



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 896 F. 33872000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-200  
Filiais: Hospital Família, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maiaes, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde CCINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SEBC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itá e Centro de Atenção Psicossocial III - Alcool e Drogas.  
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 95244/95



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC

TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

PRÁTICAS ALIMENTARES E ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE 6  
MESES EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SUL DO BRASIL

Bruna Muniz Zorzanello

Ma. Bruna Mombach Dietrich

Porto Alegre, fevereiro de 2020

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>MÉTODOS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>11</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>13</b>

## PRÁTICAS ALIMENTARES E ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE 6 MESES EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SUL DO BRASIL

### RESUMO

O Aleitamento materno é fator de proteção eficaz contra mortalidade infantil, alergias e futuras doenças crônicas, além de fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebê. Assim, o objetivo desse trabalho foi identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno em crianças menores de seis meses. Foram realizadas entrevistas com as mães de 33 crianças menores de seis meses do território de uma Estratégia de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, aplicando-se o formulário de marcadores de consumo alimentar proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e um questionário sobre orientações de aleitamento materno, recebidas no pré-natal, pós-parto e puericultura. Observou-se que 36,4% (n=12) das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, 30,3% (n=10) em aleitamento materno misto, enquanto 18,2% (n=6) estavam em aleitamento materno complementado. Quanto às orientações de aleitamento materno, somente 36,4% (n=12) das mães referiram ter recebido orientações no pré-natal, pós-parto e puericultura, enquanto que 3% (n=1) referiram não ter recebido nenhuma orientação ao longo deste período. A prevalência do aleitamento materno exclusivo encontrada, foi inferior à média nacional, reforçando a necessidade de revisão das condutas em relação à promoção e proteção do aleitamento materno na Unidade de Saúde.

Palavras chave: Aleitamento materno; Nutrição do Lactente; Prevalência; Atenção Primária à Saúde.

## FEEDING PRACTICES AND BREASTFEEDING IN CHILDREN UNDER 6 MONTHS IN A FAMILY HEALTH STRATEGY OF SOUTHERN BRAZIL

### ABSTRACT

Breastfeeding is an effective protective factor against infant mortality, allergies and future chronic diseases, and strengthens the link between mother and baby. Thus, the objective of this study was to identify the prevalence of exclusive breastfeeding and breastfeeding in children under six months. Interviews were conducted with the mothers of 33 children under six months of the territory of a Family Health Strategy in a city of Rio Grande do Sul, Brazil, applying the form of food consumption markers proposed by the Food and Nutrition Surveillance System and a questionnaire of breastfeeding guidelines received in prenatal, postpartum and child care. It was found that 36.4% (n = 12) of the children were exclusively breastfed, 30.3% (n = 10) were mixed breastfeeding, while 18.2% (n = 6) were breastfed supplemented. As for breastfeeding guidelines, only 36.4% (n = 12) of mothers reported having received prenatal, postpartum, and childcare guidance, while 3% (n = 1) reported receiving no guidance at all. The prevalence of exclusive breastfeeding found was lower than the national average, reinforcing the need to review the conduct regarding the promotion and protection of breastfeeding in the Health Service.

Keywords: Breastfeeding; Infant Nutrition; Prevalence; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a melhor e mais natural estratégia para a proteção e nutrição da criança, sendo também a mais eficaz e econômica intervenção para a morbimortalidade infantil<sup>1</sup>. O leite materno apresenta em sua constituição fatores protetores que favorecem o crescimento e desenvolvimento da criança, promovendo a redução da mortalidade infantil, diminuindo o risco de desenvolvimento de doenças crônicas e melhorando o desenvolvimento cognitivo. O ato de amamentar também fortalece o vínculo entre mãe e bebê, apresentando vantagens psicológicas, além disso, traz benefícios para a nutriz, favorecendo a involução mais rápida do útero, e protegendo contra o câncer mamário e ovariano<sup>2</sup>.

O leite materno está relacionado a uma maior pontuação do quociente de inteligência (QI), maior realização na vida escolar, sendo que todos esses quesitos são importantes para a redução da pobreza e maior equidade, já que proporciona às crianças uma vantagem nutricional para maior capacidade de trabalho na vida adulta, contribuindo para o desenvolvimento do país<sup>2,3,4</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no Brasil, apenas 38,6% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente ao seio, enquanto que, mundialmente, essa porcentagem aumenta para 41%, sendo que a meta mundial proposta para 2030 é de 70%<sup>5</sup>.

A prática do aleitamento materno pode ser influenciada por diversos fatores sociais e culturais<sup>6</sup>. Questões como crenças, mitos e tradições familiares podem interferir diretamente no ato de amamentar<sup>7</sup>.

O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, podendo ser complementado até os dois anos ou mais, não havendo vantagens em se iniciar alimentação complementar antes dos seis meses. Ressalta-se que a introdução

precoce de alimentos complementares está associada a diversas intercorrências negativas para a saúde da criança<sup>1</sup>.

Estudos mostram que além da introdução precoce da alimentação complementar, há um alto consumo de açúcares e produtos ultraprocessados por crianças menores de seis meses<sup>8</sup>.

Devido à sua importância para a qualidade de vida da mãe e do bebê, torna-se imprescindível que haja a promoção do aleitamento materno. Dessa forma é importante destacar o papel das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que têm uma situação privilegiada por possibilitar um maior vínculo entre usuários e equipe de saúde, sendo uma excelente ferramenta para o apoio e promoção ao aleitamento materno e alimentação saudável, oferecendo informação e promovendo atividades educativas do pré-natal ao puerpério<sup>9</sup>. Dessa forma os profissionais da saúde têm um importante papel para a reversão do atual quadro de baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo e oferta de alimentos inadequados antes do sexto mês de vida<sup>1</sup>.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, cuja população foi composta por amostra de mães de 33 crianças menores de seis meses do território de uma ESF de um município do Rio Grande do Sul.

Foram incluídas as crianças e suas respectivas mães, residentes do território da ESF, que compareceram à consulta de puericultura entre os meses de abril e setembro de 2019. Os critérios de exclusão foram: crianças não cuidadas por suas mães biológicas, devido à coleta de informações sobre as orientações de aleitamento materno recebidas no pré-natal, e casos de aleitamento materno proscrito (mães infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2, mães em uso de

medicamentos incompatíveis com a amamentação, como por exemplo, antineoplásicos e radiofármacos; criança portadora de galactosemia).

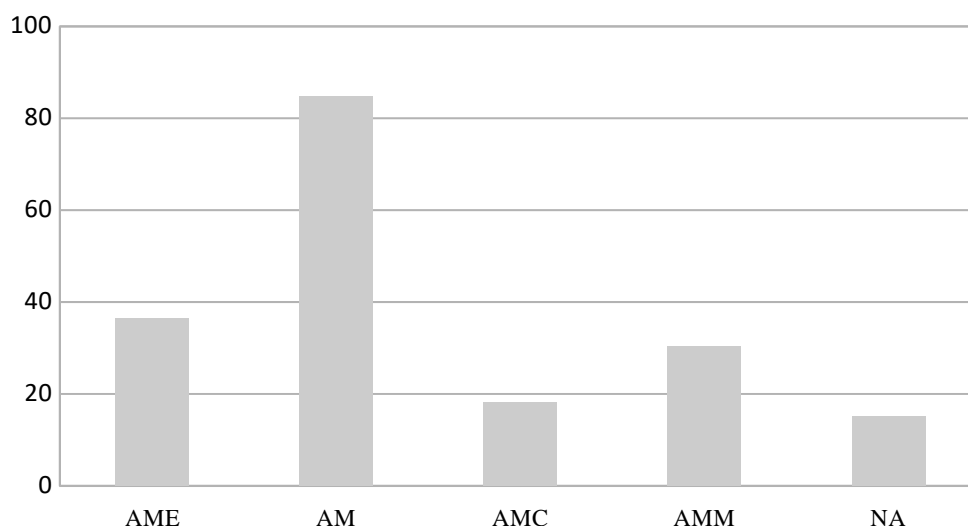
A coleta de dados foi realizada nos dias de puericultura. As mães das crianças, tendo ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam ao formulário de consumo alimentar para crianças menores de seis meses, proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e um questionário sobre as orientações de aleitamento materno recebidas durante o pré-natal, pós-parto e puericultura.

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel e foram realizadas suas análises descritivas, com os resultados apresentados em frequência relativa percentual.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que, conforme demonstrado na FIGURA 1, 36,4% (n=12) das crianças que participaram da pesquisa estavam em aleitamento materno exclusivo (AME), 84,8% (n=28) em aleitamento materno (AM), 30,3% (n=10) em aleitamento materno misto (AMM), 18,2% (n=6) em aleitamento materno complementado (AMC), 9,1% (n=3) recebiam apenas fórmula infantil ou leite de vaca e 6,1% (n=2) recebiam fórmula infantil e alimentação complementar.

FIGURA 1. Distribuição (%) de crianças menores de seis meses (n=33) em aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno (AM), aleitamento materno complementado (AMC), aleitamento materno misto (AMM) e não amamentadas ao seio (NA).



Dados encontrados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 sobre a situação da amamentação em crianças menores de seis meses foram próximos aos encontrados no presente estudo, sendo que 38,6% das crianças pesquisadas estavam em AME; 87,6% em AM, 49,0% em AMC e 12,5% não eram amamentadas ao seio<sup>10</sup>.

Kamiya e colaboradores, ao investigarem as características do aleitamento materno em crianças menores de seis meses no município de Campo Grande, encontraram prevalência de AMM de 35,6%, sendo que os principais motivos para a introdução de outro tipo de leite, de acordo com os relatos das mães, foram: necessidade da mãe trabalhar ou estudar, percepção materna da necessidade de complementar a alimentação da criança e pouca produção de leite da mãe<sup>11</sup>.

Diversos fatores estão implicados na interrupção precoce do AME como, por exemplo, crenças, mitos e tradições que acompanhados da insegurança materna podem levar a esse desfecho<sup>7</sup>.

Metanálise desenvolvida por Pereira-Santos e colaboradores encontrou associação entre a interrupção precoce do AME com idade da mãe inferior a vinte anos, baixa escolaridade, primiparidade, trabalho materno no puerpério e baixa renda familiar. Além disso, crianças com baixo peso ao nascer e que usaram chupeta foram mais suscetíveis a não serem amamentadas exclusivamente<sup>12</sup>.

No estudo de Mendes e colaboradores, realizado de 2013 a 2015, com uma coorte de 103 binômios mãe-bebê, acompanhados do nascimento até o segundo ano de vida do lactente, foram encontrados três fatores associados a uma menor duração do aleitamento materno, sendo: realizar menos que seis consultas de pré-natal, introdução precoce de fórmula infantil e introdução precoce de outros leites<sup>13</sup>.

Segundo Rollings e colaboradores, as políticas de proteção à maternidade e aleitamento materno, das quais a licença maternidade faz parte, são fatores que garantem um maior período de aleitamento materno exclusivo. Sabe-se, porém, que no Brasil a licença maternidade é de 120 dias, o que muitas vezes dificulta a manutenção do AME até os seis meses da criança, que é o recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Organização Mundial da Saúde<sup>14</sup>.

Em relação ao tipo de alimentação recebida pelas crianças em AMC, no presente estudo encontrou-se que 16,67% (n=1) havia iniciado o consumo apenas de frutas, 33,33% (n=2) receberam apenas papa principal, 16,67% (n=1) já consumia tanto fruta quanto papa principal, 16,67% (n=1) além de ter iniciado introdução alimentar com frutas e papa principal, também consumia alimentos ultraprocessados, como: bolacha tipo Maria, queijo *petit suisse* e gelatina e 16,67% (n=1) consumia apenas alimentos ultraprocessados, como: bolacha tipo Maria e queijo *petit suisse*.

Estudo de Giesta e colaboradores (2019) também encontrou práticas alimentares inadequadas em crianças menores de seis meses, sendo que 56,5% das crianças já tinham recebido algum alimento ultraprocessado nesta faixa etária. Segundo os autores, os três alimentos ultraprocessados mais consumidos por menores de seis meses de vida foram: gelatina, queijo *petit suisse* e bolacha sem recheio<sup>15</sup>. Dallazen e colaboradores também pesquisaram a introdução alimentar precoce, sendo que a prevalência de introdução de biscoito doce/salgado, queijo *petit suisse* e gelatina antes dos seis meses de vida da criança foram, respectivamente, 20,4%, 24,8% e 13,8%<sup>8</sup>.

Reforça-se que alimentos ultraprocessados não são recomendados para crianças menores de dois anos, pela sua composição nutricional desbalanceada, com quantidades excessivas de calorias, sal, açúcar, gorduras e aditivos, aumentando o risco do desenvolvimento de diversas patologias, incluindo: hipertensão, diabetes, obesidade, doenças

cardiovasculares, câncer e cárie dentária. Além disso, o consumo desses alimentos pode dificultar a aceitação da criança em relação a alimentos *in natura*<sup>4</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, os alimentos devem ser introduzidos a partir dos seis meses de idade, quando a criança já tem desenvolvidos os reflexos para deglutição e reflexo lingual, e já consegue sustentar a cabeça. Além disso, a introdução precoce dos alimentos está associada a episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição (em caso de alimentos muito diluídos, como sopas ralas), menor absorção de nutrientes do leite materno, como ferro e zinco e menor duração do aleitamento materno<sup>1</sup>.

Quanto às orientações de aleitamento materno recebidas pelas mulheres da presente pesquisa, 36,4% (n=12) das mães referiram ter recebido orientações nos três momentos: pré-natal, pós-parto e puericultura; 12,1% (n=4) referiram ter recebido orientações no pré-natal e puericultura; 33,3% (n=11) referiram ter recebido orientações no pós-parto e puericultura; 9,1% (n=3) referiram ter recebido orientações somente no pós-parto e 3% (n=1) referiram não ter recebido orientações ao longo dos três momentos.

Estudo de Alves e colaboradores, buscando investigar a associação do recebimento de orientações sobre aleitamento materno e a duração do AME em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, encontraram que 75% das mães receberam orientações sobre aleitamento materno, sendo 59% em consultas, 39,2% em grupos educativos e 4,4% em visita domiciliar. Segundo os autores, ter recebido orientação sobre a importância da amamentação exclusiva na Atenção Básica associou-se positivamente ao AME<sup>16</sup>.

O aconselhamento por parte dos profissionais da saúde é fundamental para o auxílio e superação das dificuldades que surgem durante o aleitamento materno. As orientações têm o objetivo de reforçar a autoestima e a confiança na capacidade de amamentar e devem ocorrer

em diferentes momentos: no pré-natal, na sala de parto, alojamento conjunto e no puerpério, sendo que essas orientações também são importantes à rede de apoio familiar<sup>17</sup>.

Além do conhecimento teórico e aspectos técnicos relacionados à amamentação, é importante que os profissionais da saúde conheçam o contexto no qual essas mães e seus filhos vivem, melhorando o vínculo com essas famílias, a fim de ampliar e fortalecer a rede de apoio, através da implementação de ações educativas<sup>18</sup>.

Com o intuito de incentivar o aleitamento materno e a alimentação saudável para crianças menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, diversas ações foram desenvolvidas, destacando-se a criação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), com o propósito de qualificar o processo de trabalho dos profissionais de atenção básica, através do aprimoramento das suas competências e habilidades para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades de Saúde<sup>19</sup>. Porém, mesmo com a sua importância, a EAAB ainda não foi implementada no município da presente pesquisa.

Assim, torna-se necessário, além da qualificação técnica, a utilização de inovações na habilidade de comunicação entre os profissionais de saúde e as mães, incluindo tecnologias que facilitem a construção do conhecimento como, por exemplo, desenvolvimento de manual educativo, uso de álbum seriado, musicalização, entre outros, para qualificar as práticas educativas e de aconselhamento, gerando um impacto positivo em relação ao aleitamento materno<sup>20</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A prevalência de AME no presente estudo foi inferior à média nacional e mundial. Considerando que no território estudado há uma Estratégia de Saúde da Família, percebe-se a necessidade de revisão das condutas relacionadas ao aconselhamento prático, promoção e

apoio do aleitamento materno, assim como a importância da educação permanente dos profissionais envolvidos neste processo. Todos os profissionais de saúde devem compreender a amamentação e os fatores envolvidos na sua interrupção precoce, assim como possuir habilidades no aconselhamento das mães. Sugere-se aos gestores, elaborarem novas estratégias para a proteção e apoio à amamentação, a fim de capacitar e qualificar o atendimento realizado pelas equipes de saúde, seja em consultas individuais, coletivas ou grupos educativos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília, 2015. 184 p.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 2016; v. 387, n. 10017, p. 475-490.
3. Hansen K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 2016; v. 387, n. 10017, p. 416.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Brasília, 2019. 270 p.
5. World Health Organization. Global Breastfeeding Collective. Breastfeeding and Gender Equality. New York, Geneva, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/global-breastfeeding-collective/en/>. Acesso em: 08 ago. 2018.
6. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de Indicadores do Aleitamento Materno no Brasil em Três Décadas. *Revista de Saúde Pública*, 2017; v. 51, p. 1-9.
7. Oliveira AKP, Melo RA, Maciel LP, Tavares AK, Amando AR, Sena CRS. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. *Avances en Enfermería*, 2017; v. 35, n. 3, p. 303-312.
8. Dallazen C, Silva AS, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF, Moreira JD, Tietzmann DC, et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; v. 34, n. 2, p. e00202816.

9. Borges NR, Sousa DKS, Pereira RJ, Castro JGD. Caracterização e prevalência do aleitamento materno em uma população atendida na rede pública de saúde de Palmas/TO, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2017; v. 18, n. 4, p. 30-36.
10. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança da Mulher [Relatório]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em 23 dez. 2019.
11. Kamiya E, Mendonça LABM, Ferreira RS, Palhares DB. Prevalência de aleitamento materno em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Multitemas*, 2019; 24(57), 257-272.
12. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Filho RAN, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev Bras Saúde Matern. Infantil*, 2017; 17(1), 69-78.
13. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ, Vianna RPT. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24, 1821-1829.
14. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *The Lancet*, 2016; 387(10017), 491-504.
15. Giesta JM, Zoche E, Corrêa RS, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24, 2387-2397.
16. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2018; v.23, p. 1077-1088.
17. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, 2015; 33(3), 355-362.
18. Modes PSSA, Gaíva MAM, Monteschio CAC. Incentivo e Promoção do Aleitamento Materno na Consulta de Enfermagem à Criança. *Revista Enfermagem Atual*, 2018; 86(24).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: Manual de Implementação. Brasília, 2015.
20. Souza EFC, Carmona EV, Lopes MHBM, Shimo AKK. Tecnologia em aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual*, 2017; 83:111-15.

## ANEXO

### **Recomendações para submissão de artigos: Revista Ciência e Saúde Coletiva**

#### **Seções da publicação**

Artigos Temáticos: devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos da pesquisa não devem exceder 40.000 caracteres com espaços.

Artigos Temáticos Livres : serão de interesse da saúde pública mediante envio gratuito dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, ou seja, até 40.000 caracteres com espaços, com os resultados da pesquisa e apresentar análises e avaliações das tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

Nota : O limite máximo de caracteres leva em consideração os espaços e se estende da palavra "introdução" até a última referência bibliográfica. O resumo e as ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

#### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol deverão conter o título, o resumo e as palavras-chave no idioma original e em inglês. Não serão aceitas notas de rodapé ou notas no final do artigo.

2. Os textos devem ser escritos em espaço duplo, em fonte Times New Roman, tamanho 12, com margens de 2,5 cm, no formato MS Word e enviados apenas por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do

site.

3. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subtítulos em algumas seções, às vezes sendo necessárias. Os títulos e legendas das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com características gráficas (maiúsculas, diminuição de margem, etc.).

9. O título deve ter no máximo 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres, incluindo espaços (que vão da palavra "resumo" até a última palavra-chave), que especificarão o escopo, os objetivos, a metodologia e a abordagem teórica. e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores deverão indicar não mais que cinco (5) palavras-chave. Chamamos atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, o que certamente suscitará o interesse do leitor no artigo e as palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS / MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>)

### **Ilustrações e escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática informações através de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como através de desenhos ou fotografias). Deve-se ter em mente que a revista é impressa apenas em uma cor, a saber, preto, e se o material ilustrativo for colorido, será convertido em escala de cinza.

2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceção de artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Nesse caso, os

autores negociarão com os editores-chefe.

3. Todo o material ilustrativo deve ser produzido nos formatos Word ou Excel e enviado com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. As tabelas e gráficos não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaço simples e tamanho da fonte 9).

4. As tabelas e gráficos devem ser produzidos nos formatos Word ou Excel e enviados com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. As tabelas e gráficos não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaço simples e tamanho da fonte 9).

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor será citado no texto, seguido de et al .

2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF"<sup>11</sup> (p.38).

Exemplo 2: "Como Maria Adelia de Souza<sup>4</sup> avisa, a cidade ..."

3. As referências serão listadas no final do artigo em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos requisitos de Uniforme para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos ( [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) ).

4. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo utilizado no Index Medicus ( <http://www.nlm.nih.gov/> ).

5. Os nomes de indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original da publicação.

**Identificação interna do documento VQ7FDB4D7U-VKTWZXB2**



Nome do arquivo: TCR\_\_BRUNA\_\_5022720202023.pdf

Data de vinculação ao processo: 03/02/2020 14:35

Autor: BRUNA MUNIZ ZORZANELLO (112395)

Processo: 1703769