foi que a maioria dos países de alta renda não relatam indicadores confiáveis e padronizados. O que mais uma vez pode gerar uma falta de confiabilidades dos dados expostos.

A amamentação implica em melhores resultados para a saúde infantil e materna no mundo industrializado e em desenvolvimento.^{7,33} Questões metodológicas importantes foram levantadas quanto à qualidade de alguns desses estudos aqui referidos, especialmente quanto ao tamanho das populações estudadas, qualidade do conjunto de dados, ajuste inadequado de fatores de confusão e falta de uma relação causal definida entre a amamentação e o desfecho específico.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a amamentação exclusiva por cerca de 6 meses, com a continuação da amamentação por dois anos ou mais, conforme desejado mutuamente pela mãe e pelo bebê, uma recomendação ratificada pelo Ministério da Saúde do Brasil e governos de todo o mundo. Essa recomendação se baseia na evidência científica de que o leite materno fornece todos os nutrientes que as crianças precisam e os benefícios para a saúde são impressionantes.³⁴ Porém, as taxas gerais de amamentação no Brasil ainda estão abaixo das metas internacionais.³⁵

As vantagens do aleitamento materno para a mãe e o filho, e também para a saúde pública em geral, nunca foram tão conhecidas como são hoje⁷. No entanto, a prática do aleitamento materno em nível global ainda é muito modesta, com muito espaço para melhorias, principalmente no que se refere ao aleitamento materno exclusivo.^{7,33,36}As

projeções contidas na literatura indicam que o progresso na duração da reprodução exclusiva ocorrerá lentamente.³⁷

Uma recente revisão Cochrane confirmou a evidência de que o apoio ao aleitamento materno oferecido às mulheres aumenta a duração e a exclusividade do aleitamento materno antes das quatro a seis semanas e antes dos seis meses de idade.³⁸ Apesar da grande heterogeneidade dos grupos, o efeito de intervenções de apoio é robusto em todos os contextos.

As desvantagens em termos de saúde e custos econômicos decorrentes de baixas taxas de aleitamento materno são geralmente subestimadas. A descontinuação precoce da amamentação pode estar associada a problemas maternos, como doença materna, dor no peito, desconforto ao aleitamento materno ou adoecimento do recém-nascido.^{7,39} Contudo, o trabalho sem licença-maternidade, mães adolescentes e uso de chupeta, também estão entre os fatores que favorecem o desmame precoce e, por isso, precisam ser incluídos nas ações a favor da amamentação.²⁸

Vieira et al.⁴⁰ sugere que mudanças nas características da população podem influenciar os indicadores, assim como investimentos em promoção e proteção. Os autores constataram também que fatores como melhoria da escolaridade ou menor número de mães adolescentes e diminuição do uso de chupeta contribuem positivamente nos indicadores de aleitamento materno, assim como a iniciativa de empresas que instala salas de apoio à amamentação nos locais de trabalho, para mulheres que estão amamentando.

Os profissionais de saúde têm um papel crucial na amamentação exclusiva e contínua, porque apoiam a amamentação no período perinatal e nos dias seguintes, de modo que a inadequação dos profissionais de saúde na resolução de problemas de amamentação por falta de conhecimento e habilidades pode influenciar negativamente o suporte a amamentação.^{39, 40, 41}

Para melhorar o processo de coleta, registro e comunicação de dados sobre aleitamento materno será necessário alinhar claramente as definições, empregar uma metodologia uniforme e atualizar os aplicativos de computadores na atenção primária à saúde, para que os relatórios exigidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) possam ser obtidos de maneira confiável, bem como os relatórios de saúde pública necessários para monitorar o trabalho preventivo na atenção à saúde da criança e monitorar os indicadores de saúde pública sobre seu crescimento e desenvolvimento. Uma visão geral da literatura sobre o assunto indica que problemas e deficiências semelhantes no monitoramento do status da amamentação também aparecem no nível da União Europeia e nos Estados Unidos.³³

5. CONCLUSÃO

Existem evidências suficientes para afirmar que o apoio à amamentação é necessário para aumentar a duração e a exclusividade da amamentação, garantindo múltiplas vantagens à saúde de recém-nascidos a termo e pré-termo, crianças, mães e sociedade em geral. Esforços devem ser feitos para garantir o apoio à amamentação a todas as mulheres nos diferentes contextos, assumindo-o como um objetivo coletivo e não apenas como um objetivo materno. Como as práticas de amamentação são afetadas por diferentes fatores, as intervenções na promoção da amamentação incluem aspectos individuais, sociais, políticos e financeiros.

No estudo em questão, ainda que o município de Macaé apresente indicadores considerados bons, pela OMS, nota-se que não há grande variação da porcentagem durante o período de dez anos, mostrando uma estagnação nos resultados. Entende-se a importância de reforçar e incentivar por meio de ações e políticas públicas efetivas, tendo o território como referência a fim de acelerar e aumentar os indicadores e ter a possibilidade de atingir

o índice de 100% de prevalência e contribuir para a melhora da saúde das crianças. Nesse contexto o profissional de saúde tem importante papel no incentivo a amamentação, e torna necessário conhecimento técnico, habilidades para acolher a mãe e a família no processo de amamentação.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, et al. Breastfeeding in the Community-How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):413. Published 2020 Jan 8. doi:10.3390/ijerph1702041
3. World Health Organization . Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1: Definitions: Conclusions of a Consensus Meeting Held 6–8 November 2007 in Washington DC, USA. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2008.
4. Ogbo F.A., Agho K., Ogeleka P., Woolfenden S., Page A., Eastwood J. Infant feeding practices and diarrhoea in sub-Saharan African countries with high diarrhoea mortality. *PLoS ONE*. 2017;12:e0171792. doi: 10.1371/journal.pone.0171792
5. Victora C.G., Horta B.L., de Mola C.L., Quevedo L., Pinheiro R.T., Gigante D.P., Gonçalves H., Barros F.C. 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:e199–e205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.
6. Mannan H. Early Infant Feeding of Formula or Solid Foods and Risk of Childhood Overweight or Obesity in a Socioeconomically Disadvantaged Region of Australia: A Longitudinal Cohort Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018;15:1685. doi: 10.3390/ijerph15081685
7. Victora, CG. Breastfeeding exclusivity and duration: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015, *International Journal of Epidemiology*, Volume 48, Issue Supplement_1, April 2019, Pages i72–i79, <https://doi.org/10.1093/ije/dyy159>

8. Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7–14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>
9. World Health Organization . Global Breastfeeding Scorecard, 2019: Increasing Commitment to Breastfeeding through Funding and Improved Policies and Programmes. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2019.
10. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization; 2014. Available online: <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>
11. OPAS/OMS BRASIL. OMS e UNICEF lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo. BRASIL; 2018[acesso dia 30 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820
12. Bhattacharjee N.V., Schaeffer L.E., Marczak L.B., Ross J.M., Swartz S.J., Albright J., Gardner W.M., Shields C., Sligar A., Schipp M.F. Mapping exclusive breastfeeding in Africa between 2000 and 2017. *Nat. Med.* 2019;25:1205–1212. doi: 10.1038/s41591-019-0525-0.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno Brasília, 2017.
14. Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). [acesso em 01 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>
15. IBGE POPULAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Acesso em 01 de maio de 2020]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
16. Equipe Secom. Macaé comemora Semana Mundial de Aleitamento Materno. Prefeitura de Macaé; 2019 [acesso em 01 de maio de 2020] disponível em: <http://macae.rj.gov.br/noticias/leitura/noticia/macaee-comemora-semana-mundial-de-aleitamento-materno>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: MS; 2009a. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pesquisa.pdf>

18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013. Ciclos de vida. Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
19. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: Measurement. Geneva: WHO; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: MS; 2009b. Disponível em: http://ecos-rednutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1457
21. Venancio Sonia Isoyama, Saldiva Sílvia Regina Dias Médici, Monteiro Carlos Augusto. Tendência secular da amamentação no Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 May 04]; 47(6): 1205-1208. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>.
22. Santos, IS; Barros, FC; Horta, BL; Menezes, A M B; Bassani, D; Tovo-Rodrigues, L; Lima, NP; Victora, CG. Breastfeeding exclusivity and duration: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015, International Journal of Epidemiology, Volume 48, Issue Supplement_1, April 2019, Pages i72–i79, <https://doi.org/10.1093/ije/dyy159>
23. Ferreira, Hellen Lívya Oliveira Catunda et al. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 3 [Acessado 15 Abril 2020], pp. 683-690. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>.
24. Toriyama ATM, Fujimori E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian CBN. Breastfeeding in a small city in São Paulo state, Brazil: what changed after a decade?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2941. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.1858.2941>.
25. Venancio Sonia I., Escuder Maria M. L., Saldiva Sílvia R. D. M., Giugliani Elsa R. J.. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2010 Aug [cited 2020 May 06]; 86(4): 317-324. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572010000400012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
26. Boccolini Cristiano Siqueira, Boccolini Patricia de Moraes Mello, Monteiro Fernanda Ramos, Venâncio Sonia Isoyama, Giugliani Elsa Regina Justo. Indicadores de aleitamento materno tendências no Brasil há três décadas. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2020 06 de maio]; 51: 108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000100287&lng=en. Epub 17 de novembro de 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000029>.

27. Pereira-Santos, M.; Santana, M.S.; Oliv.Almeida, L.M.R.; Gomes, D.R.; Queiroz, V. A.O.; Demétrio, F.; Oliveira, A.M. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2017, vol.17, n.1. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>.
28. Queluz, M.C.; Pereira, M.J.B.; Santos, C.B.; Leite, A.M.; & Ricco, R.B. (2012). Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 537-543. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300002>
29. Carvalhaes MA, Parada CM, Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu - SP, Brasil. *Rev Latino Am Enferm.* 2007;15(1):62-9.
30. Saldan, P.C.; Venancio, S.I.; Saldiva, S.R.D.M.; Pina, J.C.; Mello, D.F. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. *Rev. Nutr.* 28(4): 409-420. 2015. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000400007>.
31. De Luna, I. S.; Kronka, D. P. De S.; Kitamura, N. Álik. Análise comparativa dos casos de aleitamento materno exclusivo entre Brasil e São Paulo no período de 2010-2015. *Colloquium Vitae*. ISSN: 1984-6436, v. 10, n. 2, p. 01-04, 23 ago. 2018[acesso em 1 de maio de 2020]. <http://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1962>
32. Rinaldi, A. E. M.; Conde W. L. A influência das informações da Pesquisa Nacional de Saúde sobre a estimativa atual e a trajetória do aleitamento materno exclusivo no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(8):e00190118
33. Miloš M, Rodin U, Tješić-Drinković D, Mujkić A. Analysis of data on breastfeeding in Croatia from 2005 to 2016. *Med Glas (Zenica)*. 2019 Aug 1;16(2). doi: 10.17392/1022-19.
34. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003
35. IFPRI. International Food Policy Research Institute. 2015. Global Nutrition Report 2015: Actions and accountability to advance nutrition and sustainable development. Washington, DC. <http://dx.doi.org/10.2499/9780896298835>
36. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2012; 7:12.
37. Tuffrey V, Hall A. Methods of nutrition surveillance in low-income countries. *Emerg Themes Epidemiol* 2016; 13:4.

38. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD001141.
39. Bellù R, Condò M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. *Pediatr Med Chir*. 2017 Jun 28;39(2):156. doi: 10.4081/pmc.2017.156
40. Vieira GO, Reis MR, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR, Giugliani ER. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91:270-7.
41. McAllister, H; Bradshaw S, Ross-Adjie G. A study of in hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* 2009;17:11-5.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES



ISSN 1519-3829 *versão impressa*
ISSN 1806-9304 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / *Brazilian Journal of Mother and Child Health* (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido. Para os manuscritos submetidos apenas em português ou espanhol, a versão em inglês será solicitada tão logo sejam aceitos para publicação. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas. É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema *Creative Commons* o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (**modelo**). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema *Ithenticate* para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista. Portanto, o *rational* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e do Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceite; 2) recomendado, mas com exigências de alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão remetidos aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e as modificações realizadas; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo recomendável incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua comparabilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

Trabalhos qualitativos também são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única. Dimensão: 5.000 palavras; 30 referências.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos - casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução*, *Descrição* e *Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 15

referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da Revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on-line* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, podendo ter no máximo 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos Editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).

4. *Cover Letter*. No texto de encaminhamento do manuscrito para a Revista (cover letter) deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, o autor responsável pela troca de correspondência, as fontes e tipo de auxílio e o nome da agência financiadora.

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. Relatos de Caso/Série de Casos devem ser

estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informes Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio, e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do *International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE* (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

Quando autor for o mesmo da casa editora: não mencionar a casa editora

WHO (World Health Organization). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2 ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

- E-book

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)

(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985. Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)

(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local:

casa editora; Ano. Páginas inicial e final)

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília, DF: Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

-Trabalho apresentado em evento (não publicados)

(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento])

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

-Dissertações e Teses

(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

-Documentos de Natureza Governamental

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade), Data (dia, mês abreviado e ano); Seção, volume, número, paginação.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Cultura. Portaria n.º 23, de 26 de outubro de 1982. Modifica o Plano Nacional de Microfilmagem de Periódicos Brasileiros criado pela Portaria DAC n.º. 31, de 11 de dezembro de 1978. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 1 dez 1982; Seção 1, v.120, n.227, p. 22438.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 10 mai 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). [acesso em 20 set 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

-Artigo Publicado em Periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

El Hachem H, Crepaux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. Int J Women Health. 2017; 9: 331-45.

-Artigo Publicado em Número Suplementar

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Lothian JA. The coalition for improving maternity services evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. J Perinat Educ. 2007; 16 (Suppl.): S1-

S4.

-Citação de Editorial, Cartas

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. Pobreza e desenvolvimento humano: resposta das revistas científicas ao desafio do Council of Science Editors [editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007; 7 (4): 345-6.

Fernandes EC, Ferreira ALCG, Marinho TMS. Das ações às palavras [Carta]. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2009; 9 (1): 95-6.

-Artigo Publicado em periódico eletrônico

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico *on line*]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: <http://dermatology.cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7. Available from: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?essionid=0:autoh=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_a12.pdf

-Artigo aceito para publicação em periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo)).

Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Coletiva (Rio J.). 2010. (No prelo).

-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2 ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

- **Homepage**

Autoria . Título. [suporte]. Local; Ano [acesso dia mês ano]. Disponibilidade de acesso

Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso 3 mar 2004]. Disponível em: <http://157.86.113.12/ensino/cqi/public/cqilua.exe/web/templates/html>

Para outras informações consulte o site

ICMJE: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html