

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SAÚDE
MENTAL MATERNA DE MULHERES
AFRODESCENDENTES: ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL

VANESSA GABRIELLE DOS SANTOS ARAÚJO

MACEIÓ
2020

VANESSA GABRIELLE DOS SANTOS ARAÚJO

***ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SAÚDE MENTAL
MATERNA DE MULHERES AFRODESCENDENTES: ESTUDO
DE BASE POPULACIONAL***

Dissertação apresentada à Faculdade de Nutrição
da Universidade Federal de Alagoas como
requisito parcial à obtenção do título de Mestra
em Nutrição.

Orientador(a): **Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira**

Faculdade de Nutrição

Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ

2020

**Catálogo na fonte Universidade
Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

A663a Araújo, Vanessa Gabrielle dos Santos.
Aleitamento materno exclusivo e saúde mental materna de mulheres afrodescendentes : estudo de base populacional / Vanessa Gabrielle dos Santos Araújo. – Maceió, 2020.
87 f.

Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.
Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 61-67.

Apêndices: f. 69-77.

Anexos: f. 79-87.

1. Aleitamento materno. 2. Epidemiologia. 3. Saúde mental. 4. Transtornos mentais. 5. Grupo com ancestrais do continente africano. I. Título.

CDU: 613.22:613.99



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO¹
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO²



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Campus A. C. Simões
BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins
Maceió-AL 57072-970
Fone/fax: 81 3214-1160

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**“ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SAÚDE MENTAL
MATERNA DE MULHERES AFRODESCENDENTES: ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL”**

por

VANESSA GABRIELLE DOS SANTOS ARAÚJO

A Banca Examinadora, reunida aos 19/03/2020, considera a candidata
APROVADA.

Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Examinador Presidente)

Prof. Dr. Samir Buainain Kassar
Centro Universitário Tiradentes
(Examinador)

Prof. Dr. Ana Carolina Santana Vieira
Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora)

DEDICATÓRIA

Eu dedico, primeiramente, a Deus, por sempre ser meu guia e fortaleza.

Em memória da minha avó, Vera Lúcia, com todo meu amor.

Aos meus pais, Tânia e Gilson e aos meus irmãos, Guilherme, Letícia e Vitor. Minha base e alicerce.

A toda minha família e amigos que sempre me incentivam a alcançar meus objetivos e sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por ser minha fortaleza em todos os momentos, por não me permitir desistir quando eu imaginava não conseguir ir em frente.

Em memória da minha avó, **Vera Lúcia da Silva Araújo**. Sei que está comemorando essa vitória.

Aos meus pais, **Tânia Maria dos Santos Araújo** e **José Gilson da Silva Araújo**, por sempre me apoiarem e por todo amor incondicional. Pela educação que me proporcionaram e por nunca medirem esforços para que eu pudesse atingir sucesso profissional e pessoal. Aos meus irmãos, **Gilson Guilherme**, **Letícia Beatriz** e **José Vitor**, que são meu alicerce junto aos meus pais. Amo muito vocês.

Ao meu orientador, professor **Haroldo da Silva Ferreira**, pela paciência, por sua orientação, confiança e pelo auxílio para concluir com êxito esse ciclo que se encerra.

A todos que fazem parte do **Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada**, que me acolheram tão bem e pelo trabalho compartilhado em busca do mesmo objetivo.

As minhas companheiras e amigas que conquistei: **Mariana**, **Andressa** e **Laíse**. Nossa união foi imprescindível em todos os momentos ao longo desses dois anos e saber que sempre podia contar com vocês foi crucial.

A **Tamara Rodrigues** por todo auxílio, principalmente nessa reta final, seu apoio foi extremamente importante para mim. Sou muito grata!

A todos os **entrevistados** que compartilharam as informações de suas vidas, tornando essa pesquisa possível.

A **Universidade Federal de Alagoas** e a todos do **Programa de Pós-Graduação em Nutrição** que tive oportunidade de interagir, por todos os ensinamentos e dúvidas sanadas.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
pela concessão da bolsa ao longo desses dois anos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este estudo fosse realizado, permitindo que me tornasse **mestra**.

*A todos, os meus sinceros agradecimentos.
É com imensa alegria que compartilho essa conquista!*

RESUMO

ARAÚJO, V. G. S. **Aleitamento materno exclusivo e saúde mental materna de mulheres afrodescendentes: Estudo de base populacional.** 2020. 88 f. Projeto de Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

Objetivos: investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e se o transtorno mental comum (TMC) promove sua interrupção precoce (IP-AME4). **Métodos:** estudo transversal envolvendo todas as crianças <24 meses (n=252) residentes em 50% (n=34) das comunidades quilombolas de Alagoas. A IP-AME4 foi definida quando o AME foi ≤ 4 meses. Utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* para identificar o TMC. Outros preditores foram obtidos por meio de entrevista. A medida de associação foi a razão de prevalência calculada por regressão de Poisson, seguindo modelo teórico hierárquico. Foram calculadas as prevalências de AME por 6 e 4 meses e sua duração mediana (análise de sobrevivência). **Resultados:** as prevalências de IP-AME4 e do TMC foram 57,6% e 42,9%, respectivamente. Os fatores de risco independentemente associados à IP-AME4 foram: residir em casa de taipa, idade materna ≤ 18 anos, baixo peso ao nascer e uso de chupeta ou de mamadeira. Não houve associação com TMC. As prevalências do AME por quatro e por seis meses foram 42,4% e 25,4%, nessa ordem, e a duração mediana foi de 90 dias. **Conclusão:** os indicadores de AME estão aquém das metas estabelecidas, justificando a implementação de medidas que atuem sobre os fatores de risco aqui identificados, sendo que o TMC não se configura entre esses.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Epidemiologia. Saúde Mental. Transtornos Mentais. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

ARAÚJO, V. G. S. **Aleitamento materno exclusivo e saúde mental materna de mulheres afrodescendentes: Estudo de base populacional**. 2020. 88f. Projeto de Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

Objectives: To investigate the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) and whether the common mental disorder (CMD) promotes its early interruption (EI-EBF4). **Methods:** cross-sectional study involving all children <24 months (n = 252) residing in 50% (n = 34) of quilombola communities in Alagoas. EI-EBF4 was defined when EBF was ≤ 4 months. The Self-Reporting Questionnaire was used to identify the CMD. Other predictors were obtained through interviews. The measure of association was the prevalence ratio calculated by Poisson regression, following a hierarchical theoretical model. The prevalence of EBF for 6 and 4 months, and its median duration (survival analysis) were calculated. **Results:** the prevalence of EI-EBF4 and CMD was 57.6% and 42.9%, respectively. The risk factors independently associated with EI-EBF4 were: living in a mud house, maternal age ≤ 18 years, low birth weight and use of a pacifier or bottle. There was no association with CMD. The prevalence of EBF for four and six months was 42.4% and 25.4%, in that order, and the median duration was 90 days. **Conclusion:** EBF indicators are below the established recommendations, justifying the implementation of measures that prioritize women subjected to the risk factors identified here. CMD is not configured among these.

Key words: Breast Feeding; Epidemiology; Mental Health; Mental Disorders; African Continental Ancestry Group.

LISTA DE FIGURAS

Artigo Original

	Página
Figura 1 - Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.	53
Figura 2 – Probabilidade de sobrevivência cumulativa (estimador de Kaplan-Meier) na prática de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 24 meses residentes nas comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil, 2018.	57

LISTA DE TABELAS

Artigo Original

	Página
Tabela 1 – Caracterização da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo – AME (frequência absoluta e percentual, razão de prevalência – RP e IC95%) segundo as variáveis socioeconômicas, ambientais e relacionadas à assistência a gestação e à saúde das mães e das crianças menores de dois anos (n=252) das comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil, 2018.	54
Tabela 2 – Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores 24 meses das comunidades quilombolas de Alagoas: razões de prevalências brutas (RP _b) e ajustadas (RP _a) após análise múltipla segundo modelo conceitual hierárquico. Brasil, 2018.	56

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresa de Pesquisas
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AMC	Aleitamento Materno Complementado
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Alagoas
DF	Distrito Federal
FAPEAL	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas
IC 95%	Intervalo de confiança a 95%
ITERAL	Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas
LM	Leite Materno
LNBA	Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
IP-AME4	Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo aos 4 meses
RP	Razão de Prevalência
SEPPIR	Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA AMAMENTAÇÃO.....	19
2.1.1 Aleitamento materno.....	20
2.1.2 Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e fatores associados...	22
2.1.3 Características epidemiológicas do aleitamento materno.....	23
2.2 TRANSTORNO MENTAL COMUM.....	24
2.2.1 Características epidemiológicas do transtorno mental comum.....	25
2.3 TRANSTORNO MENTAL COMUM E O ALEITAMENTO MATERNO.....	25
2.4 POPULAÇÃO REMANESCENTE DOS QUILOMBOS.....	26
3 ARTIGO ORIGINAL.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
5 REFERÊNCIAS.....	60
6 APÊNDICES.....	68
7 ANEXOS.....	78

A prática do Aleitamento Materno (AM) é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até, pelo menos, dois anos de idade, sendo que, de forma exclusiva, até o sexto mês de vida. O Leite Materno (LM) é ideal para o adequado crescimento e o desenvolvimento da criança, fortalece o vínculo afetivo entre o binômio mãe filho, sendo esses benefícios potencializados quando ocorre o AM exclusivo pelo período preconizado (ALMADA; FERNANDES, 2018; KRAMER; KAKUMA, 2012; WHO, 2008).

O AM Exclusivo (AME) é assim denominado quando a criança recebe apenas o LM, diretamente da mama ou extraído, não recebendo nenhum outro alimento (líquido ou sólido), exceto gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. No entanto, sabe-se que diversos fatores podem interferir nessa prática de forma exclusiva (BRASIL, 2015; SOUZA et al., 2012).

Decorrido os primeiros seis meses em AME, a criança passa a necessitar da introdução de novos alimentos a fim de atender suas necessidades nutricionais nessa faixa etária, o que deve ocorrer sem interrupção do AM. A partir de então, essa forma de alimentação passa a ser chamada de Aleitamento Materno Complementado (AMC). Embora haja registros de avanços na prática do AM, a oferta precoce desses novos alimentos ainda é uma realidade evidente no Brasil (BRASIL, 2015; ROCHA et al., 2018).

Existem fortes evidências de que a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida é a melhor forma de alimentar a criança e de forma complementar até os dois anos de vida ou mais, prática esta que também se associa com diversos benefícios à saúde materna. No entanto, embora haja consenso a esse respeito e tenha havido fortes investimentos por parte de instituições nacionais e internacionais no sentido de promover o AM, as metas estabelecidas quanto aos períodos em AM em suas diferentes categorias (exclusivo ou predominante), estão ainda, em nosso país, aquém do que se preconiza (ALMEIDA; LUZ; VEIGA UED, 2015; BRASIL, 2009).

Dados divulgados em 2017 estimam que, globalmente, as taxas de amamentação são de 74% em crianças com até um ano de idade. Na África, 35 países possuem prevalência acima de 80%, mas nas Américas, apenas Peru e Guatemala apresentam taxas tão altas (80% e 84%, respectivamente). Quando a prática foi avaliada por dois anos de idade, 11 países da África apresentaram prevalência $\geq 60\%$ e nas Américas nenhum país alcançou esse patamar (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2017; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Uma pesquisa realizada em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), revelou que a prevalência do AM entre crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% com duração mediana de 341,6 dias. Neste mesmo estudo, o AM na região nordeste obteve prevalência de 59,1% com duração mediana de 346,8 dias. Quanto ao AME, a duração mediana encontrada no Brasil e no Nordeste foi de 54,1 dias e 34,9 dias, respectivamente (BRASIL, 2009; RAUBER et al., 2017).

Estudos sobre a prevalência e duração do AM no estado de Alagoas ainda são escassos. Uma pesquisa realizada com crianças menores de cinco anos de idade encontrou uma taxa de amamentação no primeiro ano de vida ou mais, de 43,5% (FERREIRA et al., 2010).

A duração do AM, especialmente a de AME, é influenciada por fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos, essas situações podem interferir na prática da amamentação de forma positiva ou negativa. Neste sentido, as mulheres apresentam uma maior predisposição para o desencadeamento de alguns transtornos como a depressão e a ansiedade (CAPUCHO et al., 2017; JANSEN et al., 2011; PARREIRA et al., 2017; ROCHA et al., 2018).

Esses transtornos estão inclusos numa condição denominada Transtorno Mental Comum (TMC) ou transtorno não-psicótico, acomete milhões de pessoas e é caracterizado por sintomas de fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça, além de queixas psicossomáticas (LUCCHESI et al., 2014; PINHO; ARAÚJO, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A prevalência do TMC é maior em mulheres, separadas ou viúvas, quem têm filhos, de raça negra ou parda, com baixa escolaridade, vivendo em condições precárias de moradia, baixa renda e desemprego. A maioria desses fatores encontram-se especialmente presentes em mulheres quilombolas, haja vista o processo histórico de exclusão social e discriminação institucional aos quais estão submetidas (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; JANSEN et al., 2011).

As comunidades quilombolas são constituídas, em sua maioria, em regiões rurais, apresentando um certo grau de isolamento geográfico e com grandes desigualdades socioeconômicas e de acesso à estrutura de serviços públicos, a exemplo da assistência à saúde (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018; MARQUES, 2009; MONEGO et al., 2010).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Combate à Fome, cerca de 74,7% das famílias quilombolas do Brasil estão situadas abaixo da linha da

extrema pobreza. Na região nordeste 86,9% dessas famílias está abaixo da linha de pobreza ou pobreza extrema (ALAGOAS, 2015; BRASIL, 2013a; MELO, 2016).

Mulheres com saúde mental comprometida podem apresentar sentimentos ambíguos em relação ao filho. Nesse aspecto, pode haver um comprometimento na disposição e motivação para amamentar. Adicionalmente, pode ocorrer maior dificuldade para trocas afetivas, insegurança em relação à criança e menos confiança quanto à sua capacidade de amamentar (BOGEN et al., 2010; VITOLO et al., 2007).

Apona-se como hipótese que mulheres que apresentam TMC tendem a não amamentar ou amamentar seus filhos por um período inferior ao observado para mulheres sem TMC, visto que, quando vivendo em condições de vulnerabilidade social e econômica, tal como aquelas das comunidades quilombolas, as tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento desse transtorno (MARTINS et al., 2018; PARREIRA et al., 2017). Acredita-se que essa situação pode influenciar nas taxas de prevalência e duração do AME, tornando a situação um problema no âmbito da saúde pública.

Como os indicadores de AM podem ser influenciados por diversos fatores, inclusive, os de cunho psicológicos, acredita-se que um estudo demonstrando associação entre a prevalência e a duração do AM segundo a saúde mental materna fornecerá subsídios para que órgãos governamentais e profissionais de saúde executem ações capazes de promover a prática do AM, assim como uma maior atenção voltada à saúde mental materna.

Deste modo, os objetivos deste estudo foram: investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e se o transtorno mental comum (TMC) promove sua interrupção precoce (IP-AME4).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA AMAMENTAÇÃO

Configuradas como objeto de interesse ao longo da história, as questões relacionadas ao AM atravessaram períodos de grande importância, incentivo e também de rejeição, oscilando sua valorização entre os diferentes tempos e povos, sofrendo influência do comportamento social, cultural e costumes de cada época (ALVES, 1991). Com a chegada dos portugueses no Brasil, a amamentação era vista como uma atitude negativa para as mulheres civilizadas e por isso, esse papel passou a ser realizado pelas índias jovens. Posteriormente, essa prática foi transferida às escravas negras, a qual denominou-se “amas-de-leite” (ALMEIDA; NOVAK, 2004; BARBIERI; COUTO, 2012; FREYRE, 1998)

As jovens escravas negras eram obrigadas a ser amas-de-leite dos filhos dos senhores, pois o leite delas era considerado mais saudável e mais forte. Nesta época, os senhores enxergavam a oportunidade de obter lucros a qualquer custo e deste modo, essa prática foi prolongada por muitos anos até a modernização, onde as amas-de-leite passaram a ser comercializadas para este fim, sempre na forma de aluguel, rendendo lucros aos seus senhores (BOSI; MACHADO, 2005; FREYRE, 2003).

No início do século XIX, a construção do movimento higienista condenava a prática do “aleitamento mercenário”, acusando-a pela alta mortalidade infantil ocorrida naquela época, passando a existir uma valorização do AM pela genitora. As ações baseavam-se em informar a mulher sobre as vantagens de amamentar, no entanto, a tornava como responsável pelos resultados futuros de sucesso ou de fracasso, e assim, imputava-lhe culpa, estando esse resultado diretamente associado a saúde do seu filho (ALMEIDA; NOVAK, 2004; CARULA, 2012; FREYRE, 2003).

Ao longo das décadas, devido a amamentação ter envolvimento com o contexto familiar, social e além da sua profunda relação com a realidade histórica, econômica, cultural e política, fez-se necessário a implementação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança, e assim, as políticas públicas nacionais de incentivo a amamentação visavam a manutenção do AME até os seis meses e de forma complementar nos primeiros dois anos de idade ou mais (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

No início da década de 80, o AM passou a ser visto como superioridade em relação as demais formas de alimentar a criança, sendo unanimidade no meio científico e amplamente divulgada para o público em geral. Esse movimento em prol da amamentação foi um dos maiores destaques no que se refere à promoção do AM no Brasil (ALMEIDA;

NOVAK, 2004; BOSI; MACHADO, 2005). Foi nesta mesma década que, no Brasil, foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) visando a promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2017).

Com essa nova forma de pensar e ver a amamentação, a mulher não continuaria sendo vista como sinônimo de mãe-nutriz ou de ser culpabilizada pelo êxito da amamentação ou pelo desmame. As circunstâncias passadas no período pós-modernidade obrigam que o AM seja avaliado através dos determinantes biológicos e condicionantes socioculturais (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

As ações de incentivo a amamentação motivaram o crescimento amplo de pesquisas sobre de aspectos imunológicos, nutricionais e fisiológicos do LM e sobre o processo da amamentação. No entanto, apesar deste crescimento, essa talvez seja a prática alimentar mais (re)discutida em todos os tempos pelos cientistas da área, havendo ainda muitas lacunas a serem preenchidas (ALMEIDA; NOVAK, 2004; AMORIM, 2008; NAKANO et al., 2007; SWEET, 2008).

2.1.1 Aleitamento Materno

O alimento mais adequado para suprir as necessidades nutricionais de uma criança é o LM, principalmente se for ofertado de forma exclusiva até o sexto mês de vida. Se assim for, poderá agir na promoção do adequado crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo, psicossocial, na maturação imunológica e intestinal, colonização microbiana e desenvolvimento da barreira de permeabilidade do recém-nascido, além do fortalecimento do vínculo afetivo entre o binômio mãe/filho (BRASIL, 2015; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012; PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Ao nascer, o organismo e as células imunológicas da criança ainda não têm se desenvolvido completamente e se houver a introdução precoce de outros alimentos, a saúde da criança pode ser colocada em risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), pois essa imaturação o torna mais susceptível a desenvolver patologias como as reações alérgicas, infecções gastrintestinais, infecções respiratórias e carências nutricionais (BRASIL, 2015; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

As crianças apresentam grande vulnerabilidade biológica em seus primeiros dois anos devido a maior velocidade do crescimento e desenvolvimento, onde danos provocados por agravos ocorridos neste período poderão repercutir por toda sua vida. E, quando não são amamentadas, possuem um risco duas vezes maior de vir a óbito por

complicações como diarreia e outras infecções gastrointestinais do que aquelas que recebem o AM. E para a prevenção destes agravos, a amamentação é a estratégia mais importante, sobretudo, se ofertado de maneira exclusiva (BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A primeira prática alimentar a ser estimulada para a promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças pequenas é o AM. Segundo o Ministério da Saúde (MS), amamentar não é apenas nutrir a criança, trata-se de um processo que abrange a interação entre mãe e filho, que irá repercutir no estado nutricional, na habilidade de defesa de infecções, na fisiologia e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Além disso, a amamentação tem implicações na saúde física e psíquica da mãe (JENERAL et al., 2015).

As propriedades ímpares do LM são comprovadas através de publicações científicas, entretanto, não se resume apenas em fatos biológicos, sendo abrangente em dimensões construídas histórico, social e culturalmente. Trata-se de uma atitude impregnada de ideologias que são resultados das condições de vida da mulher. Essa prática está relacionada a uma boa saúde física e emocional durante todo o curso da vida, que inclui o período posterior ao parto, o período da lactação e também os aspectos futuros desta mãe (ALMEIDA; NOVAK, 2004; CIAMPO; CIAMPO, 2018; NAKANO, 2003).

Para classificar o AM, as recomendações mais utilizadas foram fomentadas pela OMS. Desta forma, o AME é considerado aquele em que a criança recebe somente LM, diretamente da mama ou extraído, sem receber nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos; o AMP é assim denominado quando a criança recebe, além do LM, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás; e o AMC onde a criança recebe LM, direto da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Uma revisão narrativa que buscou avaliar os benefícios do AM, encontrou que, as mulheres que amamentaram referiram menor procura por cuidados médicos, menor frequência de doenças respiratórias, cardiocirculatórias, gastrointestinais e menos sintomas relacionados a problemas emocionais. Dentre estes problemas emocionais, citou-se o estresse, que pode ser desencadeado por diversos aspectos, como a tarefa física de cuidar do bebê aliado à outras atividades domésticas, poucas horas de sono, a pressão emocional de tentar ser uma boa mãe e satisfazer todas as expectativas acabam gerando

uma sobrecarga que pode ser incompatível com a personalidade da mulher a desempenhar seu papel de mãe (CIAMPO; CIAMPO, 2018).

2.1.2 Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e fatores associados

A interrupção precoce do AME pode interferir diretamente na saúde da criança e conhecer os fatores associados à essa interrupção, torna-se imprescindível para execução de ações que possam adequar os parâmetros atuais conforme as recomendações já existentes (BRASIL, 2015) (BRASIL, 2015).

Para manter a continuidade da amamentação, é preciso que haja interação de inúmeros fatores, e em maioria, eles estão relacionados diretamente à mãe, tais como: nível de escolaridade, trabalho, renda familiar/classe econômica, idade, influências culturais, presença e/ou ausência paterna, condições habituais de vida, preocupações estéticas, inexperiência com amamentação, estresse materno, jornada de trabalho fora do lar, número de consultas pré-natais (ALVARENGA et al., 2017; CIAMPO; CIAMPO, 2018; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; SALES; COUTINHO; SOUZA, 2015).

Alguns dos fatores que configuram maior adesão ao AME são: a mãe ter realizado o pré-natal, tê-lo iniciado ainda no primeiro trimestre gestacional, ter sido assistida em no mínimo seis consultas, assim como ter recebido orientação sobre AM e alimentação. Além disso, possuir ter como situação conjugal a união estável é um fator positivo para a amamentação na primeira hora após o parto (BARBOSA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2013; SALIBA et al., 2008).

Outros estudos revelam que mães com menores níveis de escolaridade estão mais propensas a introduzir alimentos precocemente nas refeições dos seus filhos, apresentam menor prevalência para o início da amamentação, assim como uma menor duração do AM quando são adolescentes (FALEIROS et al., 2006; MARANHÃO et al., 2015; MUELBERT; GIUGLIANI, 2018).

Dentre os fatores relacionados à criança, é crucial que ocorra o estímulo para a amamentação em até 24 horas após o parto, para que as chances de adesão sejam maiores quando realizada dentro deste parâmetro. A prevalência e a duração do AM também são superiores quando as crianças não utilizam chupeta e mamadeira quando comparadas com

aquelas que fizeram uso (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014; MUELBERT; GIUGLIANI, 2018; RAMOS et al., 2008; SALIBA et al., 2008).

Diante disto, entende-se que a prática do AM, especialmente as de AME pode ser influenciada por fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos da mãe, de modo que este último pode favorecer ou prejudicar o processo da amamentação. Nesta situação, existem estudos que apontam as mulheres como àquelas mais predispostas para o desenvolvimento de alguns transtornos, como os de ansiedade e depressão, quando comparado aos homens (CAPUCHO et al., 2017; JANSEN et al., 2011; PARREIRA et al., 2017; ROCHA, G. P. et al., 2018; STEEL et al., 2014).

2.1.3 Características epidemiológicas do aleitamento materno

O objetivo global da Assembleia Mundial de Saúde que foi publicado no ano de 2015, é de aumentar pelo menos 50% a prevalência de AME em crianças com idade menor de seis meses, até o ano de 2025. Para atingir esse objetivo, é preciso estabelecer prioridades no âmbito das políticas públicas e isso inclui aumento de recursos para apoio e fortalecimento de ações específicas envolvendo os profissionais de saúde, os serviços de saúde, as empresas e a população em geral. Nesse contexto, a população negra é também alvo para essas melhorias, pois essa população representa as classes sociais mais pobres e condições de vida precárias, (BRASIL, 2013a; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2015).

Globalmente, os dados da OMS revelam que a prevalência do AME em crianças com idade inferior a seis meses é de 40%, aumentando para 74% quando avaliado sob forma de AMP em crianças com até um ano de idade e reduz para 45% quando o AM foi analisado até os dois anos de idade (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2017; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Um estudo que buscou avaliar a tendência do AM nas últimas três décadas no Brasil, revelou um crescimento entre 1986 (2,9%) e 2006 (37,1%), quando considerou-se o período de 2006 a 2013, houve uma estabilização (36,6%) (BOCCOLINI et al., 2017).

A pesquisa realizada nas capitais e no DF revelou que a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41,0%, já o AM em crianças de nove até os doze meses de idade foi de 58,74%. Seguindo a mesma faixa etária, o Nordeste obteve prevalência de 37% para o AME e de 59,08% para o AM (BRASIL, 2009).

No estudo de crianças menores de cinco anos de idade, realizado no estado de Alagoas, a prevalência para o AME em crianças com até quatro meses foi de 28,6%, quando avaliado entre as que tinham mais de quatro meses até os seis meses de vida obteve-se uma taxa de 18,2%, e o AM no primeiro ano de vida ou mais, 43,5% (FERREIRA et al., 2010).

2.2 O TRANSTORNO MENTAL COMUM

Os transtornos somatoformes, de depressão e ansiedade são as doenças de maior acometimento e crescimento na população, encontrando-se num quadro denominado Transtorno Mental Comum (TMC) ou transtornos não-psicóticos (SANTOS et al., 2010).

As pessoas acometidas podem apresentar manifestação de sintomas que incluem: cansaço, esquecimento, insônia, irritação, dificuldade de concentração, dores de cabeça, além de queixas psicossomáticas (BRASIL, 2013c; LUCCHESI et al., 2014; PINHO; ARAÚJO, 2012; ROCHA et al., 2010; SAÚDE, 2002).

Para avaliar a susceptibilidade da ocorrência do TMC, um instrumento que tem sido amplamente utilizado para classificação de casos em populações urbanas e rurais é o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que foi validado no Brasil por Mari e Williams (LUCCHESI et al., 2014; MARI; WILLIAMS, 1986; PINHO; ARAÚJO, 2012; SANTOS et al., 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Trata-se de um instrumento dotado de vinte perguntas dicotômicas (sim/não) relacionadas a sintomas emocionais e físicos dos últimos 30 dias associados a quadros não-psicóticos. Seu escore corresponde a uma amplitude de 0 a 20, onde cada resposta “sim”, equivale a 1 (um) ponto. No estudo de validação do instrumento realizado em São Paulo, oito ou mais respostas afirmativas foram consideradas como adequadas para caracterizar a condição de SRQ positivo e, portanto, a probabilidade de possuir TMC (LIMA, 2015; MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS et al., 2010).

No entanto, existem estudos que buscaram avaliar qual seria o melhor ponto de corte para as diferentes populações, e uma pesquisa realizada em um município do estado de Pernambuco, na região Nordeste, no ano de 2002, encontrou que o ponto de corte mais adequado para seu estudo seria de seis ou mais respostas positivas para detecção de TMC (LUDERMIR; FILHO, 2002).

2.2.1 Características epidemiológicas do transtorno mental comum

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde das populações e representando elevado ônus para a saúde pública. Segundo estimativas da OMS, uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida (ROCHA et al., 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). O relatório publicado pela Organização Pan-americana de Saúde demonstrou que mundialmente, o Brasil ocupa o primeiro lugar das Américas no que se refere a incapacidade total relacionada ao transtorno ansioso (7,5%), seguido do Paraguai (6,8%). Quando trata-se do transtorno depressivo as colocações se invertem, Paraguai ocupa o primeiro lugar (9,4%), sendo seguido do Brasil com 9,3% (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 2018).

Algumas pesquisas realizadas no Brasil avaliaram a presença do TMC em mulheres. No município de Campinas, a prevalência foi de 19,1% estando associado a idade, cor da pele/raça, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar, estado conjugal e número de filhos (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). No Nordeste, um estudo realizado em Feira de Santana, a prevalência para o TMC foi de 29,1% entre as mulheres, com nível de renda mensal baixa, menor escolaridade, que referiram tempo insuficiente para o lazer (ROCHA et al., 2010).

Um outro realizado na área rural da zona da mata de Pernambuco, a ocorrência foi de 36,0% em mulheres com idade entre 40 e 59 anos, com baixa escolaridade e baixa renda, separada/divorciada ou viúva (COSTA; LUDERMIR, 2005). Um estudo com mães de crianças realizado na região semiárida do estado de Alagoas, encontrou uma prevalência de 56,2% na zona rural e 43,8%, na zona urbana (PAFFER et al., 2012).

Em Alagoas, uma pesquisa que ocorreu em comunidades quilombolas do estado em 2008, encontrou uma prevalência de 65,3% para o TMC em mães de crianças com idade entre 6 e 60 meses (NEIVA, 2010).

2.3 TRANSTORNO MENTAL COMUM E O ALEITAMENTO MATERNO

As mulheres apresentam duas vezes mais chances de desenvolver TMC do que os homens e essa vulnerabilidade pode estar diretamente relacionada aos diferentes papéis sociais que representam, muito mais do que a diferença biológica. Deve-se considerar também que a diferença de gênero influencia na forma de expressar o sofrimento. Como fatores de risco e maior acometimento de TMC, estão as menores condições

socioeconômica, baixa escolaridade, menor renda e mulheres que se declaram como negras/pardas (BRASIL, 2013c; PARREIRA et al., 2017; SENICATO et al., 2018)

Estudos apontam que a prevalência do TMC é maior em mulheres, cuja situação conjugal é separada/divorciada ou viúva, quem possuem filhos, autodeclaradas de raça preta ou parda, apresentando um baixo nível de escolaridade, vivendo em condições precárias de moradia, baixa renda e desemprego. A maioria desses fatores encontram-se especialmente presentes em mulheres quilombolas, haja vista o processo histórico de exclusão social e discriminação institucional aos quais estão submetidas (ARAÚJO et al., 2005; JANSEN et al., 2011).

As características apresentadas condizem com o contexto populacional estudado e também estão inclusos nos fatores que podem influenciar a prática da amamentação, inclusive, porque o âmbito social cria expectativa de que a mulher apresente sentimentos positivos e prazerosos ao amamentar o filho. No entanto, é possível a existência de sentimentos ambíguos frente a este processo e o desprazer nem sempre é explícito para quem o está vivenciando, pois não seria condizente ao perfil de mãe idealizado pela sociedade. Em alguns casos, pode haver ofuscamento desses sinais e sintomas, pois a prática do AM é vista como um processo natural dotado de grandes expectativas (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; MACHADO et al., 2014; NAKANO; MAMEDE, 1999).

2.4 POPULAÇÃO REMANESCENTE DOS QUILOMBOS

Quilombo é uma palavra originária do resultado de uma longa história envolvendo regiões e povos. Sua presença e seu significado no Brasil têm a ver com membros foram trazidos e escravizados, que se espalharam por diversos territórios brasileiros, assim, constituem questão relevante desde o escravismo colonial aos primeiros focos de resistência dos africanos (BRASIL, 2005; LEITE, 2000).

Alguns elementos constituíram a ideia de quilombo, com a fuga, autoconsumo, moradia precária, sua natureza que não era considerada civilizada e o isolamento geográfico. Quando fala-se em quilombo, associa-se este a busca pela liberdade e permanência à frente de lutas por igualdades (BRASIL, 2005; FREITAS et al., 2011; FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014; LEITE, 2000).

No cenário político, uma reflexão científica continua em processo de construção, visto que a etnia e a cultura estiveram marcadas por inúmeros conflitos de terra que

remontam aos dias atuais. A população quilombola ainda busca por igualdade de direitos, por uma cidadania amplamente plena e pela equidade na saúde pública no Brasil. Distribuídos por todo território nacional, muitos ainda vivem em comunidades constituídas por um forte vínculo de parentesco, mantendo ainda as tradições culturais e religiosas. Os membros das comunidades quilombolas estão ligados a trabalhos rurais ou culturas de subsistência e muitos dependem de programas de transferência de renda (FREITAS et al., 2011; LEITE, 2000)

No Brasil, essas comunidades são marcadas pela exclusão e isolamento, geralmente são mantidas como invisíveis em diversas esferas sociais, mas um valioso passo foi dado quando houve a promulgação da Constituição Federal de 1988 – através dos artigos 215 e 216 e do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – onde reconheceu-se a importância destes grupos na formação do patrimônio cultural brasileiro e culminou na emissão dos títulos de posse às terras ocupadas pelos remanescentes de quilombos (ALAGOAS, 2015).

Por definição legal, são considerados remanescentes das comunidades quilombolas, “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003).

Apesar do marco da Constituição para estas comunidades ao reconhecê-las e revelar que o Brasil é um país pluriétnico, em grande parte do território nacional, essa população encontra-se em situação de vulnerabilidade e, muitas vezes, sem acesso aos seus direitos mais básicos. De acordo com o levantamento da Fundação Cultural Palmares (FCP), órgão do Ministério da Cultura, no Brasil existem 2.606 comunidades certificadas em todo território nacional localizadas em 24 estados da federação, com exceção do Acre e de Roraima e destas, 63,5% encontram-se na região Nordeste (ALAGOAS, 2015).

Os quilombolas ocupam terras das quais dependem para garantir sua reprodução física, social, econômica e cultural. Desde a colonização, a população negra sofre com as desigualdades, ocupando classes sociais mais pobres e vivendo em precárias condições de vida. Situação esta, que é comprovada quando observa-se as condições de saúde as quais estão submetidas, apresentando óbitos precoces, altas taxas de mortalidade materno-infantil, prevalência elevada de doenças crônicas/infecciosas e índices elevados de violência, que ocorrem em maior proporção na população negra (BRASIL, 2005; 2013b).

Com avanços no acesso as políticas públicas, a instituição da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), passou a coordenar o Programa Brasil Quilombola (PBQ), que foi criado em 2004, com uma política voltada ao reconhecimento do direito das comunidades quilombolas a terra, ao desenvolvimento econômico, social e também de melhoria da qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2005; 2008; 2013a).

ARTIGO ORIGINAL

ARAÚJO, V.G.S; SANTOS, T.R; VIEIRA, A.C.S; ASSUNÇÃO, M.L;
FERREIRA, H.S. **Transtorno mental comum não se associa à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em mulheres quilombolas: estudo de base populacional.** Revista Científica para a qual será submetido: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Classificação B3, segundo os critérios do sistema *Qualis* da CAPES/Área de Nutrição).

**TRANSTORNO MENTAL COMUM NÃO SE ASSOCIA À
INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO EM MULHERES QUILOMBOLAS: ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL**

*Common Mental Disorder is not associated with early interruption of exclusive
breastfeeding in quilombolas women: a population-based study*

Título abreviado: Aleitamento materno em comunidades quilombolas de Alagoas

Universidade Federal de Alagoas
Faculdade de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição
Campus A.C. Simões – BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins,
57072-970 – Maceió – Alagoas – Brasil

VANESSA GABRIELLE DOS SANTOS ARAÚJO*
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Nutrição (mestrado)
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3818-2551>
vaneessagsaraujo@gmail.com

TAMARA RODRIGUES DOS SANTOS
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (doutorado) da
Universidade Federal de Alagoas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5439-7910>
trodriguesnutri@gmail.com

ANA CAROLINA SANTANA VIEIRA
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7273-1414>
ana.vieira@esenfar.ufal.br

MONICA LOPES DE ASSUNÇÃO
Professora Adjunta da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2985-9890>
monica.lopesassuncao@gmail.com

HAROLDO DA SILVA FERREIRA
Professor Titular da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1789-3138>
haroldo.ufal@gmail.com

***Autor para correspondência:**

Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
Campus A.C. Simões – BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins,
57072-970 – Maceió – AL, Brasil

Telefone: 3214-1145

Suporte financeiro: Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (processos 442063/2014-8 e 466718/2014-4) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPEAL (processo 60030.000849 / 2016). As opiniões expressas no presente artigo são de exclusiva responsabilidade dos autores. Os financiadores não tiveram qualquer participação no desenho e análise do estudo ou na preparação do manuscrito.

Artigo baseado na dissertação de VGS Araújo, defendida e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, em 2020.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

COLABORADORES

V.G.S. Araújo e T. R. Santos contribuíram na coleta de dados durante o trabalho de campo, na digitação e tabulação dos dados, na análise e interpretação dos resultados e na redação da versão preliminar do artigo. A. C. S. Vieira e M. L. Assunção participaram da análise e interpretação dos resultados e da redação da versão preliminar do trabalho. H. S. Ferreira foi responsável pela redação do projeto e obtenção de financiamento, coordenação geral da pesquisa, interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores participaram da redação da versão final do artigo e declararam sua aprovação para publicação.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEAL) pelos recursos financeiros concedidos para a realização da pesquisa. Aos integrantes do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA), pela ajuda na coleta e digitação dos dados. Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aos líderes das comunidades e à população estudada pelo apoio à pesquisa.

TRANSTORNO MENTAL COMUM NÃO SE ASSOCIA À INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MULHERES QUILOMBOLAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

RESUMO

Objetivos: investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e se o transtorno mental comum (TMC) promove sua interrupção precoce (IP-AME4).

Métodos: estudo transversal envolvendo todas as crianças <24 meses (n=252) residentes em 50% (n=34) das comunidades quilombolas de Alagoas. A IP-AME4 foi definida quando o AME foi ≤ 4 meses. Utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* para identificar o TMC. Outros preditores foram obtidos por meio de entrevista. A medida de associação foi a razão de prevalência calculada por regressão de Poisson, seguindo modelo teórico hierárquico. Foram calculadas as prevalências de AME por 6 e 4 meses e sua duração mediana (análise de sobrevivência).

Resultados: as prevalências de IP-AME4 e do TMC foram 57,6% e 42,9%, respectivamente. Os fatores de risco independentemente associados à IP-AME4 foram: residir em casa de taipa, idade materna ≤ 18 anos, baixo peso ao nascer e uso de chupeta ou de mamadeira. Não houve associação com TMC. As prevalências do AME por quatro e por seis meses foram 42,4% e 25,4%, nessa ordem, e a duração mediana foi de 90 dias.

Conclusão: os indicadores de AME estão aquém das metas estabelecidas, justificando a implementação de medidas que atuem sobre os fatores de risco aqui identificados, sendo que o TMC não se configura entre esses.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Epidemiologia. Saúde Mental. Transtornos Mentais. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) and whether the common mental disorder (CMD) promotes its early interruption (EI-EBF4).

Methods: cross-sectional study involving all children <24 months (n = 252) residing in 50% (n = 34) of quilombola communities in Alagoas. EI-EBF4 was defined when EBF was \leq 4 months. The Self-Reporting Questionnaire was used to identify the CMD. Other predictors were obtained through interviews. The measure of association was the prevalence ratio calculated by Poisson regression, following a hierarchical theoretical model. The prevalence of EBF for 6 and 4 months, and its median duration (survival analysis) were calculated.

Results: the prevalence of EI-EBF4 and CMD was 57.6% and 42.9%, respectively. The risk factors independently associated with EI-EBF4 were: living in a mud house, maternal age \leq 18 years, low birth weight and use of a pacifier or bottle. There was no association with CMD. The prevalence of EBF for four and six months was 42.4% and 25.4%, in that order, and the median duration was 90 days.

Conclusion: EBF indicators are below the established recommendations, justifying the implementation of measures that prioritize women subjected to the risk factors identified here. CMD is not configured among these.

Key words: Breast Feeding;Epidemiology;Mental Health;Mental Disorders;African Continental Ancestry Group.

INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é considerado o alimento ideal para a criança nos primeiros meses de vida, razão pela qual sua prática deve ser estimulada. Considerando seus inúmeros benefícios a curto e longo prazos em relação à saúde da criança, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o LM seja ofertado até os dois anos de idade ou mais, sendo até os seis primeiros meses de forma exclusiva.¹

Embora haja consenso de que o aleitamento materno exclusivo (AME) durante os seis primeiros anos de vida seja a melhor forma de alimentar o lactente, segundo estudos realizados com populações brasileiras, essa meta raramente tem sido alcançada, apesar dos investimentos por parte de instituições nacionais e internacionais.^{2,3}

Existem vários fatores que podem contribuir para a interrupção precoce do AME, sendo que muitos deles estão relacionados à mãe, tais como menores níveis de escolaridade e renda familiar, trabalho fora do lar no puerpério, primiparidade e menor faixa etária.⁴

Variáveis socioeconômicas, culturais e psicológicas estão relacionadas ao tempo em que a mãe permanece amamentando, podendo interferir positiva ou negativamente. Nesse aspecto, o desejo e a determinação da mãe em amamentar constitui-se num fator decisivo para o êxito da amamentação. Diante disso, preocupa o potencial efeito negativo que distúrbios relacionados à saúde mental materna, como a depressão e a ansiedade,⁵ poderiam causar sobre a intenção e a disposição em amamentar. Esses transtornos integram uma categoria de agravos denominada transtornos mentais comuns (TMC), também conhecida como transtornos não psicóticos, condição que se caracteriza pela ocorrência de sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos.⁶

A prevalência do TMC é maior em mulheres separadas ou viúvas, que possuem filhos, de cor preta ou parda, com baixa escolaridade, vivendo em condições precárias de

moradia, baixa renda e desemprego. Em sua maioria, esses fatores são comuns às mulheres quilombolas. Essas comunidades, formadas por descendentes de escravos africanos, se caracterizam, na maioria, por estarem sob certo isolamento geográfico, grande vulnerabilidade socioeconômica e pelo baixo acesso à estrutura de serviços públicos.⁷ Contudo, nenhum estudo anterior investigou a relação entre a prática da amamentação e TMC especificamente nessa população.

Os objetivos deste estudo foram: a) investigar, em crianças menores de 24 meses da população quilombola de Alagoas, alguns indicadores relativos ao AME (prevalência por 4 e por 6 meses; tempo mediano em AME); b) Estimar a prevalência de transtorno mental comum (TMC) nas mães e analisar se esse distúrbio se associa à interrupção precoce do AME e;c) identificar quais são os fatores de risco para a interrupção precoce do AME.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, integrante de um amplo projeto, denominado “Nutrição e saúde da população materno-infantil das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas” (Projeto Quilombola), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (processo nº 33527214.9.0000.5013). Todas as mães ou responsáveis legais das crianças investigadas foram devidamente informadas a respeito do estudo e, após concordar em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De acordo com a relação das comunidades quilombolas com certificação oficial (<http://www.iteral.al.gov.br/dtpaf/comunidades-quilombolas-de-alagoas/comunidades-quilombolas-de-alagoas>), existiam em Alagoas, em 2017, 68 comunidades, nas quais residiam cerca de 6.889 famílias.

Para o planejamento amostral do Projeto Quilombola, considerou-se a família como unidade de análise e a Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) como desfecho de interesse. Em virtude da diversidade de objetivos propostos para o estudo, considerou-se uma prevalência de 50% de INSAN, garantindo o maior tamanho amostral possível e, dessa forma, com suficiente poder estatístico para análise de todos os demais desfechos. Para um erro amostral de 2,0% e um intervalo com 95% de confiança, seriam necessárias 2635 famílias. Desta forma, foi previsto estudar o universo de famílias residentes em 50% das comunidades quilombolas do Estado. Usando a estratégia de amostragem sistemática, foram sorteadas 34 dentre as 68 comunidades existentes, as quais encontravam-se distribuídas em 27 dos 102 municípios alagoanos, a maioria situados entre o agreste e o sertão de Alagoas. A estimativa era de que 3108 famílias residiam nas comunidades sorteadas.

Para o presente estudo, foram elegíveis todas as crianças menores de 24 meses residentes nessas comunidades, assim como suas respectivas mães. Foram excluídos filhos não biológicos e crianças e/ou mães que à época do nascimento apresentaram condições que impediam a prática da amamentação.

A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2017 a janeiro de 2018, tendo sido realizada por entrevistadores (profissionais e alunos de graduação, ambos da área da saúde) devidamente treinados e supervisionados. Através de visitas domiciliares, foram realizadas entrevistas com as mães, seguindo roteiro de perguntas impressas em formulários previamente testados em estudo piloto.

O trabalho de campo em cada comunidade foi precedido de contato com as lideranças locais visando a obtenção de apoio e divulgação da pesquisa.

A variável dependente foi a interrupção precoce do AME (IP-AME4), aqui definida quando ocorrida antes do quarto mês de vida. Para estruturação da variável, era

perguntado à mãe “Até que idade <nome da criança> recebeu somente leite do peito, sem tomar água, chá, suco, leite ou qualquer outro tipo de líquido ou alimento?”. Para aumentar a fidedignidade da resposta obtida, em pergunta posterior, questionava-se: “Com que idade, além de mamar no peito, <nome da criança> começou a receber também chá, água, suco ou qualquer outro tipo de alimento?”.

Quando havia divergência, o entrevistador lia novamente as duas perguntas e respectivas respostas, e indagava-se à mãe se ela havia entendido bem as perguntas, havendo explicação detalhada quando necessário. Em seguida, as perguntas eram novamente formuladas e a resposta consensual utilizada para caracterizar a IP-AME4. Para esse indicador, crianças com menos de quatro meses de vida e que ainda estavam em AME foram excluídas da análise, entretanto, as que já haviam abandonado essa prática foram consideradas.

Além dessas perguntas, foi aplicado o formulário de marcadores do consumo alimentar do Ministério da Saúde,⁸ além do inquérito dietético do tipo recordatório de 24 horas, no qual a mãe relatou o consumo alimentar da criança no dia anterior, sendo este aplicado por um nutricionista ou um discente do curso de nutrição. Deste modo, se a mãe referiu que a criança menor de quatro meses “só mama”, mas no questionário ou recordatório constava o consumo de qualquer alimento que não o LM, considerou-se que a criança não estava em AME.

Apesar da recomendação de que o AME se prolongue até o sexto mês de vida, optou-se por estudar um período inferior (4 meses), pois a amostra exposta ao AME por seis meses foi pequena, apresentando baixo poder estatístico para as análises necessárias. Assim, calcularam-se as prevalências de AME por quatro e por seis meses de duração e foi estimada a duração mediana dessa condição.

A variável independente foi o TMC materno, avaliado com base no instrumento

de triagem *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), o qual é composto por 20 perguntas com respostas dicotômicas (sim/não) sobre sintomas emocionais e físicos associados a quadros não-psicóticos. Seu escore corresponde a uma amplitude de 0 a 20, no qual cada resposta “sim”, equivale a 1 (um) ponto. Estudo realizado em Pernambuco identificou que o melhor ponto de corte para identificar os possíveis casos de TMC foi ≥ 6 pontos. Considerando a maior similaridade com essa população, optou-se por usar esse mesmo critério de classificação no presente estudo.⁶

Além das variáveis dependente e independente, covariáveis foram utilizadas com o objetivo de controlar possíveis efeitos de confusão na relação entre o TMC e o AME, e identificar outras variáveis associadas à IP-AME4. Para isto, utilizou-se um modelo teórico hierarquizado adaptado de Victora et al.,⁹ conforme ilustra a Figura 1. As variáveis que compuseram o modelo foram:

Socioeconômica e ambientais: Classe econômica de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP,¹⁰ que classifica as famílias em ordem decrescente de nível econômico: A, B, C e D-E. Em virtude da ausência de famílias pertencentes ao mais alto estrato (A), a variável foi analisada de forma dicotômica (B+C; D+E); família usuária do Programa Bolsa Família (sim; não); material de construção predominante no domicílio (alvenaria; taipa), regime de ocupação do domicílio (própria; financiada/cedida/alugada) e; número de pessoas por domicílio (≤ 4 ; > 4).

Características maternas: paridade (primípara; múltípara), faixa etária (≤ 18 anos; > 18 anos); estado civil (casada/vive com companheiro; solteira/separada/viúva); escolaridade, em anos de estudo (≤ 8 ; > 8); ocupação fora do lar (sim; não); cor da pele autodeclarada (negras; brancas), sendo categorizadas como “negras” as que se declararam como ‘pretas ou pardas’ e “brancas” (não foram relatadas outras condições, tais como indígena ou

oriental); TMC positivo (sim; não).

Características do pré-natal, parto e pós-parto: realização do pré-natal (sim; não); idade gestacional no início do pré-natal (≤ 3 meses; > 3 meses), número de consultas ao pré-natal (< 6 ; ≥ 6); orientação quanto ao aleitamento materno (AM) durante o pré-natal (sim; não), tipo de parto (vaginal; cesárea/outros) e; amamentação na primeira hora após o parto (sim; não).

Características da criança: sexo (masculino; feminino), cor da pele da criança referida pela mãe (preta/parda; branca/amarela); idade gestacional ao nascimento (< 37 ; ≥ 37); baixo peso ao nascer (< 2.500 g); uso de chupeta (sim; não) e; uso de mamadeira (sim; não).

Os dados foram digitados em dupla entrada independentes em formulário gerado no *software* Epi-info, versão 3.5.4. Após comparação dos dois arquivos e correção dos erros de digitação, foi constituído o banco de dados para análise estatística usando o *software* Stata, versão 12.0.

Foram avaliadas 272 crianças e suas respectivas mães. No entanto, aquelas que não responderam ao formulário do SRQ foram excluídas ($n=20$; 7,3%), totalizando uma amostra formada por 252 binômios mães/filhos.

Foi realizada a análise descritiva para as variáveis socioeconômicas, ambientais, maternas e da criança. Para comparar as frequências de IP-AME4 conforme o TMC e as covariáveis foi realizada a análise bivariada, usando-se o teste qui-quadrado de Pearson. A medida de associação foi à razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo com 95% de confiança (IC95%), calculados por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, tanto na análise bruta como na ajustada. Nesta, foram introduzidas as variáveis que na análise bruta se associaram à interrupção precoce do AME a um nível de significância de 20% ($p < 0,2$).

Na análise hierárquica, em cada nível do modelo teórico, as variáveis que apresentaram menor nível de significância (maior valor de p) foram sendo gradativamente excluídas (*backward elimination*). No modelo final, permaneceram apenas aquelas que alcançaram significância estatística ($p < 0,05$) em seu respectivo nível. As variáveis significantes dos níveis mais distais foram inseridas e mantidas como variável de ajuste, respectivamente, nos níveis hierárquicos seguintes, permanecendo no modelo final ainda que tenham perdido significância nas análises posteriores ao seu nível original.

As variáveis que compuseram o modelo hierárquico foram:

- a) No nível distal: variáveis socioeconômicas e ambientais;
- b) No nível intermediário distal: características maternas;
- c) No nível intermediário proximal: características do pré-natal, parto e pós-parto;
- d) No nível proximal: características relacionadas à criança.

Para determinar as prevalências de AME por quatro e por seis meses, utilizou-se o conjunto de crianças menores de 24 meses, no entanto, crianças com idades inferiores a seis e quatro meses, respectivamente, cujas mães referiram ainda estar em AME, não foram incluídas nas análises em virtude da impossibilidade de se saber o tempo em que a criança permaneceria sob esse regime alimentar, de modo a atingir as respectivas metas de 4 ou 6 meses em AME. Todavia, as crianças dessas faixas etárias que já haviam cessado o AME, entraram no cálculo para definição da variável “interrupção precoce do AME”.

A duração mediana do AME foi calculada por meio de análise de sobrevivência, usando-se as curvas de Kaplan-Meier. Essa análise envolveu o conjunto das crianças da amostra.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição do tempo em dias para a ocorrência da IP-AME4. Em seguida, procedeu-se

com a comparação da idade de interrupção do AME (em dias) segundo o TMC, o qual tem 21 possibilidades de respostas que vão ordinalmente de 0 a 20. Elas foram divididas por três e, portanto, estratificadas em três categorias: de 0 a 6, de 7 a 13 e 14 a 20 pontos. Para essa comparação, usou-se o teste de Kruskal-Wallis, haja vista que não houve adesão dos dados aos pressupostos paramétricos.

RESULTADOS

Foram investigadas 252 crianças e suas respectivas mães. A prevalência de crianças menores de 24 meses que receberam AME por, no mínimo, quatro ou seis meses, foi de 42,4% e 25,4 %, respectivamente. Já a duração mediana dessa variável foi de 90 dias (Figura 2). A prevalência da IP-AME4 foi de 57,6%.

A maioria das famílias pertencia às classes econômicas D-E (96,4%) e eram usuárias do Programa Bolsa Família (81,4%). As demais características socioeconômicas e ambientais encontram-se descritas na Tabela 1.

Em relação às características maternas, a maioria tinha mais de 18 anos (89,7%), não possuía ocupação fora do lar durante o puerpério (76,2%) e frequentou a escola por até oito anos (51,8%).

De acordo com as características gestacionais, 98,8% das mães relataram ter realizado pré-natal, a maioria iniciando ainda no primeiro trimestre de gestação (77,1%) e participando de mais de seis consultas (74,4%), durante as quais recebeu orientação sobre o AM (85,5%). Cerca de $\frac{3}{4}$ (75,8%) das crianças foram amamentadas logo na primeira hora após o parto.

As crianças eram majoritariamente pretas ou pardas (77,7 %). Apenas 6,7% nasceram com baixo peso e 93,3% nasceram a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas). O uso de chupeta ou mamadeira foi referido por 40,6% e 67,7% das mães, respectivamente.

A prevalência de TMC foi de 42,9% e esta condição não se associou à interrupção precoce do AME. A análise segundo os tercís da distribuição dos escores obtidos com a estratificação da escala de TMC (que vai de 0 a 20) também não evidenciou associação. As prevalências de interrupção precoce para o 1º, 2º e 3º tercís foram 57,6%, 57,6% e 57,9%, respectivamente. A mediana do número de dias até que ocorresse a interrupção do AM também não apresentou diferença significativa segundo esses tercís: 75, 90 e 89,5 ($p > 0,05$ pelo teste de Kruskal-Wallis).

Na análise bruta, as covariáveis que se associaram à IP-AME foram: residir em casa de taipa (RP=1,79; IC95%: 1,59-2,01; $p < 0,001$), faixa etária materna ≤ 18 anos (RP=1,41; IC95%: 1,10-1,80; $p = 0,006$), ter realizado menos de seis consultas de pré-natal (RP=1,20; IC95%: 0,95-1,52; $p = 0,117$), ser do sexo masculino (RP=1,15; IC95%: (0,93-1,44); $p = 0,184$), ter nascido com menos de 37 semanas (RP=1,39; IC95%: 1,03-1,87; $p = 0,028$), pesando menos de 2.500g (RP=1,72; IC95%: 1,43-2,08; $p < 0,001$), que fizeram uso de chupeta (RP=1,41; IC95%: 1,14-1,74; $p = 0,001$) e mamadeira (RP=2,15; IC95%: 1,50-3,08; $p < 0,001$).

Após análise múltipla (Tabela 2), verificou-se que as covariáveis independentemente associadas à interrupção precoce do AME foram “residir em casa de taipa” (RP=1,56; IC95%: 1,24-1,99; $p < 0,001$), “faixa etária materna ≤ 18 anos” (RP=1,32; IC95%: 1,03-1,70; $P = 0,027$); “baixo peso ao nascer” (RP=1,43; IC95%: 1,13 - 1,81; $p = 0,001$), “uso de chupeta” (RP=1,29; IC95%: 1,03-1,61; $p = 0,002$) e “uso de mamadeira” (RP=2,14; IC95%: 1,41-3,25; $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de AME por quatro meses foi de 42,4%, reduzindo-se para 25,4% quando se considerou o período de seis meses. As propriedades benéficas

ímpares do LM são amplamente reconhecidas pela comunidade científica.¹¹ Todavia, apesar da recomendação da OMS sobre o tempo ideal em AME e da existência de políticas públicas voltadas à promoção dessa prática, a prevalência de AME ainda se encontra aquém do tempo recomendado, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.¹²

Globalmente, dados divulgados pela OMS em 2017,¹² revelam que a prevalência de AME em crianças menores de seis meses é de 40%. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno (II PPAM) nas capitais brasileiras e Distrito Federal,² realizada em 2008, a prevalência de AME entre os menores de seis meses foi de 41%, valor superior ao encontrado no presente estudo (25,4%).

Vale ressaltar que o comportamento desse indicador no referido estudo foi heterogêneo,² com a maior prevalência (45,9%) identificada na região Norte e a menor na região Nordeste (37,0%), mas, ainda assim, com valor superior ao identificado neste estudo. Ao comparar os resultados da II PPAM (2008) com os obtidos no inquérito anterior (1999), observou-se um incremento de 35,5% para 51,2%.² Isso revela uma situação ainda mais preocupante, pois a prevalência encontrada nas comunidades quilombolas alagoanas foi ainda inferior aos dados da I PPAM.

Contudo, no âmbito do estado de Alagoas, a prevalência aqui observada foi superior a identificada num inquérito realizado com crianças da região semiárida do Estado,¹³ no qual a prevalência de AME por quatro meses foi de 28,6%; em Maceió, capital de Alagoas, essa prevalência foi de 21,6%.² Este fato pode ser explicado pelas piores condições socioeconômicas e situação de maior vulnerabilidade social na qual as crianças quilombolas estão inseridas, corroborando com outros estudos que apontam maiores prevalências entre as populações que vivem em tal contexto.^{2, 13}

A prática da amamentação é influenciada por fatores históricos, culturais, socioeconômicos e psicológicos da mãe. Todas essas situações podem impactar

diretamente no tempo em que a criança é amamentada.¹⁴ A duração mediana do AME nas crianças quilombolas desse estudo foi de 90 dias. Essa mediana é maior do que a encontrada (54,1 dias) no conjunto das capitais brasileiras.²

Na pesquisa nas capitais brasileiras,² a região Nordeste obteve duração mediana do AME de 34,9 dias. É possível que essa diferença seja devida à diversidade metodológica adotada nos estudos. Para este, considerou-se todas as crianças menores de 24 meses e na II PPAM, o AME foi investigado entre as crianças menores de 12 meses.

O declínio que ocorre na prevalência de AME entre o quarto e o sexto mês (de 42,4% para 25,4%) pode ser influenciado pela alta frequência do uso de mamadeira (67,7%) na população quilombola, situação que se associa à introdução precoce de outros alimentos, sobretudo outros tipos de leite e mingaus.

A prevalência de interrupção precoce do AME antes dos quatro meses de idade foi de 57,6% e a oferta de alimentos antes dos primeiros quatro meses de vida pode tornar a criança mais susceptível a infecções, além de aumentar o risco de comprometimento de seu crescimento e desenvolvimento.¹⁵ Vieira et al. verificaram que a não exposição ao AME nos primeiros quatro a seis meses de vida se associa com menor velocidade de ganho de peso e de comprimento.^{16, 17} Nessa perspectiva, ressalta-se a importância de ações para combater as principais causas de sua interrupção precoce, com intuito de reduzir a alta prevalência de abandono do AME ainda nos primeiros meses de vida e os consequentes prejuízos à saúde infantil. Avaliar a situação e os fatores de risco associados pode auxiliar no direcionamento das ações desenvolvidas nos serviços de saúde visando a promoção, proteção e apoio ao AME.

Os fatores que se associaram de forma independente à interrupção precoce do AME neste estudo foram “residir em casa de taipa”, “idade materna ≤ 18 anos”, “baixo peso ao nascer”, “uso de mamadeira” e “uso chupeta”.

A maioria (96,4%) das famílias quilombolas deste estudo pertence ao menor estrato econômico (D-E) e nenhuma família obteve pontuação compatível com a classe A. Ramos et al.¹⁸ verificaram que mães que viviam sob condições socioeconômicas desfavoráveis tendiam a manter a amamentação dos seus filhos por um maior período de tempo. Neste estudo, essa associação não foi confirmada, provavelmente devido à alta homogeneidade das famílias, ou seja, o critério de classe econômica não discrimina adequadamente essas famílias. Contudo, foi constatada associação entre o desfecho e o fato de a criança residir em casa de taipa. Assim, a maior vulnerabilidade socioeconômica foi fator de risco para a IP-AME4. Esse achado corrobora com outros estudos^{19, 20} que relataram maiores frequências de interrupção precoce do AME entre os indivíduos das camadas populacionais mais pobres, atribuindo-se esse fato ao baixo nível escolaridade, situação muito comum sob tais circunstâncias.

Ser mãe jovem também se associou de forma independente à interrupção precoce do AME. Os filhos das mulheres com idades igual ou inferior a 18 anos apresentaram prevalências 32% superiores aqueles de mães com idade superior. Isso parece estar associado ao fato de que, geralmente por ser o primeiro filho, a mãe apresentaria maior dificuldade para amamentar em virtude da insegurança gerada pela inexperiência, falta de informação e pouco apoio por parte da família e/ou do companheiro.²¹

Em relação às características da criança, os fatores que se associaram à interrupção precoce do AME foram o baixo peso ao nascer (BPN), o uso de chupeta e o uso de mamadeira.

O BPN tem sido relatado na literatura como um fator de risco para a interrupção precoce do AME.²² Neste estudo, a prevalência de crianças que nasceram com peso inferior a 2.500 gramas foi de 6,7%. Entre estas, a maioria (93,3%) teve o AME interrompido antes de completar os quatro meses de idade. Um aspecto que possivelmente

contribui para essa situação é a maior dificuldade para a sucção e para a pega correta da mama apresentada por crianças com baixo desenvolvimento pondero-estatural.²²

O uso de chupeta entre as crianças quilombolas aqui investigadas foi referido por 40,6% das mães. Na II PPAM² foi verificado que o uso de chupeta pelas crianças menores de doze meses foi de 42,6%, tendo sido esse valor ligeiramente superior (44,8%) em Maceió. O uso de chupeta tem sido associado às dificuldades enfrentadas pela mãe para lidar com o choro da criança, o que as fazem pensar que seu leite seja fraco ou insuficiente, não capaz de satisfazer as necessidades do filho. Esse sentimento é, muitas vezes, a justificativa para oferecer outros tipos de leite e/ou outros alimentos.²³

A introdução da mamadeira, que para ser usada requer menor esforço de sucção por parte da criança, prejudica o fortalecimento de sua musculatura oral e a condiciona para uma sucção incorreta, provocando a “confusão de bico”, o que leva o lactente a rejeitar o seio materno.²⁴ Neste trabalho, o uso de mamadeira foi relatado por 67,7% das mães e a prevalência da interrupção precoce do AME foi de 68,7%. Resultados semelhantes foram encontrados na II PPAM, na qual o uso de mamadeira foi de 58,4% no Brasil (conjunto das capitais), sendo 60,0% na região Nordeste e 61,0% em Maceió.

Um estudo de coorte realizado em São Luís do Maranhão²⁵ sugeriu que os bebês que fazem uso de chupeta e/ou mamadeira apresentam maior frequência de hábitos (sucção incorreta e “confusão de bico”) que dificultam a amamentação quando comparados aos que não fizeram uso de nenhum desses dispositivos.

Neste estudo, a prevalência do TMC entre as mães foi de 42,9%, valor semelhante ao encontrado na zona urbana (43,8%) da região semiárida de Alagoas.²⁶ As pessoas que apresentam TMC geralmente referem fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça, além de queixas psicossomáticas. A sua ocorrência é maior em mulheres, que não convivem com um companheiro, que têm filhos,

são da raça negra, têm baixa escolaridade, vivem em condições precárias de moradia, de baixa renda e desempregadas. A maioria desses fatores encontram-se especialmente presentes em mulheres quilombolas.⁵

Um estudo qualitativo realizado com mulheres afro-americanas no ano de 2013,²⁷ revelou a existência de frustrações pessoais que interferiram diretamente na capacidade de amamentar, influenciando de forma negativa nessa prática devido ao estresse em gerenciar as responsabilidades atribuídas a mulher, da pouca condição econômica e pela falta de apoio no período após o parto.

Uma revisão sistemática²⁸ evidenciou que a depressão é uma das alterações psíquicas mais comuns na sociedade, acometendo de 10 a 15% das mulheres. Alguns estudos indicam a existência de associação entre os problemas relacionados a saúde mental materna e a interrupção precoce do AME.^{27, 28} Contudo, nesta população quilombola essa associação não foi encontrada.

É importante destacar que os estudos que verificaram a existência dessa relação foram realizados adotando critérios específicos para diagnosticar problemas de saúde mental também específicos. O SRQ-20, aqui usado para classificar as mulheres segundo sua saúde mental, é um instrumento de triagem e não de diagnóstico, o qual aborda diferentes dimensões dos TMC, não podendo, portanto, ser relacionado a um desfecho singular. Logo, isso se constituiu em uma limitação deste estudo, de modo que a hipótese da associação ora investigada não pode ser descartada. Sugere-se, então, a realização de novos estudos em comunidades quilombolas, porém empregando indicadores de saúde mental mais acurados, pois, apesar da ausência de associação com o AME, em virtude de sua magnitude, a prevalência de TMC ora divulgada (42,9%) merece destacada consideração.

Conforme uma metanálise²⁹ de 174 publicações de 63 países, 19,7% das mulheres

apresentavam TMC. No Brasil, um estudo de base populacional com 848 mulheres da cidade de Campinas verificou que esse valor era de 18,7%.³⁰ Esses resultados nos permitem afirmar que a prevalência de TMC entre as mulheres quilombolas é bastante elevada e, considerando os prejuízos que essa situação impõe à qualidade de vida dessas mulheres,^{29, 30} trata-se de um relevante problema de saúde pública e que requer atenção especial por parte do poder público e dos profissionais de saúde.

Além de evidenciar a relevância epidemiológica dos TMC, este trabalho tem como mérito sua abordagem analítica robusta e plano amostral consistente, apresentando dados inéditos sobre a prática do aleitamento materno em uma população historicamente negligenciada e submetida a discriminação institucional, proporcionando maior visibilidade à problemática dos povos quilombolas e ilustrando a necessidade de maior atenção e investimentos direcionados à atenção à saúde e qualidade de vida dessa população.

Apresenta-se a seguir, uma síntese dos resultados, conclusões e recomendações:

- A prevalência da interrupção precoce de AME foi de 57,6%;
- As prevalências de AME por quatro e por seis meses foram de 42,4% e 25,4%, respectivamente;
- A duração mediana do AME foi de 90 dias;
- Tanto a prevalência quanto a duração mediana do AME foram inferiores aos valores preconizados pela OMS;
- A prevalência do TMC foi de 42,9%;
- Não se observou associação entre a interrupção precoce do AME e o TMC, não sendo possível afirmar se isso é uma característica da população quilombola ou se decorreu da baixa especificidade do instrumento usado para identificar TMC, razão pela qual se recomenda a reprodução do estudo utilizando indicadores de maior acurácia na caracterização da saúde mental;
- Os fatores que, nessa população, se associam de forma independente à interrupção

precoce do AME foram: residir em casa de taipa, mãe adolescente, baixo peso ao nascer e o uso regular de chupeta e mamadeira;

Os resultados desse estudo devem servir como subsídios para o planejamento e implementação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como medidas de atenção à saúde mental, tendo como foco as comunidades quilombolas brasileiras, sobretudo, aquelas situadas no estado de Alagoas.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. World Health Organization (WHO); 2008.
2. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Almeida JM, Luz SAB, Veiga Ued F. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(3):355-362.
4. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LM, et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2017;17:59-67.
5. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LD, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(3):440-448.
6. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002;36:213-221.
7. Ferreira HS, Silva WO, Santos EA, Bezerra MK, Vieira da Silva BC, Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Rev Nutr.* 2013;26(5):539-549.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. In: Ministério da Saúde Brasília (DF); 2015.
9. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto M. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J epidemiol.* 1997;26(1):224-227.
10. ABEP. Critérios de classificação econômica Brasil. In. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa,; 2015.
11. Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(6):354-359.
12. UNICEF, World Health Organization. Global Breastfeeding Scorecard, 2017: Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. New York 2017.

13. Ferreira HS, Vieira ED, Queiroz MD, Cabral Junior CR. Aleitamento materno por trinta ou mais dias é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de Alagoas. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56 (1):74-80.
14. Rocha GP, Oliveira MC, Ávila LB, Longo GZ, Cotta RM, Araújo RM. Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):e00045217.
15. Margotti E, Mattiello R. Risk factors for early weaning. *Rev RENE.* 2016;17(4):537-544.
16. Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, Oliveira TMP, Neiva MJLM. Influência do parto sobre o desmame no puerpério. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online).* 2019;11:425-431.
17. Vieira SA, Magalhães TCA, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR. Fatores associados às velocidades de ganho de peso e de comprimento nos primeiros seis meses de vida. *Cad Saúde Colet.* 2015;23(3):309-315.
18. Ramos CV, Almeida JA, Alberto NS, Teles JB, Saldiva SR. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(8):1753-1762.
19. Santos PV, Martins MC, Tapety FI, Paiva AA, Fonseca FM, Brito AK. Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf. [Internet].* 2018;20.
20. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr.* 2006;19(5):623-630.
21. Maranhão TA, Oliveira Gomes KR, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Cad Saúde Colet.* 2015;23(2).
22. Pontes AM, Lucena KD, Silva AT, Almeida LR, Deininger LS. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. *Saúde Debate.* 2013;37(97):354-361.
23. Araújo CM, Silva GA, Coutinho SB. A utilização da chupeta e o desenvolvimento sensório motor oral. *Revista CEFAC.* 2009;11(2):261-267.
24. Rigotti RR, Oliveira MI, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20:1235-1244.
25. Batista CL, Ribeiro VS, Desterro SB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr.* 2018;94(6):596-601.

26. Paffer AT, Ferreira HS, Cabral Júnior CR, Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Med J* 2012;130(2):84-91.
27. Johnson AM, Kirk R, Rooks AJ, Muzik M. Enhancing breastfeeding through healthcare support: Results from a focus group study of African American mothers. *Matern Child Health J.* 2016;20(1):92-102.
28. Brecailo MK, Saldan PC. Relação entre depressão materna e os cuidados em saúde à criança: revisão sistemática. *Journal of Health Sciences.* 2015.
29. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476-93.
30. Senicato C, Azevedo RC, Barros MB. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23:2543-2554.

Figura 1 - Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo.



Adaptado de Victora et. al⁹.

Tabela 1 – Caracterização da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo – AME (frequência absoluta e percentual, razão de prevalência – RP e IC95%) segundo as variáveis socioeconômicas, ambientais e relacionadas à assistência à gestação e à saúde das mães e das crianças menores de dois anos (n=252) das comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil, 2018.

Variáveis	n (%) ^a	Interrupção precoce do AME		
		n (%)	RP (IC95%)	p-valor ^b
Material do domicílio				
Taipa	10 (4,0)	10 (100,0)	1,79 (1,60 – 2,01)	<0,001*
Alvenaria	242 (96,0)	126 (55,7)	1	
Regime de ocupação				
Financiada, cedida ou alugada	40 (15,9)	24 (63,2)	1,11 (0,85 – 1,46)	0,428
Própria	212 (84,1)	112 (56,6)	1	
Moradores no domicílio				
> 4 pessoas	102 (40,5)	53 (56,4)	0,96 (0,76 – 1,20)	0,755
≤ 4 pessoas	150 (59,5)	83 (58,4)	1	
Família usuária do Programa Bolsa Família				
Não	47 (18,6)	23 (53,5)	0,91 (0,67 – 1,23)	0,559
Sim	205 (81,4)	113 (58,5)	1	
Classe econômica ABEP				
B2+C1+C2	9 (3,6)	5 (55,6)	0,96 (0,53 – 1,74)	0,900
D+E	243 (96,4)	131 (57,7)	1	
Faixa etária materna				
≤ 18 anos	26 (10,3)	18 (78,3)	1,41 (1,10 – 1,80)	0,006*
> 18 anos	226 (89,7)	118 (55,4)	1	
Estado civil materno				
Solteira, viúva ou separada	39 (15,5)	21 (58,3)	1,01 (0,75 – 1,37)	0,906
Casada/vive com companheiro	212 (84,5)	114 (57,3)	1	
Escolaridade materna				
≤ 8 anos	130 (51,8)	73 (59,3)	1,07 (0,85 – 1,33)	0,539
> 8 anos	121 (48,2)	62 (55,4)	1	
Ocupação fora do lar				
Sim	59 (23,8)	33 (58,9)	1,00 (0,78 – 1,29)	0,957
Não	189 (76,2)	103 (58,5)	1	
Cor da pele da mãe (autodeclarada)				
Branca	27 (10,8)	13 (52,0)	0,88 (0,59 – 1,31)	0,554
Preta ou parda	224 (89,2)	123 (58,6)	1	
Transtorno Mental Comum materno				
Sim	108 (42,9)	59 (59,0)	1,04 (0,83 – 1,29)	0,714
Não	144 (57,1)	77 (56,6)	1	
Paridade				
Primípara	100 (40,4)	54 (58,1)	1,02 (0,81 – 1,28)	0,841
Múltipara	149 (59,6)	80 (56,7)	1	
Realizou pré-natal				
Não	3 (1,2)	1 (33,3)	0,57 (0,11 – 2,85)	0,497
Sim	248 (98,8)	135 (58,2)	1	
Início de pré-natal (em meses)				
> 3º trimestre	56 (22,9)	32 (61,5)	1,08 (0,84 – 1,39)	0,533

Variáveis	n (%) ^a	Interrupção precoce do AME		
		n (%)	RP (IC95%)	p-valor ^b
≤ 3 ^o trimestre	188 (77,1)	100 (56,8)	1	
Número de consultas pré-natal				
< 6 consultas	61 (25,6)	37 (66,1)	1,20 (0,95 – 1,52)	0,117
≥ 6 consultas	177 (74,4)	91 (54,8)	1	
Orientação sobre o aleitamento durante o pré-natal				
Não	36 (14,5)	17 (50,0)	0,85 (0,59 – 1,21)	0,373
Sim	213 (85,5)	117 (58,8)	1	
Tipo de parto				
Cesárea	115 (45,8)	67 (60,4)	1,08 (0,87 – 1,34)	0,465
Normal	136 (54,2)	69 (55,6)	1	
Amamentação na 1^a hora após o parto				
Não	54 (24,2)	28 (53,8)	0,94 (0,70 – 1,25)	0,693
Sim	169 (75,8)	89 (57,0)	1	
Sexo da criança				
Masculino	120 (47,6)	69 (62,2)	1,15 (0,93 – 1,44)	0,184*
Feminino	132 (52,4)	67 (53,6)	1	
Cor da pele da criança (referida pela mãe ou responsável)				
Preta ou parda	195 (77,7)	103 (56,6)	0,90 (0,71 – 1,16)	0,446
Outras	56 (22,3)	33 (62,3)	1	
Idade gestacional ao nascimento				
< 37 semanas	17 (6,7)	11 (78,6)	1,39 (1,03 – 1,87)	0,028*
≥ 37 semanas	234 (93,3)	125 (56,3)	1	
Peso ao nascer (g)				
< 2.500	15 (6,7)	14 (93,3)	1,72 (1,43 – 2,08)	<0,001*
≥ 2.500g	209 (93,3)	106 (54,1)	1	
Uso de chupeta				
Sim	102 (40,6)	66 (70,2)	1,41 (1,14 – 1,74)	0,001*
Não	149 (59,4)	70 (49,6)	1	
Uso de mamadeira				
Sim	170 (67,7)	114 (68,7)	2,15 (1,50 – 3,08)	<0,001*
Não	81 (32,3)	22 (31,9)	1	

^aNúmero amostral difere em algumas variáveis devido a casos de não respostas.

^b Teste de Wald.

*Diferença estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).

Tabela 2 – Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 24 meses das comunidades quilombolas de Alagoas: razões de prevalências brutas (RP_b) e ajustadas (RP_a) após análise múltipla segundo modelo conceitual hierárquico.

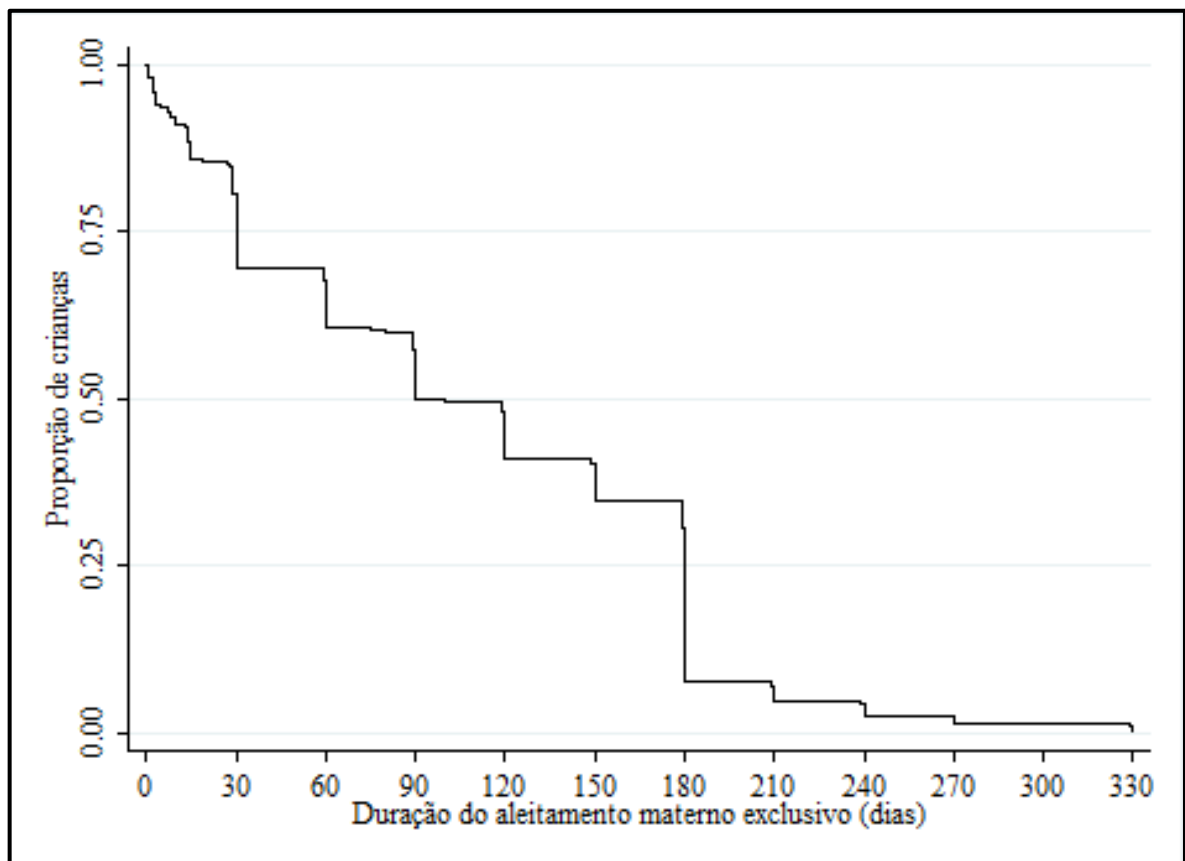
Variável	RP _b (IC95%)	p-valor	RP _a (IC95%)	p-valor ^a
Material do domicílio				
Taipa	1,79 (1,60 – 2,01)	<0,001	1,79 (1,60 – 2,01)	<0,001*
Alvenaria	1		1	
Faixa etária materna				
≤ 18 anos	1,41 (1,10 – 1,81)	0,006	1,32 (1,03 – 1,70)	0,027*
> 18 anos	1		1	
Nº de consultas pré-natal				
< 6 consultas	1,20 (0,95 – 1,52)	0,117	1,14 (0,90 – 1,45)	ns
≥ 6 consultas	1		1	
Sexo				
Masculino	1,15 (0,93 – 1,44)	0,184	1,20 (0,96 – 1,50)	ns
Feminino	1		1	
Idade gestacional ao nascimento				
< 37 semanas	1,39 (1,03 – 1,87)	0,028	0,98 (0,96 – 1,39)	ns
≥ 37 semanas	1		1	
Peso ao nascer				
< 2.500g	1,73 (1,43 – 2,08)	<0,001	1,43 (1,13 – 1,61)	0,002*
≥ 2.500g	1		1	
Uso de chupeta				
Sim	1,41 (1,14 – 1,75)	0,001	1,29 (1,03 – 1,61)	0,025*
Não	-		-	
Uso de mamadeira				
Sim	2,15 (1,50 – 3,09)	<0,001	2,14 (1,41 – 3,25)	<0,001*
Não	1		1	

^aTeste de Wald.

*Variável independentemente associada à interrupção precoce do AME (p<0,05).

^{ns} variável que, após análise múltipla, não se apresentou associada ao desfecho de forma estatisticamente significativa (p>0,05).

Figura 2 - Probabilidade de sobrevivência cumulativa (estimador de Kaplan-Meier) da prática de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 24 meses residentes nas comunidades quilombolas de Alagoas. Brasil, 2018.



A linha correspondente a 0,50 corresponde à mediana do tempo na respectiva condição de aleitamento. Ou seja, metade das crianças esteve em AME por cerca de 90 dias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, a prevalência encontrada para o AME foi de 42,4% e 25,4% aos quatro e seis meses, respectivamente, com duração mediana de 90 dias. A interrupção precoce do AME apresentou uma proporção de 57,6%.

Os fatores associados a essa prática (interrupção precoce do AME) foram residir em casa de taipa, mãe adolescente, criança nascer com baixo peso, usar chupeta e mamadeira. Conhecer os fatores que podem favorecer ou prejudicar a amamentação é fundamental para planejar ações que visem incentivar o AME.

A prevalência do TMC foi de 42,9%, revelando a necessidade de haver cuidados e atenção à saúde mental no âmbito das comunidades quilombolas. Apesar de não haver associação entre a interrupção precoce do AME e o TMC nesse estudo, é consolidado na literatura que mães que apresentam problemas mentais como ansiedade e depressão exercem comportamentos que influenciam na saúde da criança, inclusive no que diz respeito à prática do AME.

Visto que a interrupção precoce do AME comporta-se como um problema de saúde pública, assim como a existência de transtornos mentais, ambos podem repercutir em prejuízos à saúde materno-infantil. Portanto, os resultados apresentados fornecem subsídios para ações que possam incentivar, proteger e promover o AME, assim como para nortear estratégias de ações para cuidados de saúde mental entre as mães, sobretudo nas comunidades quilombolas investigadas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMADA, J. N. A.; FERNANDES, L. A. F. Reflexo do desmame precoce na saúde das crianças no município de Valparaíso de Goiás. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 2, p. 73-81, 2018.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 5, p. s119-s125, 2004.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; VEIGA UED, F. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015.
- ALVARENGA, S. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 93-103, 2017.
- ALVES, A. M. C. N., Ed. **Aleitamento materno: breve perspectiva histórica**. Biblioteca Universidade do Portoed. 1991.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the Use of Human Milk. **Pediatrics**, v. 129, n. 3, p. e827–e841, 2012.
- AMORIM, S. T. S. P. The artificial milk feeding or breast feeding: context dependant practices. Brazil, 1960-1988. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 581-598, 2008.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.
- BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T. As amas de leite e a regulamentação biomédica do aleitamento cruzado: contribuições da socioantropologia e da história. **Cadernos de História da Ciência**, v. 8, n. 1, p. 61-76, 2012.
- BARBOSA, L. N. et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá-MT. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 147-153, 2015.
- BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 2, 2013.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1-9, 2017.
- BOGEN, D. L. et al. Are maternal depression or symptom severity associated with breastfeeding intention or outcomes? **The Journal of clinical psychiatry**, v. 71, n. 8, p. 1069-78, 2010.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP-Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2005.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, n. 227, 2003.

_____. **Quilombos do Brasil: Segurança alimentar e nutricional em territórios titulados**: Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. - Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005.

_____. **Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: Estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças**. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. - Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2008.

_____. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ed. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas: Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial ed. 2013a.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília :: Editora do Ministério da Saúde 2013b.

_____. **Saúde mental**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUCCINI, G. D. S.; BENÍCIO, M. H. D. A.; VENANCIO, S. I. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 571-582, 2014.

CAPUCHO, L. B. et al. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, n. 1, p. 108-113, 2017.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Health conditions in quilombola communities. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, 2018.

CARULA, K. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, p. 197-214, 2012.

CIAMPO, L. A.; CIAMPO, I. R. L. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 40, n. 6, p. 354-359, 2018.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FERREIRA, H. S. et al. Aleitamento materno por trinta ou mais dias é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de Alagoas. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56 n. 1, p. 74-80, 2010.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

FREYRE, G. **Sobrados e Mucambos**. Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. 1 1998.

_____. Casa-grande & Senzala: Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. . **48. ed. São Paulo: Global**, 2003.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 106-115, 2014.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

JENERAL, R. B. R. et al. Aleitamento materno: uma reflexão sobre o papel do pai. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 140-147, 2015.

- KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 15, n. 8, p. 1 - 42, 2012.
- LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000.
- LIMA, P. J. P. Avaliação de transtornos mentais comuns em comunidades rurais em Atibaia/SP-Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 7, n. 15, p. 101-121, 2015.
- LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.
- LUDERMIR, A. B.; FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 213-221, 2002.
- MACHADO, M. C. M. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 985-994, 2014.
- MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 132-139, 2015.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, n. 148, p. 23 - 26, 1986.
- MARQUES, C. E. De Quilombos a quilombolas: notas sobre um processo histórico-etnográfico. **Revista de Antropologia**, v. 52, n. 1, p. 339-374, 2009.
- MARTINS, D. P. et al. Nutrition knowledge on breastfeeding: nursing contributions. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 12, n. 7, p. 1870-1878, 2018.
- MELO, L. O. Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos: saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural. 2016.
- MONEGO, E. T. et al. (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. **Segurança alimentar e nutricional**, v. 17, n. 1, p. 37-47, 2010.
- MUELBERT, M.; GIUGLIANI, E. R. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 675, 2018.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser" o corpo para o filho" e de ser" o corpo para si". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 355-S363, 2003.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. The practice of breastfeeding in a group of brazilian women: a movement of accommodation and resistance. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 69-76, 1999.

NAKANO, A. M. S. et al. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 230-238, 2007.

NEIVA, G. S. M. Saúde mental materna e estado nutricional do binômio mãe/filho na população quilombola de Alagoas. 2010.

OLIVEIRA, C. N. T.; OLIVEIRA, M. V. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados ao desmame precoce no Município de Vitória da Conquista-BA. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 5, n. 1, p. 160-174, 2012.

OLIVEIRA, M. G. O. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 178-189, 2013.

OLIVEIRA, N. J.; MOREIRA, M. A. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in (visibilidade) das mulheres. **Arq Ciênc Saúde**, v. 20, n. 3, p. 95-100, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas**. Washington, D.C. 2018.

PAFFER, A. T. et al. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **São Paulo Medical Journal**, v. 130, n. 2, p. 84-91, 2012.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 466-74, 2008.

PARREIRA, B. D. M. et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03225, 2017.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012.

RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1753-1762, 2008.

RAUBER, L. N. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses em Guarapuava-PR. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 1, p. 233-248, 2017.

ROCHA, G. P. et al. Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. e00045217, 2018.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

SALES, A. T. B.; COUTINHO, D.; SOUZA, A. C. A construção histórica da imagem da “Boa Mãe”: O imperativo da amamentação. **Revista Formadores: Vivências e Estudos, Cachoeira-BA**, v. 8, n. 3, p. 10-22, 2015.

SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 481-490, 2008.

SANTOS, K. O. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International journal of epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014.

SWEET, L. Expressed breast milk as 'connection' and its influence on the construction of 'motherhood' for mothers of preterm infants: a qualitative study. **International breastfeeding journal**, v. 3, n. 1, p. 30, 2008.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Breastfeeding: A smart investment. United Nations Children's Fund, 2017. Disponível em: < www.unicef.org/breastfeeding/ >. Acesso em: 22 de agosto de 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Breastfeeding Week Message. Breastfeeding and work - Let's make it work! , p. 2, 2015.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2017**. United Nations Children's Fund, World Health Organization 2017.

VITOLLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev Psiquiatr**, v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA**. World Health Organization (WHO): 2008. ISBN 924159666X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation**. Geneva: Switzerland: 10 p. 2001.

Apêndice A - Conjunto de formulários utilizados na coleta de dados

II Diagnóstico de Nutrição e Saúde da População Materno-Infantil das Comunidades Remanescentes dos Quilombos do Estado de Alagoas

FORMULÁRIO Nº 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: _____		cad_quest:	
COMUNIDADE: _____ [] []		[] [] - [] [] [] []	
		(Comunidade – número de ordem dos domicílios em cada uma das comunidades)	
1. Data da entrevista data entrevista __ __ / __ __ / __ __ __ __			
2. Quantas pessoas residem nesta casa?		n pessoas casa __ __	
3. Dessas N pessoas, tem alguma que por questão de trabalho, estudo, tratamento de saúde ou qualquer outro motivo, fica muitas vezes por mais de 5 dias da semana fora de casa? Sim (1) Não (0) for casa __			
<u>SE SIM</u> , como é nome dessa pessoa (ou pessoas se mais de uma)			
_____, _____, _____,			

4. Algum morador tem telefone celular? Qual o número para contato?			

5. Entrevistador:		6. Supervisor de campo:	

PONTO DE REFERÊNCIA / OBSERVAÇÕES

RECIBO DO TCLE

Tendo eu, entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, conforme consta no TCLE que me foi fornecido e encontra-se sob meu poder, concordo em dele participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura ou digitais do voluntário

FORMULÁRIO Nº 2 – CADASTRO FAMILIAR E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Nº de Ordem	1. NOME	2. relação	3. sexo [1] m [2] f	7. idade anos	8. elegível	9. cor da pele (autoreferida)	10. condição do trabalho	11. renda mensal* (salário, pensão, aposentadoria)	12. estimativa da renda	VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL							
										13. peso(kg)	14. altura(cm)	15. bioimpedância(% gordura)	Perímetros (cm)			19. hemoglobina (Hb)	
													16. cabeça	17. pescoço	18. cintura		
01		Chefe															
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	

☞ Se mais de 9 moradores, usar formulário adicional

Considerando todas essas pessoas que moram nesta casa, poderia me informar se existe:

☞ 4. Alguma gestante? (1) Sim(0) Não Se SIM, quem é a pessoa (marque 1 em Elegível)

☞ 5. Tem algum morador que apresente deficiência física, visual, auditiva, mental ou de qualquer outro tipo? (1) Sim(0) Não Se SIM quem é a pessoa (marque 8 em Elegível).

☞ 6. No domicílio mora alguém que tenha albinismo, anemia falciforme ou qualquer outro tipo de alteração genética? (1) Sim(0) Não Se SIM, quem é a pessoa? (marque 9 em Elegível)

12. ESTIMATIVA DA RENDA (salário mínimo; R\$): ≤ ½: 468,50 [1] > ½a 1: 468,51 a 937,00 [2] > 1 a 2: 937,01 a 1.874,00 [3] > 2: 1.874,01 OU MAIOR [4] ➔ incluir todas e quaisquer fontes de renda.

2. RELAÇÃO COM O CHEFE	8. ELEGÍVEL	9. COR DA PELE	10. CONDIÇÃO DO TRABALHO (> 18 anos)	13 a 19. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
1. Pessoa referida como chefe 2. Cônjuge 3. Filho(a) 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____ / _____ 6. Agregado/Pensionista 7. Empregado Doméstico	(1) = Gestante; (2) = Criança < 2 anos. (3) = Criança 2-5 anos (4) = Escolar (5, 1 a 10 anos) (5) = Adolescente (>10 a 19 a) (6) = Mulheres (>19 a < 60) (7) = Idoso (≥ 60 anos) (8) = Pessoa com deficiência (9) = Pessoa com alteração genética	1-Branca 2-Preta 3-Parda (morena) 4-Amarela 5-Indígena	0-Não trabalha 1-Empregado com carteira 2-Funcionário público 3-Empregado sem carteira 4-Desempregado 5-Biscateiro	☞ Peso e altura: Todos os indivíduos; ☞ BIA: Mulher índice (6), Adolescentes (5) e Homens (10) ☞ Os 3 perímetros: Mulher índice (6); ☞ Perímetro cefálico: Criança índice < 2 anos (2) e/ou de 2 a 5 anos (3); ☞ Hemoglobina: Gestantes (1), Criança índice < 2 anos* (2) e/ou Criança índice de 2 a 5 anos (3) * Não fazer Hb em menores de 6 meses.

	(10) = Homem (>19 a<60 anos)				
--	------------------------------	--	--	--	--

FORMULÁRIO Nº 3 – CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E AMBIENTAL

1. Tipo de moradia (material predominante): (1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/ Plástico	casa __
2. Regime de ocupação: (1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão	ocup __
3. Número TOTAL de cômodos na casa? _____ cômodos	cmdtotal __
4. De onde vem a ÁGUA usada para BEBER, HOJE, em sua casa? (1) Rede geral de distribuição (2) Cisterna (3) Poço, cacimba ou nascente (4) Água Mineral (5) Carro/caminhão pipa (6) Outro. Qual? _____	aguabebe __
5. Onde é colocado o lixo de sua casa? (1) Coleta pública (2) Queima (3) Terreno baldio (4) Enterrado (5) Outro meio: _____	lixo __
6. Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo (Bolsa Família, BPC/LOAS, ProJovem, PETI, PRONATEC, Programa do leite, etc)? (1) Sim, (2) Não	complem __
7. SE SIM, qual/quais (só considerar aqueles que geram renda regular mensalmente)? (1) Bolsa Família (2) BPC/LOAS (3) Projovem (4) PETI (5) PRONATEC (6) Programa do leite (8) Não é beneficiário (7) Outros: _____	nomeproggov1 __ nomeproggov2 __ nomeproggov3 __ nomeproggov4 __
8. No total, quanto a família recebe de recursos/benefícios do governo? (em R\$/mês) Preencha 8.888,88 se NÃO na questão 6.	rendasocial __ . __ __ __ . __ __
9. Alguém da família tem cadastro da Assistência Social (CRAS/ Cadastro Unico)? (1) Sim, (2) Não	cadunico __
10. Nesta casa é possível ter acesso à internet (considerar sim ainda que por celular)? (1) Sim (2) Não	netcasa __
11. Em algum lugar desta comunidade é possível ter acesso à internet (mesmo que por celular)? (1) Sim (2) Não	netarea __

Códigos	12. Até que série <NOME da pessoa referida como CHEFE – linha 1 do form 2> completou os estudos? (anos completos)*													*escolachefe __	
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

☞ Agora, irei fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade...

PERGUNTA: A senhora tem <item listado abaixo> aqui, em sua casa? (Se SIM, quantos?)

BENS DE CONSUMO	Quantidade que possui (circule)					Códigos de pontuação
	0	1	2	3	4+	
13. Quantidade de AUTOMÓVEIS de passeio, exclusivamente, para uso particular	0	3	5	8	11	carro __
14. Quantidade de EMPREGADOS mensalistas (trabalham, pelo menos, 5 dias/semana)	0	3	7	10	13	empregad __
15. Quantidade de MÁQUINAS DE LAVAR ROUPA, excluindo tanquinho	0	2	4	6	6	maqlav __
16. Quantidade de BANHEIROS	0	3	7	10	14	banheiro __
17. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de carro	0	1	3	4	6	dvd __
18. Quantidade de GELADEIRAS	0	2	3	5	5	gelad __
19. Quantidade de FREEZERS, independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6	freezer __
20. Quantidade de MICROCOMPUTADORES, considerando PC de mesa, laptops, not/netbooks e DESCONSIDERANDO tablets, palms ou smartphones	0	3	6	8	11	microcmp __
21. Quantidade de LAVADORA DE LOUÇAS	0	3	6	6	6	lavalou __
22. Quantidade de FORNOS DE MICRO-ONDAS	0	2	4	4	4	microon __
23. Quantidade de MOTOCICLETAS, desconsiderando as usadas, exclusivamente, para uso profissional	0	1	3	3	3	motoc __
24. Quantidade de MÁQUINAS SECADORA DE ROUPAS, considerando lava e seca	0	2	2	2	2	secroupa __
25. A água utilizada nesta casa é proveniente da: (4) Rede geral de distribuição (0) Poço, cisterna ou qualquer outro meio						aguacasa __
26. O trecho da rua onde fica o domicílio é: (2) Asfaltado/Pavimentado (0) Terra/Cascalho						rua __
27. Dentre os moradores dessa casa, qual o que mais recebe dinheiro por mês? Nome: # _____ O código ao lado corresponderá ao número de ordem no cadastro da família (conferir no form 2).						chefe_renda __ __ __ NÃO SOMAR

☞ Caso a pessoa detentora da maior renda na família (chefe pelo critério renda) seja a mesma referida pelo entrevistado como chefe da família (linha 1 do form 2), não aplicar as questões 28 e 29. Codifique com base na resposta 12 deste formulário. Adicionalmente use os códigos ABEP (**) para a questão 29.

Códigos	28. Até que série <# nome do chefe_renda> completou os estudos? ☞ o código será o número de anos de estudo, conforme constar na linha *													*escolacheferenda __ __ NÃO SOMAR	
	29. Codifique a escolaridade do chefe anotando a respectiva pontuação indicada na linha **													**escolachefeabep __	
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN	
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99
**	0			1				2				4		7	0

30. PONTUAÇÃO ABEP (utilizando a calculadora, qual o somatório das questões 13 a 26 mais a 29)

abep|_|_|

FORMULÁRIO Nº 5 – SAÚDE DA MULHER

INFORMAÇÃO: Aplicar à mulher sorteada entre todas do domicílio com idade entre > 19 a < 60 anos

Comunidade: _____	cad_quest: [] - [] [] - [] [] []
1. Nome da mulher: _____	Nomenclhr _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpess __ __

ATENÇÃO: CASO ESTA MULHER SEJA A CHEFE, NÃO PERGUNTAR: REPRODUZA DA QUESTÃO 12, DO FORM 3

Códigos	3. Até que série a senhora completou os estudos? (anos completos)*											*escolam __ __			
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
		0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

4. Qual destas condições corresponde ao seu estado civil: (1) Solteira (2) Casada/Vive com companheiro (3) Viúva (4) Separada (5) Outra: _____	estadocivil __
--	----------------

5. A senhora já ficou grávida alguma vez ou está grávida agora? (1) Sim (2) Está grávida atualmente (0) Não	maenatcr __
---	-------------

AVISO: Se 2 (gestante), pare este e aplique o Form 8; Se 0 (NÃO), pule para a questão 13 (preencha de 6 a 12 com 88).

6. Quantos filhos a senhora já teve? _____ filhos(88) NSA	npartos __ __
7. Com que idade ficou grávida pela primeira vez? _____ anos(88) NSA	idigrav1 __ __
8. A senhora já perdeu algum filho por aborto? (1) Sim (0) Não (88) NSA	aborto __ __
9. Se sim, teve quantos abortos? _____ abortos(88) NSA	nabortos __ __
10. A senhora já perdeu algum filho por falecimento? (1) Sim (0) Não (88) NSA	mortefilho __ __
11. Se sim, quantos foram? _____ filhos(88) NSA	nmortefilho __ __
12. A senhora tem algum filho com menos de 5 anos? (1) Sim (0) Não (88) NSA	temfilho5a __ __

Se esta mulher foi incluída por sorteio e tem filho < 5 anos, este fica, automaticamente, sorteado. Se tem 2 ou mais, sortear um deles.

13. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos (99) IGN	menarcac __ __
--	----------------

14. A senhora teve algum problema de saúde, nos últimos 15 dias? (1) Sim (0) Não	prob15sa __
--	-------------

AVISO: Se NÃO, pule para a questão 16

15. Qual foi o problema? (1) Gripe / resfriado / Virose / Infecção respiratória (2) Diarreia (3) Infecção do Trato Urinário (4) D.S.T. (5) Outra: _____ (8) NSA	qualprob __
---	-------------

16. Quando a senhora está doente e precisa muito de atendimento de saúde, para onde vai? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Rezadeira (4) Trata em casa (5) Nunca precisou (6) Vai na farmácia (7) Outro: _____ (9) IGN	servuso __
---	------------

17. De ontem para cá, a senhora tomou alguma bebida alcoólica? (1) Sim (0) Não	bebeuhj __
--	------------

18. Atualmente, a senhora está tomando algum tipo de medicamento? (1) Sim (0) Não	remeuso __
---	------------

19. Se SIM, Qual(is) o(s) medicamento(s)? (solicitar vê-los para anotar o nome da medicação abaixo). (88)NSA	
remeuso 1 _____	remeuso 4 _____
remeuso 2 _____	remeuso 5 _____
remeuso 3 _____	remeuso 6 _____

20. Pressão arterial (Pressão Arterial Sistólica x Pressão Arterial Diastólica)				
1ª MEDIDA	pas1	__ __ __ __ __ __	pad1	__ __ __ __ __ __
2ª MEDIDA	pas2	__ __ __ __ __ __	pad2	__ __ __ __ __ __
3ª MEDIDA	pas3	__ __ __ __ __ __	pad3	__ __ __ __ __ __

FORM Nº 6 – SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

(1 por domicílio: se mais, sortear; se a mãe NÃO foi sorteada como “MULHER ELEGÍVEL”, ela precisa responder o Form 5)

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] []
1. Nome da mãe: _____	Nomemae _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no form2)	ncadpesm ____ ____
3. Nome da criança: _____	nomec5 _____
4. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpesc5 ____ ____
AVISO:Neste momento da entrevista, solicite os Cartões da Gestante e da Criança	
5. Data de Nascimento da criança	datanasc ____ ____ /____ ____ /____ ____ ____ ____
6. A data de nascimento foi: (1) Informada pela mãe(2) Verificada em documento (Certidão Nasc, Cartão da Criança, Doc da maternidade; Batistério)	infodn ____
7. Sexo(1) Masculino (2) Feminino	sexoc ____
8. A senhora fez o pré-natal quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não	prenc ____
9. Com quantos meses iniciou as consultas do pré-natal? _____ meses (88) NSA (99) IGN	igconst ____ ____
10. Fez quantas consultas em todo pré-natal <C>? _____ consultas (88) NSA (99) IGN	qcons ____ ____
11. Essas consultas foram sempre no mesmo serviço? (1) Sim(2) Em 2 locais (3) Em 3 locais (4) Em 4 ou mais locais (8) NSA (9) IGN	varioserv ____
12. O mês que iniciou o pré-natal e a quantidade de consultas foram verificados no Cartão da Gestante? (1) Sim, só o mês de início(2) Sim, só a quantidade (3) Sim, para os dois (4) Não (8) NSA	confcart ____
13. Nas consultas de pré-natal de <C>, recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) Sim(2) Não (8) NSA (9) IGN	orientam ____
14. A senhora fumava antes ou fumou durante a gravidez de <C>? (1) Sim, fumei antes (2) Sim, fumava antes e fumei durante a gravidez(3) Nunca fumei nem antes nem durante a gravidez	fumoges ____
15. A senhora tomava bebidas alcoólicas antes da gravidez de <C> ou bebeu quando estava grávida de <C>? (1) Sim, bebia antes(2) Sim, bebia antes e bebi durante a gravidez (3) Nunca bebi nem antes nem durante a gravidez	bebeges ____
16. Quanto a senhora pesava antes de ficar grávida de <C>? _____, ____ kg (9999)IGN	pesopre ____ ____ ____ ____
17. Como foi verificado esse peso? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato (8) NSA	confppre ____
18. Ao final da gestação, a senhora estava pesando quanto (é o último peso registrado, pelo menos, duas semanas antes do parto)? _____, ____ kg (9999)IGN	pesofim ____ ____ ____ ____
19. Como foi verificado esse peso final? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato (8) NSA	confpfinal ____
20. <C> tem cartão de vacinas? (1) Sim, visto(2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve	cartvac ____
21. O cartão de vacina está atualizado? (1) Sim (2) Não (8) NSA	cartatual ____
22. Quantas vezes foi realizada a antropometria em <C> nos últimos 12 meses? _____ vezes(88) NSA	antropom ____ ____
23. Verificar no cartão da criança peso e comprimento aos 6 meses Peso: _____g (88888) NSA (criança < 6m)(99999)IGN Comprimento: _____cm(888) NSA (criança < 6m) (999)IGN	peso6m ____ ____ ____ ____ ____ comp6m ____ ____ ____ ____
24. Peso ao nascer _____ gramas (9999)IGN	pnc ____ ____ ____ ____
25. Esse peso foi verificado no Cartão da Criança? (1) Sim (2) Não (8) NSA	verificpn ____
26. <C> nasceu:(1) Antes do tempo / Prematuro (≤ 37 semanas) (2) No tempo certo (> 37 a 42 semanas)(3) Depois do tempo (≥ 42 semanas) (9) IGN	condnasc ____
27. Qual foi o tipo de parto de <C>? (1) Vaginal Hospitalar(2) Vaginal Domiciliar (3) Cesárea (4) Outro (8) Não lembra (9) IGN	tipparto ____
28. A <C> teve diarreia ou fez cocô mole mais de 3 vezes por dia, de ontem até agora, ou nas 2 últimas semanas?(1) Sim, de ontem até agora(2) Sim, ontem e nas últimas duas semanas(3) Sim, apenas nas últimas duas semanas (4) Não (9) IGN	diar2sem ____
29. A <C> teve tosse ou febre nas últimas duas semanas até hoje? (1) Só Tosse (2) Só Febre (3) Tosse + Febre (4) Não (9) IGN	tossfeb ____
30. A <C> foi levada para se consultar nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não →Pule para 33(9)IGN	consul30 ____
31. Quantas vezes se consultou? _____ vezes(88) NSA	qtscns ____ ____
32. Por quais motivos se consultou? (01) Rotina(02) Diarreia (03) Infecção respiratória (04) Infecção da pele (05) Doenças infectocontagiosas (06) Infecção do Trato Urinário (07) Mais de um motivo (08) Outra doença Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	motcons ____ ____
33. A <C> foi internada nos últimos 12 meses? (1) Sim(2) Não→Pule para 36 (9) IGN	inter12m ____
34. Se SIM, quantas vezes? _____ vezes(8)NSA (9) IGN	interqts ____
35. Por quais motivos? (1) Diarreia(2) Infecção respiratória (3) Infecção da pele (4) Doenças infectocontagiosas (5) Infecção do Trato Urinário(6) Mais de um motivo (7) Outra doença Qual? _____ (8)NSA (9) IGN	intermot ____
36. Quanto tempo por dia, a <C> fica em frente a algum aparelho eletrônico de tela como televisão, computador, celular ou outro? (anotar ao lado em minutos, após calcular) _____ min → Se nada = 000	c2eletr ____ ____ ____

FORMULÁRIO Nº 7 – ALEITAMENTO MATERNO (apenas crianças ≤ 24 meses)

1. Nome da criança: _____ alei1	cad_quest: [] - [] [] - [] [] []
2. Número de ordem da criança no cadastro da família (conferir no form2)	alei2 __ __
3. Número de ordem da mãe no cadastro da família (conferir no formulário 2)	alei3 __ __
4. O parto de <C> foi em casa ou em unidade de saúde? (1) casa(2) unid de saúde (3) Outro: ___(9)IGN	alei4 __
5. Imediatamente após o nascimento <C> foi levada para a incubadora, UTI ou outros serviços? (1) Sim(2) Não (9) IGN	alei5 __
6. <C> Já mamou no peito, nunca mamou ou ainda mama? (1) Mamou(2) Nunca mamou (3) Ainda mama (9) Não lembra → Se a resposta da questão for NUNCA MAMOU pular para a questão 13	alei6 __
7. Após o parto, em quanto tempo a criança foi colocada para mamar no peito? _____ minutos ou _____ horas → se em horas, calcular para minutos (888)NSA (999)IGN	alei7 __ __ __
8. Se não conseguiu amamentar <C> logo após o parto, o que foi oferecido? (1) Soro(2) Leite materno ordenhado (3) Leite em pó/fórmula infantil (4) Chá (8) NSA (a criança mamou) (9) IGN	alei8 __
9. SE MAMOU, até que idade deu somente leite do peito, sem incluir água, chá, suco, leite ou qualquer outro líquido ou alimento? _____ dias OU _____ meses → se em meses, transformar em dias (88) NSA 99)IGN	alei9 __ __
10. Com que idade <C> além de mamar, começou a receber também chá, água ou suco de fruta? DIASOU _____ MESES → se em meses, transformar em dias (888) Só mama (999) IGN	alei10 __ __ __
11. E com que idade, além de mamar no peito, tomar água, chá ou sucos, passou a receber também outros alimentos além desses? _____ dias OU _____ meses → se em meses, transformar em dias (88)NSA (99)IGN	alei11 __ __ __
→ SÓ PERGUNTE SE A RESPOSTA À QUESTÃO 6 FOR JÁ MAMOU. SE NUNCA MAMOU OU AINDA MAMA MARQUE 88 (N.A.)	
12. Porque <C> deixou de mamar? (01) Pouco leite(02) Criança não queria (03) Criança estava doente (04) Mãe nunca teve a intenção (05) Mãe doente (06) Mãe trabalhava/estudava (07) Leite fraco (08) Mastite/Bico invertido/Rachadura (88) NSA (99) IGN	alei12 __ __
13. → SÓ PERGUNTE SE A RESPOSTA A QUESTÃO 6 FOR NUNCA MAMOU Porque nunca mamou? (1) Pouco Leite (2) Criança não queria (3) Criança estava doente (4) Mãe nunca teve a intenção (5) Mãe doente (6) Mãe trabalhava/estudava (7) Leite fraco (8) Mastite/Bico invertido/Rachadura (8) NSA(9) IGN	alei13 __
14. <C> usa ou já usou chupeta? (1)SIM e ainda usa (2)SIM, mas não usa mais (3)NÃO, nunca usou →PULE P/ 17	alei14 __
15. Se 1 (ainda usa): De ontem até agora <C> chupou chupeta? (1) SIM (2) NÃO	alei15 __
16. Com que idade <C> COMEÇOU a usar chupeta? _____ DIASOU _____ MESES → se em meses, transformar em dias (888)Não usou (999)IGN	alei16 __ __ __
17. <C> usa ou já usou mamadeira? (1)SIM e ainda usa (2)SIM, mas não usa mais (3)NÃO, nunca usou →PULE P/ 20	alei17 __
18. Se 1 (ainda usa): De ontem até agora <C> usou mamadeira? (1) SIM (2) NÃO	alei18 __
19. Com que idade <C> COMEÇOU a usar mamadeira? _____ DIASOU _____ MESES → se em meses, transformar em dias	alei19 __ __ __
20. <C> ONTEM consumiu: (APENAS PARA CRIANÇAS ≤ SEIS MESES)	
a) Água (1) Sim(2) Não (8)NSA (C > 6 meses) (9) IGN	alei20a __
b) Chá(1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20b __
c) Outro tipo de leite (em pó ou líquido) (1) Sim(2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20c __
d) Mingau (papa ou gogó) (1) Sim(2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20d __
e) Fruta (1) Sim(2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20e __
f) Suco de fruta (1) Sim(2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20f __
g) Comida de sal (de panela, papa ou sopa) (1) Sim(2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20g __
h) Outros alimentos (1) Sim(2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20h __
21. A criança ONTEM consumiu: (APENAS PARA CRIANÇAS > 6 A< 24 MESES)	
a) Água (1) Sim(2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21a __
b) Chá(1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21b __
c) Outro tipo de leite (em pó ou fluido) (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN.....	alei21c __
d) Mingau com leite (1) Sim(2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21d __
e) Frutas/verduras/folhas (1) Sim(2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21e __
f) Carnes (boi/frango/peixe/porco/miúdos/ovo/outras)(1) Sim (2)Não (8) NSA (C≤ 6 meses) (9) IGN..	alei21f __
g) Fígado (1) Sim(2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21g __
h) Arroz, milho, mandioca, batata, inhame, cará, farinha, macarrão comum (1)Sim (2)Não (8)NSA (≤ 6) (9)IGN...	alei21h __
i) Feijões, ervilha ou lentilha(1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21i __
j) Bebidas adoçadas (Refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xarope de guaraná/groselha/suco de fruta com açúcar) (1)Sim (2)Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21j __
k) Macarrão instantâneo, Salgadinho de pacote ou Biscoitos salgados (1)Sim (2)Não (8)NSA (C≤ 6 m) (9)IGN....	alei21k __
l) Hambúrguer e/ou Embutidos (Salsicha, mortadela ou salame) (1) Sim(2) Não (8) NSA (C ≤ 6 m) (9) IGN...	alei21l __
m) Biscoito recheado, doces ou guloseimas (Bala, pirulito, chocolate, chiclete) (1)Sim (2) Não(8) NSA (≤6) (9) IGN	alei21m __
n) Outros alimentos (1) Sim(2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21n __

FORMULÁRIO N° 14 – SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)

Aplicar em MULHERES de > 19 a < 60 anos
 ➔ ou menor de 19 anos se mulher for mãe ➔

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos **últimos 30 dias**. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda SIM, mas se achar que não corresponde, responda NÃO. Por favor, **não discuta** as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda SIM ou NÃO como lhe parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

1. Nome _____	nomp _{srq}	cad_quest: [] - [] [] - [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)		ncad _{psrq} ___

CÓDIGOS: (1) Sim (0) Não	Variável	Código
1. A senhora tem dores de cabeça frequentemente?	srq1	
2. Tem falta de apetite?	srq2	
3. Dorme mal?	srq3	
4. Assusta-se com facilidade?	srq4	
5. Tem tremores nas mãos?	srq5	
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	srq6	
7. Tem má digestão?	srq7	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	srq8	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	srq9	
10. Tem chorado mais do que de costume?	srq10	
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?	srq11	
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	srq12	
13. Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	srq13	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	srq14	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	srq15	
16. A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	srq16	
17. Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?	srq17	
18. Sente-se cansada o tempo todo?	srq18	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	srq19	
20. A senhora se cansa com facilidade?	srq20	
SOMATÓRIO (TOTAL DE RESPOSTAS POSITIVAS)	Somasrq	
SOMATÓRIO DO SUPERVISOR	Srqsuper	

FORMULÁRIO N° 15 – Mini International Neuropsychiatric Interview (Mód C – versão 5.0)

➔ MULHERES > 19 anos e < 60 anos ou < 19 anos se for mãe

Durante o último mês	Variável	NÃO	SIM
Pensou que seria melhor estar morta ou desejou estar morta?	mini1	0	1
Quis fazer mal a si mesma?	mini2	0	2
Pensou em suicídio?	mini3	0	6
Pensou numa maneira de se suicidar?	mini4	0	10
Tentou o suicídio?	mini5	0	10
Ao longo da sua vida, já fez alguma tentativa de suicídio?	mini6	0	4
SOMATÓRIO (TOTAL DA PONTUAÇÃO)	somamini		

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução CNS nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, assim como os menores de idade sob minha responsabilidade, _____,

tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa II DIAGNÓSTICO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INTANTIL DAS COMUNIDADES DOS QUILOMBOS DO ESTADO DE ALAGOAS, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo, a ser realizado durante o ano de 2016, se destina a avaliar a disponibilidade e utilização de serviços de saúde, bem como as condições de saúde e a qualidade de vida de mulheres, crianças, adolescentes e de idosos de comunidades quilombolas em diferentes regiões do Brasil;
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer o estado nutricional da população; Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas; Investigar se as mães sofrem de pressão alta; Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e dejetos; Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar;
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia; Adicionalmente, as mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para isso, basta que a pessoa examinada o segure o equipamento com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização; Portanto, existe o risco de que eu venha a sentir medo da furada e de me sentir envergonhada por estar sendo examinada por pessoas estranhas;
- Que a pesquisa será acompanhada por membros da equipe do PSF. Os casos de hipertensão, desnutrição (déficit ponderal e/ou estatural), obesidade, distúrbios psicológicos e anemias serão cadastrados para acompanhamento pela equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao gestor de saúde municipal para as providências necessárias.
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo. Essas informações serão registradas em formulários de papel para posterior digitação em um computador de uso exclusivo da pesquisa. Todo esse material ficará arquivado durante 5 anos no Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, sob guarda e responsabilidade do Prof. Haroldo Ferreira. Caso esse compromisso não seja cumprido e, de alguma forma, eu me sinta prejudicado, terei a garantia de que, na forma da lei, receberei dos pesquisadores a devida indenização. Com exceção desta situação, não está prevista qualquer outra forma de indenização ou ressarcimento, haja vista que a pesquisa se refere a um estudo observacional, sem uso de métodos agressivos, experimentais ou que, de alguma forma, coloquem em risco a integridade física e mental dos participantes, nem tampouco causarão esses voluntários qualquer tipo de despesa;
- Que os benefícios da minha participação é propiciar a produção de informações que contribuirão para que as autoridades responsáveis pela implementação das políticas públicas possam ter um maior embasamento para planejar ações que promovam a saúde da população.
- Que toda participação tem caráter voluntário e que não haverá qualquer forma de pagamento aos indivíduos da pesquisa.
- Que o coordenador deste trabalho garante, nos termos da Lei, providenciar com recursos próprios (pessoais) a devida indenização aos voluntários que, porventura, vierem a sofrer quaisquer danos decorrentes da pesquisa.
- Que eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento, chamado de TCLE.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.


Endereço do(a) voluntário(a): _____

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-98853-8243.

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
Br 101 Norte, S/nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041.

Maceió, ____ de _____ de 2017

	 Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira Coordenador do LNBA / FANUT / UFAL Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq SIAPE 1120877
Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

Anexo A – Relação das comunidades quilombolas com certificação oficial da Fundação Cultural Palmares:

Nº	Município	Comunidade
1	Água Branca	Lagoa das Pedras
2	Água Branca	Serra das Viúvas
3	Anadia	Jaqueira
4	Arapiraca	Carrasco
5	Batalha	Cajá dos Negros
6	Cacimbinhas	Guaxinim
7	Canapi	Sítio Alto de Negras
8	Carneiros	Sítio Lagoa do Algodão
9	Igaci	Sítio Serra Verde
10	Igreja Nova	Sapé
11	Jacaré dos Homens	Povoado Ribeiras
12	Major Isidoro	Puxinanã
13	Monteirópolis	Paus Preto
14	Olho d'Água das Flores	Aguazinha
15	Olho d'Água das Flores	Gameleiro
16	Palestina	Vila Santo Antônio
17	Pão de Açúcar	Poço do Sal
18	Pariconha	Bumio
19	Pariconha	Malhada Vermelha
20	Passo de Camaragibe	Perpétua
21	Penedo	Tabuleiro dos Negros
22	Piaçabuçu	Pixaim
23	Poço das Trincheiras	Jacu
24	Poço das Trincheiras	Mocó
25	Santana do Mundaú	Filús
26	Santana do Mundaú	Mariana
27	São José da Tapera	Cacimba do Barro
28	Taquarana	Mameluco
29	Taquarana	Poços do Lunga
30	Teotônio Vilela	Abobreiras
31	Traipu	Uruçu
32	Traipu	Lagoa do Tabuleiro
33	União dos Palmares	Muquém
34	Viçosa	Sabalangá

Fonte: Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas(ITERAL, 2018).

Anexo B – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió-AL, 11/09/2014

Senhor(a) Pesquisador(a), Haroldo da Silva Ferreira
Bernardo Lessa Horta
Leonor Maria Pacheco Santos
Mônica Lopes de Assunção
Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 04/09/2014 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 33527214.9.0000.5013, sob o título **NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DOS QUILOMBOS DO ESTADO DE ALAGOAS**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

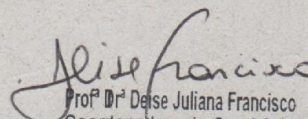
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: AGOSTO de 2015.


Prof.ª Dr.ª Deise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

Anexo C - Instruções aos autores para submissão à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

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.

Crítérios 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) aceito; 2) recomendado, mas com exigências de alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão remetidos ao(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 reprodutividade 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 compatibilidade 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 SubjectHeadings (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 online]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razzuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqi 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:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_a12.pdf](http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?)

-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, clinicaldermatologyillustrated [monografia em CD-ROM]. MultimediaGroup, 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/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>

Para outras informações consulte o site

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

Submissão dos manuscritos

A submissão é feita, **exclusivamente *on-line***, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem informar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito é original não está sendo submetido a outro periódico, bem como a participação de cada autor no trabalho.

Disponibilidade da RBSMI

A revista é *open andfreeaccess*, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para copia e disseminação com propósitos educacionais.