

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

ÂNDREA GOMES SALLES

**CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS
PORTADORAS DE FISSURA LABIOPALATINA ASSISTIDAS PELO CENTRINHO
IMPERATRIZ**

IMPERATRIZ
2019

ÂNDREA GOMES SALLES

**CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS
PORTADORAS DE FISSURA LABIOPALATINA ASSISTIDAS PELO CENTRINHO
IMPERATRIZ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques

IMPERATRIZ
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Gomes Salles, Ândrea.

Caracterização do aleitamento materno de crianças portadoras de fissura labiopalatina assistidas pelo Centrinho Imperatriz / Ândrea Gomes Salles. - 2019.

38 p.

Orientador(a): Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, IMPERATRIZ, 2019.

1. Aleitamento materno. 2. Fissura labial. 3. Fissura palatina. I. Vanessa Dantas de Almeida-Marques, Rossana. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ândrea Gomes Salles

Título do TCC: Caracterização do aleitamento materno de crianças portadoras
de fissura labiopalatina assistidas pelo centrinho imperatriz

Orientador: Rossana Vanessa Dantas Almeida-Marques
Co-orientador:

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em
sessão pública realizada a/...../....., considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização do aleitamento materno de crianças portadoras de fissura lábio palatina assistidas pelo Centrinho- Imperatriz

Pesquisador: ROSSANA VANESSA DANTAS DE ALMEIDA MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98842718.0.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.984.883

Apresentação do Projeto:

Introdução: A fissura labiopalatina (FLP) é a malformação facial mais comum e possui incidência no Brasil de 5,86 por 10.000 nascidos vivos. A ocorrência de uma malformação congênita, muitas vezes não esperada pelos pais, representa um desafio de adaptação. Levando-se em consideração que as fissuras bucais podem representar um fator de risco para o desmame precoce, o aleitamento materno é o primeiro desafio enfrentado pelas mães de crianças com fissura bucais. Técnicas adequadas de amamentação, contudo, ajudam na superação desse desafio e proporcionam, conseqüentemente, benefícios tanto para as mães quanto para os lactentes. **Justificativa:** A importância do presente trabalho é justificada não só pelo levantamento de dados acerca da amamentação de crianças com a malformação facial mais comum, mas também pelo o fato de que tais dados ainda não foram verificados na região, onde há um centro multidisciplinar de referência para o sul do Maranhão, além de absorver pacientes do Sul do Pará e Norte do Tocantins. **Objetivo:** Verificar o quão a amamentação exclusiva é realizada em crianças com FLP assistidas no Centrinho Imperatriz e entender os possíveis motivos dessa prática não ser realizada ou ser interrompida precocemente. **Método:** Estudo observacional do tipo transversal, com uma abordagem quantitativa e analítica. Para a coleta de dados, será aplicado um formulário previamente estruturado a 90 mães de crianças com FLP de até 5 anos de idade, que não possuam outra alteração congênita. Previamente, as mães serão convidadas a participar do estudo mediante autorização pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados obtidos serão

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.984.883

crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1179083.pdf	09/09/2018 22:18:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.doc	09/09/2018 22:16:41	Ándrea Gomes Salles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	09/09/2018 22:15:28	Ándrea Gomes Salles	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	09/09/2018 20:28:36	Ándrea Gomes Salles	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	09/09/2018 09:31:23	Ándrea Gomes Salles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/09/2018 09:25:28	Ándrea Gomes Salles	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

Às mães que participaram da pesquisa e à equipe do Centrinho Imperatriz, pois ambos me acolheram e foram solícitos para contribuir com a coleta de dados. Agradeço também a minha orientadora e minha família por me acompanharem desde o início do projeto.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

RN - Recém-nascido

FLP - Fissura labiopalatina

RESUMO

Objetivo: Verificar o quão a amamentação exclusiva é realizada em recém-nascidos com fissura labiopalatina (FLP) e entender os possíveis motivos dessa prática não ser realizada ou ser interrompida precocemente.

Métodos: Estudo observacional do tipo transversal com abordagem descritiva. A coleta de dados ocorreu, entre novembro de 2018 e junho de 2019, em um centro multidisciplinar, sem fins lucrativos, para pacientes com FLP. Entrevistou-se 38 mães ou responsáveis, selecionados por conveniência, de pacientes com até 5 anos de idade portadores de FLP sem outra síndrome associada, cadastrados e em tratamento ativo no centro. O questionário foi adaptado de Silva, Fúria e Di Ninno (2005) e para avaliação socioeconômica utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2018). Analisaram-se os dados no programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS 25.0 for Windows), com nível de confiança de 95% (nível de significância de 0,05).

Resultados: Os tipos de fissura apresentados foram: 28,9% (n = 11) fissuras pré-forame, 21,1% (n = 8) fissuras pós-forame e 50% (n = 19) fissuras transforame. 92,1% (n = 35) das mães ofertaram o seio aos seus filhos, porém apenas 31,5% (n = 12) conseguiram amamentar, sendo que somente 10,5% (n = 4) amamentaram de forma exclusiva até os 6 meses. Possuir fissura de lábio e palato influenciou negativamente a prática do aleitamento materno ($p = 0,001$).

Conclusões: Apesar do desejo materno, foi pequeno o número de crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses. Contribuiu para essa baixa adesão, o número expressivo de crianças com fissuras transforame e pós-forame.

Palavras-chave: Fissura palatina. Fissura labial. Aleitamento materno.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	
.....	11
METODOLOGIA	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÃO.....	
.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO A	22
ANEXO B	23

INTRODUÇÃO

Durante o período embrionário, entre a 4^a e a 12^a semana, um erro de fusão ou crescimento dos processos faciais determina a fissura labiopalatina (FLP), a anomalia craniofacial mais comum ⁽¹⁾. Essa é uma malformação multifatorial, que tem como etiologia a susceptibilidade genética e a exposição da mãe a fatores de risco ambientais, tais como tabagismo, consumo de álcool, medicamentos e deficiências vitamínicas durante a gravidez ⁽²⁾. Estudos recentes no Brasil indicaram que a prevalência média de FLP no país é de 5,86 por 10.000 nascidos vivos, contudo essas taxas podem variar entre diferentes estados ⁽³⁾. Enquanto que a nível mundial, essa prevalência é de 1 para cada 1100 nascidos vivos ⁽⁴⁾.

A ocorrência de uma malformação congênita, muitas vezes não esperada pelos pais, representa um desafio de adaptação. Levando-se em consideração que as fissuras bucais podem representar um fator de risco para o desmame precoce, a amamentação é o primeiro grande desafio enfrentado pelas mães de crianças com FLP ⁽⁵⁾.

O leite materno possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento de uma criança e sua oferta deve ser incentivada até os seis meses de forma exclusiva e posteriormente de forma complementar até os dois anos de idade ⁽⁶⁾. Além de oferecer uma melhor nutrição para o lactente, a amamentação tem como outros benefícios o desenvolvimento da cavidade bucal, o efeito positivo na inteligência e a diminuição dos riscos de desenvolver diarreia, infecção respiratória, alergia, obesidade, hipertensão, colesterol alto e diabetes ⁽⁷⁾. Ademais, as lactantes têm menor chance de desenvolver câncer de mama, maior intervalo intergestacional, retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e melhor vínculo afetivo com o recém-nascido (RN) ⁽⁸⁾.

Em lactentes com FLP, além dos benefícios citados anteriormente, o aleitamento natural é fator decisivo na prevenção de problemas bucais e para a correta maturação e crescimento craniofacial em nível ósseo, muscular e funcional ⁽⁹⁾. Dado às infecções que esses RNs estão predispostos, sobretudo a do ouvido médio, a qualidade antibacteriana do leite materno é outro importante motivo para que a amamentação dessas crianças seja incentivada ⁽¹⁰⁾. Além disso, a promoção de um forte vínculo mãe-filho é ainda mais importante quando se trata de uma criança com FLP, tendo em vista os sentimentos de culpa, vergonha e/ou frustração que podem acompanhar a genitora após o nascimento desse RN ⁽⁷⁾.

Sucção e compressão são os dois mecanismos pelos quais os lactentes conseguem amamentar com sucesso. Em uma criança com FLP não existem evidências que contraindiquem a amamentação, no entanto existe uma relação entre a pressão oral gerada durante o aleitamento materno e o tipo de fissura. De modo geral, crianças com fissura labial geram sucção com maior facilidade que as com fissura palatina ou labiopalatina. Portanto, lactentes com fissura devem ser avaliados para amamentação de forma individualizada, observando-se o tipo de fissura, o desejo da mãe e a experiência materna com amamentações anteriores ⁽¹¹⁾.

Além da sucção fraca, a literatura relata outras dificuldades enfrentadas pelas mães de RNs com más formações orofaciais, bem como: dificuldade de pega, refluxo de leite pelas narinas, engasgos do bebê, ganho de peso insuficiente e pouco leite ⁽¹²⁾. Tais obstáculos, todavia, podem ser contornados com técnicas

adequadas, tais como a expressão manual do leite para amaciar mamilo e aréola, a oclusão da fenda com o dedo da mãe, a aplicação de compressas mornas nas mamas para facilitar a saída do leite, o posicionamento do mamilo em direção ao lado oposto à fenda e a postura do bebê em posição semi-sentada para evitar refluxo de leite pelas narinas ⁽⁷⁾.

As dificuldades alimentares em crianças com FLP, quando não se sabe sobre essas técnicas facilitadoras do processo de amamentar, podem influenciar no estado nutricional dos lactentes. Em consequência as crianças com menor ganho ponderal precisam ser acompanhadas com maior frequência, já que a correção cirúrgica da anomalia depende do estado nutricional, principalmente do ganho de peso estável, do desenvolvimento físico, da ausência de alterações de saúde e da capacidade de receber com segurança os anestésicos ⁽¹³⁾.

Não há dúvidas, portanto, sobre a importância das mães de RNs com FLP receberem orientação dos profissionais da saúde acerca da amamentação ⁽¹⁴⁾. Porém, a maioria dos enfermeiros, por exemplo, tem conhecimento incipiente sobre a necessidade de atenção e cuidados direcionados a essas crianças, fazendo-se, dessa forma, imprescindível a ampliação do conteúdo ofertado sobre o tema durante a graduação desses profissionais ⁽¹⁵⁾.

Diante da relevância da prática de amamentação para as crianças com fendas bucais, percebe-se a importância da capacitação de profissionais e mães para o manejo dessas crianças. Dessa forma, este trabalho foi realizado com o intuito de conhecer a realidade das mães assistidas no Centrinho Imperatriz -- um centro multidisciplinar de atenção aos pacientes fissurados residentes em municípios situados nos Estados do Maranhão, Pará e Tocantins -- no que se refere aos métodos de alimentação utilizados em recém-nascidos com FLP, durante a internação e após a alta hospitalar, a partir das orientações dadas pelos profissionais da área da saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se como um estudo observacional do tipo transversal com abordagem descritiva. A coleta de dados foi realizada no Centrinho Imperatriz, uma entidade sem fins lucrativos que consegue atender, por meio de uma equipe multidisciplinar, pacientes com FLP residentes no Sudeste do Pará, Sudoeste do Maranhão e do Norte do Tocantins. Estima-se que apenas no município de Imperatriz- MA haja cerca de 350 pacientes com fissura labiopalatina, enquanto que em toda a área de atuação há cerca de 1800 pacientes ⁽¹⁶⁾.

A amostra foi constituída por 38 mães ou responsáveis, selecionados por conveniência, de pacientes de até 5 anos de idade com fissura labiopalatina sem outra síndrome associada, cadastrados e em tratamento ativo, não havendo restrição quanto ao tipo de fissura e ao gênero.

O questionário adotado foi adaptado de Silva, Fúria e Di Ninno (2005), o qual é dividido em quatro partes: 1. dados sobre a criança com FLP e sobre seus pais, 2. período gestacional, 3. fase hospitalar e 4. fase domiciliar. Em relação aos dados da criança, foram coletados a idade, o gênero e o tipo de fissura do paciente. Enquanto que sobre os pais, foram questionados a idade, a escolaridade e a profissão. Quanto ao período gestacional, foi questionado se o pré-natal foi realizado e quantas consultas foram feitas antes do parto. Ademais, foi investigado se os pais souberam

da fissura antes do nascimento da criança e qual foi a reação deles ao terem ciência do acometimento. E, ainda sobre período gestacional, foram levantadas informações acerca das orientações que cada mãe recebeu dos profissionais da área da saúde sobre a prática de amamentação.

Relativamente a fase hospitalar, foi inicialmente investigado se a mãe recebeu a criança logo após o parto e qual foi sua reação ao ver o filho pela primeira vez. Depois foram coletadas quais informações cada mãe obteve sobre os cuidados de uma criança com FLP por profissionais da área saúde enquanto esteve no hospital. Foi dada continuidade ao questionário com o levantamento de dados sobre a criança: seu peso ao nascer, por quanto tempo ficou internada e se ficou no berçário ou no quarto com mãe. E, por fim, foi questionado se houve a tentativa de amamentar a criança, como essa amamentação foi realizada, qual foi a melhor posição encontrada para a mãe e para a criança durante a amamentação, quais foram as justificativas para os casos em que não foi dado leite materno ao RN e qual tipo de alimento a criança estava recebendo ao ter alta da maternidade.

Na última etapa do questionário, foi buscado entender qual alimento a criança recebia em casa, como ele foi ofertado e, se for o caso, porque parou de amamentar a criança. Além disso, foi questionado se a criança teve algum outro problema de saúde e se esse problema já interferiu na realização das cirurgias.

Para a avaliação socioeconômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil ⁽¹⁷⁾, o qual estima o poder de compra das famílias por meio de itens que possuem e grau de instrução do chefe de família. A partir da pontuação alcançada, obteve-se a classe econômica familiar e, por conseguinte, a renda familiar média bruta.

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados foi iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Foi solicitada a autorização aos responsáveis pelas crianças através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explanação prévia sobre os procedimentos envolvidos nesta pesquisa. Os aspectos éticos e científicos fundamentais, tais como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, foram contemplados rigorosamente na execução deste estudo. Todas as informações coletadas foram para uso exclusivo dessa pesquisa, sem outros fins. Foi também garantida a privacidade dos dados, ou seja, não houve identificação individual das fichas.

Os dados foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel 2019 e analisados no programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS 25.0 for Windows), com nível de confiança de 95% (nível de significância de 0,05). Utilizaram-se detalhamento de frequências numéricas e percentuais, média, desvio padrão, e adicionalmente, foram empregados estatística inferencial por meio do teste Exato de Fisher. Também foram analisadas possíveis correlações entre as variáveis: tipo de fissura, tempo de amamentação, orientação acerca do aleitamento, nível sócio econômico dos pais, problema de saúde até os dois anos de idade, alimentação complementar e utensílios usados para alimentar a criança.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 38 crianças, sendo 65,8% (n = 25) do sexo masculino e 34,2% do sexo feminino (n = 13). A maioria (73,8%, n = 28) encontrava-se na faixa etária de 1 a 5 anos de idade, enquanto que 26,2% (n = 10) tinham menos que um ano. Apenas 34,2% (n = 13) dessa amostra residiam em Imperatriz - MA, sendo os demais, 65,8% (n = 25), residentes em cidades próximas à Imperatriz, pertencentes aos Estados do Maranhão e Tocantins. De forma majoritária, as crianças nasceram em hospitais públicos (84,2%, n = 32). Quanto ao tipo de fissura, utilizando-se a classificação de Spina et al. ⁽¹⁸⁾, teve-se 28,9% (n = 11) fissuras pré-forames, 21,1% (n = 8) fissuras pós-forame e 50% (n = 19) fissuras transforame.

A média de idade das mães foi de 27,94 (\pm 7,33) e exatamente a metade (n=19) estudou até o final do ensino médio, 10% (n = 4) concluíram o ensino superior e as demais estudaram apenas durante o ensino fundamental (n = 15, 40%). A classe econômica mais frequente foi C (50%, n = 19), seguida em ordem decrescente pelas classes D (21,1%, n = 8), E (15,8%, n = 6), B (10,5%, n = 4) e A (2,6%, n = 1). Na tabela 01 é apresentada a relação entre o tempo de amamentação de cada criança com sua respectiva renda familiar.

Tabela 1. Associação entre o tempo de amamentação das crianças e a classificação socioeconômica da família.

Tempo de amamentação	Classificação socioeconômica										p-valor
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
0 mês	0	0	2	5,2	14	36,8	6	15,7	4	10,5	0,286
1 a 3 meses	1	2,6	0	0	1	2,6	0	0	1	2,6	
4 a 6 meses	0	0	2	5,2	3	7,8	1	2,6	0	0	
7 a 14 meses	0	0	0	0	1	2,6	1	2,6	1	2,6	

Durante o período gestacional, todas as mães confirmaram que fizeram o pré-natal de seus filhos, sendo que 21,1% já sabiam sobre a má formação da criança e 78,9% foram surpreendidas após o nascimento do RN. As que sabiam previamente referiram reações como choro, medo, tristeza e preocupação. Um pouco mais que a metade (62,2%) relatou ter recebido, ainda durante a gestação, orientações sobre aleitamento materno do profissional médico (30,4%) ou enfermeiro (30,4%) ou ambos (26,1%) ou outro não especificado (13%). Dentre essas orientações, destacaram a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade para o crescimento saudável da criança.

No período pós-parto, nenhuma mãe referiu não ter aceitado a condição do filho, porém declararam reações como choro, susto e preocupação. 78,4% das entrevistadas informaram ter recebido orientações sobre amamentação pelos

profissionais obstetra (10,3%), enfermeiro (44,8%), pediatra (10,3%), fonoaudiólogo (6,9%) ou mais de um deles (20,7%) ou outros (6,9%). Em relação a essas orientações, foi destacada, na maioria dos casos, a questão da amamentação exclusiva até os 6 meses mesmo que o lactente tenha fissura, contudo houve outras declarações, como a necessidade de se comprar uma “mamadeira especial”, instruções sobre como fazer ordenha e orientação de que a criança não devia ser amamentada. Na tabela 02 tem-se a correlação entre o tempo de amamentação da criança com FLP com o fato da mãe ter ou não recebido orientações durante a gestação (pré-natal) e na maternidade (pós-natal).

Tabela 2. Associação entre o tempo de amamentação das crianças e orientações sobre aleitamento materno.

Orientação	Tempo de amamentação (meses)								p-valor
	0		1-3		4-6		7-14		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pré-natal									
Sim	14	36,8	2	5,2	4	10,5	2	5,2	0,883
Não	12	31,5	1	2,6	2	5,2	1	2,6	
Pós- natal									
Sim	20	52,6	3	7,8	6	15,7	1	2,6	0,999
Não	6	15,7	0	0	0	0	2	5,2	

Ao questionar-se se houve a tentativa de amamentar o RN, 92,1% (n=35) responderam que sim, conforme tabela 03. Portanto, amamentação não foi tida como opção apenas em 7,9% (n=3) da amostra e foram dadas as seguintes justificativas: “no hospital falaram para não tentar” (criança com fissura transforame incisivo unilateral direita), “achei que o bebê não ia conseguir (criança com fissura transforame incisivo unilateral direita)” e “a criança não foi criada pela mãe”(criança com fissura pré-forame incisivo unilateral esquerda incompleta).

Dentre as 35 crianças em que ofertaram o seio, menos que a metade (34,3%, n=12) conseguiu mamar (vide correlação com o tipo de fissura na tabela 03). Contudo, obteve-se o dado de que 76,3% (n=29) receberam leite materno ao nascer por meio do peito (41,4%, n=12), mamadeira (44,8%, n=13), seringa (6,9%, n=2) ou colher (6,9%, n=2). Ressalta-se, entretanto, que algumas dessas crianças recebiam concomitantemente leite materno e fórmula (7,8%; n=3). Unanimemente, as lactantes (n=12) especificaram que a melhor posição delas para amamentar era sentada, enquanto que as crianças ficavam deitadas (21%; n=8) ou sentadas (10,5%; n=4).

Na fase domiciliar, 44,7 % (n=17) dos RNs estavam sendo alimentados exclusivamente com leite materno, 31,6% (n= 12) recebiam somente outro tipo de leite e 23,7% (n=9) recebiam esses dois tipos de leites concomitantemente. Na tabela 03 há a correlação entre o tipo de leite recebido em casa e o tipo de fissura da criança, além da forma como esses leites eram ofertados.

Em relação às crianças que inicialmente receberam leite materno (n=35), interrogou-se sobre o motivo dessa amamentação ter sido interrompida, dando-se a opção para a entrevistada escolher mais de uma alternativa, e obteve-se: “O leite secou” (n=4), “o RN não teve força para sugar” (n=24), “O leite era fraco” (n=2), “a criança não quis leite de peito” (n=2), “a criança estava perdendo peso” (n=1), “para

a criança ser operada” (n=2), “outra gravidez” (n=1). Na tabela 03 tem-se o tempo de amamentação de cada criança de acordo com o tipo de fissura.

Tabela 3. Relação entre o tipo de fissura das crianças e variáveis relacionadas a amamentação e/ou alimentação.

Variáveis	Tipo de FLP						p-valor
	Pré-forame		Pós-forame		Transforame		
	n	%	n	%	n	%	
Tentou amamentar?							
Sim	10	26,3	8	21	17	44,7	0,394
Não	1	2,6	0	0	2	5,2	
“Pegou?”							
Sim	9	23,6	2	5,2	1	2,6	0,001
Não	1	2,6	6	15,7	16	42,1	
Tipo de leite em casa							
Humano	9	23,6	2	5,2	6	15,7	0,008
Humano e outro	1	2,6	5	13,1	3	7,8	
Outro	1	2,6	1	2,6	10	26,3	
Oferta do leite em casa							
Peito	8	21	1	2,6	1	2,6	0,008
Peito e mamadeira	1	2,6	0	0	0	0	
Mamadeira	2	5,2	6	15,7	15	39,4	
Colher	0	0	0	0	1	2,6	
Mamadeira ou copo	0	0	0	0	1	2,6	
Outros	0	0	1	2,6	1	2,6	
Tempo de amamentação							
0 mês	2	5,2	6	15,7	18	47,3	0,928
1-3 meses	2	5,2	1	2,6	0	0	
4-6 meses	4	10,5	1	2,6	1	2,6	
7-14 meses	3	7,8	0	0	0	0	

No tocante a idade com que outros alimentos, além do leite materno, foram introduzidos na dieta das crianças, observou-se que 2 (5,2%) crianças ainda estavam sendo exclusivamente amamentada até a data da entrevista (uma com 1 mês de idade e a outra com 6 meses), enquanto que 36,8% (n=14) receberam outros alimentos logo nos primeiros dias de vida, 29% (n=11) foram antes dos 6 meses de idade, 15,8% (n=6) com seis ou sete meses e 13,2% (n=5) apenas com um ano de idade. Com respeito aos tipos de alimentos que foram dados, algumas das entrevistadas relataram mais de um alimento e, assim, teve-se a fórmula infantil como principal substituto do leite materno (n= 26), em seguida sopas (n=6), frutas (n=5), mingau de macaxeira (n=2) e mingau de aveia (n=1).

Para 52,6% da amostra (n=20) houve menção que o filho(a) já teve algum problema de saúde até os 2 anos de idade. Dentre esses problemas, destacaram-se: gripe recorrente, anemia, peso baixo, hiperglicemia, pneumonia, otites, diarreia, infecção urinária e dermatite atópica. Ademais, 23,6% (n=9) das entrevistadas revelaram que a criança já havia perdido alguma cirurgia de reparação

da fissura devido à gripe, anemia ou pneumonia. Ao relacionar-se o tempo de amamentação com o relato de algum problema de saúde, obteve-se a tabela 04.

Tabela 4. Correlação entre o tempo de amamentação das crianças e a apresentação de algum problema de saúde até os 2 anos de idade.

Tempo de amamentação	Problema de saúde (até o 2º ano)				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
0 meses	12	31,5	14	36,8	0,551
1 a 3 meses	01	2,6	02	5,2	
4 a 6 meses	04	10,5	02	5,2	
7 a 14 meses	03	7,8	0	0	

DISCUSSÃO

O perfil das mães da população estudada caracterizou-se por situar-se na faixa etária jovem ($27,9 \pm 7,3$), com baixa escolaridade (90% com escolaridade até ensino fundamental e/ou ensino médio) e classe econômica entre C e E (86,9%). Há estudos que demonstram que a ocorrência de FLP pode ter uma relação com o baixo nível econômico, coincidindo com o perfil das entrevistadas desta pesquisa ^(13, 19, 20). No entanto, é importante ressaltar que a amostra do presente estudo era constituída de pacientes assistidos pelo sistema único de saúde (SUS), o que provavelmente pode justificar os achados.

Quanto ao gênero das crianças, predominou o masculino (65,8%), o que está em consonância com outros estudos ^(13, 19). Além disso, exatamente a metade dessas crianças tinha fissura transforame, 28,9% tinham fissura pré-forame e 21,1% tinham fissura pós-forame, o que também está confluyente com a literatura ^(12, 13, 19, 21).

Diante de uma amostra total de 38 mães de crianças com FLP, observou-se que 35 dessas mães tentaram amamentar seus filhos, contudo somente 12 RN's foram amamentados. Ao levantar o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de idade, obteve-se o número de 11 (29%) lactentes, sendo que, dentre estes, somente 4 (10,5%) foram amamentados direto no seio. Pesquisas semelhantes também constataram que poucos lactentes com FLP são amamentados e geralmente o são por um tempo aquém do recomendado ^(12, 13, 19, 20, 21). Em contrapartida, os protocolos de manejo à amamentação de crianças com FLP mostram que esse processo é viável desde que haja prévia avaliação individual dos casos pelo profissional de saúde, orientação e acompanhamento das mães ^(15, 22).

Apesar de termos na amostra uma predominância de crianças com fissura do tipo transforame (n=19), é observado que entre as 12 crianças que foram amamentadas, a maioria tinha fissura do tipo pré-forame (n=9), apenas 2 eram pós-forame e 1 era transforame. Percebe-se, dessa forma, uma associação significativa entre a maior complexidade da fissura e a dificuldade do RN para conseguir amamentar ($p=0,001$). Dados similares foram encontrados em outras pesquisas, que constataram maior facilidade das mães para amamentar os lactentes com fissura labial em detrimento daqueles com fissuras que envolvem o palato ^(12, 19, 20). Dentre as razões para esses resultados, tem-se que uma fenda do palato ósseo impede a separação adequada das vias nasais e cavidades orais necessárias para eficiente sucção intraoral, porém baixas taxas de amamentação não devem ser atribuídas somente às barreiras anatômicas ⁽¹¹⁾.

Nem todas as mães referiram ter recebido orientações dos profissionais da saúde sobre amamentação, tanto no período do pré-natal quanto no pós-parto. É preciso ter em mente que as mães de crianças com FLP estão, na maioria das vezes, diante de um diagnóstico não esperado e, portanto, necessitam de ajuda profissional para enfrentar positivamente as dificuldades, principalmente no que concerne à nutrição da criança ^(14, 21, 23). O acompanhamento profissional deve-se iniciar no pré-natal, ao prestar às orientações pertinentes a especificidade do caso, e devem ser continuadas no pós-parto com observação da mamada e verificação do ganho de peso e da hidratação do RN ⁽¹⁴⁾.

As entrevistadas que afirmaram ter recebido orientações sobre a lactação (62,2% no pré-natal; 78,4% no pós-natal), relataram orientações gerais, como “amamentação exclusiva até os 6 meses mesmo que o lactente tenha fissura”, “necessidade de se comprar uma mamadeira especial”, “instruções sobre como fazer ordenha” e houve um único caso em que foi dito que a criança não devia ser amamentada. Ressalta-se, todavia, a importância de informações direcionadas para os lactentes fissurados, como a posição adequada da criança durante as mamadas, que deve estar em posição semi vertical ou verticalizada ao corpo da mãe, de forma a minimizar o risco de regurgitação nasal e o refluxo do leite materno nas tubas auditivas ⁽¹¹⁾. Além disso, a mãe pode ser orientada a ocluir a fenda labial com o dedo para diminuir a largura da fenda e aumentar o fechamento ao redor do mamilo ⁽¹¹⁾. Para lactentes com fenda palatina, ainda pode-se ensinar que o posicionamento do mamilo deve ser alocado na área mais íntegra do palato ou com o osso mais intacto, a fim de facilitar a compressão do mamilo e impedir que ele seja conduzido para o interior da fenda ⁽¹¹⁾. Uma outra opção, mais recente, para pacientes com o acometimento do palato é o uso de placa obturadora palatina flexível, tal dispositivo oclui o palato e permite uma amamentação segura para aquelas que ainda não atingiram a idade suficiente para a correção cirúrgica definitiva ⁽²⁴⁾.

Correlacionando-se o tempo de amamentação do lactente com FLP com o fato da mãe ter ou não recebido orientações durante a gestação e/ou na maternidade não se obteve significância (tabela 2). Porém, observou-se uma tendência em se responder que recebeu orientações no pré-natal e ter tido maior tempo de amamentação. Em concordância há estudos que demonstraram correlação significativa entre maior tempo de amamentação e orientações no pré-natal e no pós-natal ^(20,25). Há na literatura, não obstante, evidências de que é necessário ampliar o conteúdo ofertado durante a graduação acerca das necessidades dos recém-nascidos com fissuras labiopalatina ^(15, 21).

Diante da baixa adesão ao aleitamento materno, a justificativa mais frequente, apontada pelas mães, foi a sucção ineficiente (n=24), e resultados análogos foram observados em outras investigações ^(12, 20). Outras dificuldades relatadas na literatura são engasgos e refluxo nasal dos alimentos, principalmente naqueles com fissura envolvendo o palato ⁽²⁰⁾. Ademais, principalmente nos casos de fissuras palatinas, muitas vezes o esforço durante a mamada pode prejudicar o aporte nutricional e o ganho de peso. Nesses casos, a mãe deve ser estimulada a fazer a ordenha manual e oferecer o leite para o bebê na colher, copinho ou mamadeira, o que for mais eficiente e fácil ⁽¹⁹⁾. Neste estudo, todavia, apenas 14 (36,8%) mães chegaram a fazer a ordenha.

O ganho de peso corporal adequado, por sua vez, é essencial para a realização das cirurgias reabilitadoras, logo uma alternativa rotineiramente utilizada para crianças com fissuras consiste no uso de fórmulas lácteas industrializadas ⁽²⁶⁾. Assim, 55,2% das mães entrevistadas optaram por nutrir seus filhos com fórmulas lácteas de forma combinada (23,6%) ou não (31,6%) com o leite materno. A oferta dessas fórmulas, contudo, além de privar o RN de todos os benefícios relacionados ao aleitamento natural, pode ter influências diretas sobre a composição da microbiota gastrointestinal, e alternativamente repercussões na imunomodulação da criança ⁽²⁷⁾. Acrescenta-se ainda a predisposição à ocorrência

precoce de cárie dentária quando associado a hábitos inadequados de higiene bucal, uma vez que esses substitutos lácteos são ricos em açúcares ⁽²⁸⁾.

Os métodos mais utilizados para alimentar as crianças que não conseguiram amamentar foi a mamadeira (65,7%), o que coincide com outros estudos ^(20,12). Proclama-se o bico ortodôntico como o mais anatômico e eficaz para gerar pressão negativa intra oral nas crianças com fissura labial ⁽²¹⁾, contudo nenhuma das mães revelou ter recebido essa orientação. Uma possível explicação para isso seja provavelmente porque o bico comum pode ser considerado um possível recurso, é mais fácil de localizar comercialmente e tem um custo menor, o que beneficiaria a grande quantidade de famílias com baixa renda.

Não houve nenhum relato do uso de tubo de alimentação, o qual, de fato, não deve ser incentivado, dando-se preferência para os métodos não invasivos. Reserva-se o uso de tubo de alimentação para os casos de dificuldades extremas de alimentação oral que levam à perda de peso ou para os RNs que apresentam algum distúrbio associado ⁽²¹⁾.

Foi notado ainda que a introdução de alimentos complementares, além do leite materno, ocorreu de forma precoce, antes dos 6 meses, em 65,8% das crianças. Dentre esses alimentos, foram listados: fórmula láctea, sopas, frutas, mingau de macaxeira e mingau de aveia. O ideal, entretanto, seria que essas crianças recebessem alimentos pastosos/amassados apenas após os 6 meses de idade, com alimentos salgados e frutas na consciência de purê ⁽¹³⁾. Ademais, o correto ajuste inicial da alimentação possibilita ao lactente utilizar a boca de uma forma natural, provocando o amadurecimento dos movimentos orais para futuras habilidades e tornando a criança menos hipersensível em aceitar diferentes texturas ⁽²⁹⁾.

As dificuldades de alimentação resultantes da má formação lábio-palatal podem estar correlacionadas com processos infecciosos, principalmente nas vias aéreas superiores e ouvido médio, além da possibilidade de causarem déficit de crescimento ⁽³⁰⁾. Ao relacionarmos o tempo de amamentação com o relato de alguma enfermidade nas crianças não obtivemos associação significativa (tabela 4). No entanto, 52,5% das mães responderam que seus filhos tiveram alguma enfermidade até os dois anos de idade. Um estudo prospectivo para avaliar o verdadeiro impacto da não adesão à amamentação na saúde das crianças com FLP é recomendado.

CONCLUSÃO

Esse estudo forneceu evidências acerca da amamentação de crianças com fissura labiopalatina dos estados do Maranhão, Pará e Tocantins atendidas no Centrinho Imperatriz. Dado que um número expressivo da amostra foi composto por crianças com fissura dos tipos transforame e pós-forame, evidenciou-se uma baixa adesão ao aleitamento materno. Soma-se a isso a constatação de que poucas foram as mães (36,8%) que persistiram em alimentar seus filhos com leite humano por meio da ordenha. Mais da metade da amostra, por conseguinte, optou pela oferta de fórmulas lácteas e o método mais utilizado para isso foi via mamadeira. Observou-se também a influência positiva do profissional da área de saúde na maior adesão ao aleitamento materno, porém esse cuidado não foi relatado de forma unânime pelas mães e quando ocorreu o foi de forma breve e pouco direcionado para os cuidados específicos da criança com fissura.

Apesar das crianças da amostra serem cadastradas em um centro de reabilitação multiprofissional direcionado para crianças com FLP, muitas das mães só tiveram conhecimento da existência do Centrinho Imperatriz após algumas semanas ou meses de vida do RN. Logo, a intervenção dos profissionais do Centro na amamentação dessas crianças torna-se limitada por acontecer de forma tardia. Portanto, os resultados deste estudo enfatizam a importância de haver uma melhor conexão entre os centros de reabilitação e os hospitais em suas áreas de atuação para, assim, garantir um contato

precoce e efetivo com essas crianças. Soma-se a isso a necessidade de políticas públicas para tornar os profissionais de saúde aptos a acolher e orientar, desde o pré-natal até o nascimento da criança, adequadamente a família de um RN com fissura.

REFERÊNCIAS

1. Deshpande AS, Goudy SL. Cellular and Molecular Mechanisms of Cleft Palate Development. 2019;(February):160–4.
2. Pereira H. Risk factors and comorbidities in Brazilian patients with orofacial clefts. 2018;32:1–12.
3. Firmino G, Sousa T De. Orofacial clefts in Brazil and surgical rehabilitation under the Brazilian National Health System. 2017;31:1–10.
4. Programme HG. Global registry and database on craniofacial anomalies Main editors : 2001;(December):4–6.
5. Luiz J, Calvet G. Representações Sociais das Mães de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatinas sobre Aleitamento Social Perceptions of Mothers of Children with Cleft Lip / Palate Breast-Feeding. 2008;8(2):215–21.
6. WHO. THE OPTIMAL DURATION OF EXCLUSIVE REPORT OF AN EXPERT CONSULTATION. 2001;(March).
7. Básica. BM da SS de A à SD de A. SAÚDE DA CRIANÇA Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2nd ed. 2015.
8. Rea MF, Pró-amamentação EDAA. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança : um ensaio sobre as evidências Benefi ts of breastfeeding for maternal and child health : an essay on the scientifi c evidence. 2008;235–46.
9. Batista LR V. Desenvolvimento bucal e aleitamento materno em crianças com fissura labiopalatal. Rev Paul Pediatr. 2011;29(4):674–9.
10. Araruna C, Maria D, Vendruscolo S, Alimentação DMS. ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM FISSURA DE LÁBIO E / OU PALATO – UM ESTUDO DE LÁBIO E / OU PALATO. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8:99–105.
11. Reilly S, Reid J, Skeat J, Cahir P, Mei C, Bunik M. ABM Protocol ABM Clinical Protocol # 18: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip , Cleft Palate , or Cleft Lip. 2013;8(4).
12. Silva B, Fúria LB, Moraes Q De, Di S, Materno A, Recém EM, et al. ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM NASCIDOS PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA : DIFICULDADES E MÉTODOS UTILIZADOS Breast feeding in cleft lipt and palate neonates : study of difficulties and methods. Rev CEFAC. 2005;7.
13. Santos R, Agner A, Cristina E, Regina T. Food practices and nutritional status of children under 2 years with cleft lip and palatal fissure Práticas alimentares e estado nutricional de crianças menores de 2 anos com fissura labial e palatal. 2017;37(4):172–6.
14. Santos, Rosangela da Silva; JANINI, Janaina Pinto; OLIVEIRA HM da S. The transition of breastfeeding children with cleft palate and lip among women. Esc Anna Nery. 2019;23(1):1–7.
15. Lopes J, Neto T, Souza CM De, Aparecida E, Bezerra L, Costa TV. Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. Rev RENE. 2015;16(1):21–8.
16. Mendes RV et al. Distribuição Espacial e Geoprocessamento de Pacientes com Fissura Labiopalatina na Cidade de Imperatriz, Maranhão, Brasil. Rev Bras Ciências da Saúde. 2016;19:261–8.
17. ABEP A brasileira de empresas de pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2018;1–6.

18. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 1972;27(1):5-6.
19. Ferreira DN et al. Artigo original amamentação de crianças com fenda palatina e fissuras labiais. *Rev para Med*. 2012;26.
20. Trettene S, Maximiano TDO, Beraldo CC, Silvério J, Mendonça C, Luiz AG, et al. ARTIGO ORIGINAL ALEITAMENTO MATERNO EM LACTENTES COM FISSURA LABIOPALATINA BREASTFEEDING IN INFANTS WITH LABIOPALATINE CLEFT. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;15(5):1390–6.
21. Gil-da-Silva-Lopes VL, Xavier AC, Klein-antunes D, Sc M, Ferreira ACRG, Caramori PC, et al. Feeding Infants With Cleft Lip and / or Palate in Brazil : Suggestions to Improve Health Policy and Research. *cleft palate-craniofacial J*. 2013;50(September):577–90.
22. Hasanpour M, Ghazavi Z, Keshavarz S. Feeding Behavioral Assessment in Children with Cleft Lip and / or Palate and Parental Responses to Behavior Problems. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017;22(2).
23. SZALBOT, Jacqueline Emanuely; TONIN, Luana; MAKUCH, Débora Maria Vargas. Pesquisa-cuidado no processo de amamentação de bebês com fissuras labiopalatinas à luz de Kolcaba. **Advances in Nursing and Health**, v. 3.
24. DOS SANTOS, Isabella Mousinho Marinho et al. Placa obturadora palatina flexível para o aleitamento materno do bebê com fissura labiopalatina–relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e276101018860-e276101018860, 2021.
25. Alperovich M, Frey JD, Shetye PR, Grayson BH, Raj M. Breast Milk Feeding Rates in Patients With Cleft Lip and Palate at a North American Craniofacial Center. *Cleft Palate–Craniofacial J*. 2016;0(0):0–3.
26. Roberto M, Palone T. Fissuras labiopalatinas , ganho de peso e cirurgias : leite materno versus fórmulas lácteas. *Rev la Fac Med*. 2015;63(January):4–8.
27. Cacho N, Neu J. Manipulation of the Intestinal Microbiome in Newborn Infants. *Am Soc Nutr Adv Nutr*. 2014;114–8.
28. Rubina Shashni AG, Gaura K, Utreja AK, Ray P, Jena AK. Comparison of risk indicators of dental caries in children with and without cleft lip and palate deformities. *Contemp Clin Dent*. 2015;6(1):58–62.
29. Carraro DF, Toscani C, Dornelles L, Vinicius M, Collares M. Resumo. *Rev HCPA*. 2011;31(4):456–63.
30. Albarakati S, Alkofide EA. Growth status of Saudi patients with cleft lip and palate. *Saudi Med J*. 2002;23:823–7.

ANEXOS

ANEXO A

Ata Colegiado 04/10/2018

Homologação dos Projetos de Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC's:

INCIDÊNCIA DE LESÕES ORTOPÉDICAS NOS ALUNOS DO CURSO DE FORMAÇÃO DE SOLDADOS DA POLÍCIA MILITAR DE 2018 NO ESTADO DO MARANHÃO do discente SÉRGIO RYSCHANNK DIAS BELFORT;

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS DA CIDADE DE IMPERATRIZ-MA do discente PEDRO GUSTAVO MOURA DE SOUSA;

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS NEOPLÁSICOS EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICO NO INTERIOR DO MARANHÃO da discente LAENA DE BRITO MARINHO;

CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE FISSURA LABIOPALATINA ASSISTIDAS PELO CENTRINHO IMPERATRIZ da discente ÂNDREA GOMES SALLES;

ESTUDO DO EQUILÍBRIO SAGITAL E ESPINOPÉLVICO NA POPULAÇÃO DO SUDOESTE DO MARANHÃO da discente AMANDA NEVES PORPINO;

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL ABERTA OU VIDEOLAPAROSCÓPICA NA UNIDADE ONCOLÓGICA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL (UNACON IMPERATRIZ-MA) do discente ILFRAN MAGALHÃES SILVA II;

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A TÉCNICA LICHTENSTEIN E VIDEOCIRURGIA NO REPARO DE HÉRNIAS INGUINIAS: DADOS OPERACIONAIS E EVOLUÇÃO CLÍNICA do discente MARCOS DA SILVA OLIVEIRA;

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA COMUNIDADE: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL da discente TAMARA SILVA SOUSA;

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E MORTALIDADE DOS ÓBITOS NEONATAIS OCORRIDOS NA 10ª UNIDADE GESTORA DA REGIONAL DE SAÚDE DO MARANHÃO da discente ANE CAROLINE CHAVES LIMA MENEZES;

RISCO DE TROMBOEMBOLISMO EM PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA REGIÃO TOCANTINA da discente HELLEN DAYANNY FERREIRA SILVA COELHO;

ANEXO B

The screenshot shows the submission page of the RBCS journal. The header features a green geometric pattern with logos for the journal and its affiliations, including the ISSN 1415-2177 and e-ISSN 2317-6032. Navigation links include INICIO, ATUAL, ARQUIVOS, ANÚNCIOS, and SOBRE. A search bar is labeled Q BUSCAR. The main content area is titled 'Submissões' and contains a text box explaining the submission process, including the requirement for user registration. A sidebar on the right includes a 'ENVIAR SUBMISSÃO' button and an 'IDIOMA' section with options for English and Portuguese (Brasil).

Cadastro Acesso

RBCS
Revista Brasileira de Ciências da Saúde

ISSN 1415-2177
e-ISSN 2317-6032

INICIO ATUAL ARQUIVOS ANÚNCIOS SOBRE ▾ Q BUSCAR

INÍCIO / Submissões

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a

ENVIAR SUBMISSÃO

IDIOMA

English

Português (Brasil)

todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓	A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
✓	Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
✓	O texto está em espaço 1,5; usa fonte arial de 11; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.
✓	O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores , na seção Sobre a Revista.
✓	Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a cópia do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (em seres humanos ou animais). Estou(amos) ciente de que a ausência deste documento impossibilitará a avaliação do artigo.
✓	Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a Declaração de Transferência de Direito Autoral assinada por todos os autores do trabalho. Estou(amos) ciente de que a ausência deste documento impossibilitará a avaliação do artigo.
✓	Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a indicação de nome e afiliação (maior título, profissão, instituição onde exerce - Depto. Curso/ Universidade - dos autores. E endereço postal completo e eletrônico (email) do autor principal.

✓ Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a indicação de nome e afiliação (maior título, profissão, instituição onde exerce - Depto. Curso/ Universidade - dos autores. E endereço postal completo e eletrônico (email) do autor principal.
✓ Envio (amos) em arquivo anexo a Declaração de Conflitos de Interesse conforme modelo adotado pela RBCS
✓ Todos os autores deverão ser inseridos na Plataforma com os respectivos dados de afiliação, ORCID e email.
✓ Modificar na submissão do artigo, na composição do preenchimento da afiliação, se o manuscrito é vinculado a um Programa de Pós-graduação.

Diretrizes para Autores

Normas de Publicação atualizadas em 23/11/2016 A RBCS não cobra taxas para publicação de nenhum tipo. A produção do periódico é apoiada integralmente pelo Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sendo portanto, sem custo para os autores. A Revista Brasileira de Ciências da Saúde - RBCS é uma publicação científica dirigida à produção acadêmica, na área de Ciências da Saúde. Publica, estudos científicos inseridos na realidade brasileira, em língua portuguesa, e divulga contribuições visando a melhoria da qualidade do Ensino, da Investigação Científica e da Assistência à Saúde no Brasil. Atualmente está indexada na Base Lilacs/BVS. Poderão ser submetidos para avaliação, artigos para publicação nas seguintes seções: a) Pesquisa, b) Revisões, (submissões suspensas a partir de 25 de maio de 2015) c) Relato de Caso e Relato de Experiência (submissões suspensas a partir de 25 de maio de 2015) d) Ensino, e) Metodologia, f) Carta ao Editor. Todo trabalho recebe no ato da submissão um número de identificação (ID) que deve ser usado nas consultas ao Editor, no assunto da mensagem e do título de cada documento enviado para a REvista. Independente da seção é necessário anexar os seguintes documentos: 1. Carta de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores. (conforme modelo); 2. Cópia do Parecer do CEP (quando for o caso); 3. Lista de Autores e Afiliação (Nomes completos, sem abreviaturas. Deve estar na ordem a ser usada na publicação. Afiliação: Indicar o vínculo profissional

detalhando função/cargo, Programa, Departamento e Instituição com Cidade, Estado e País. 4. Endereço postal completo do autor a ser indicado como contato na publicação. (Rua, número, complemento, Bairro, Cidade, Estado, País e CEP, bem como endereço eletrônico (email). 5. Declaração de Conflitos de Interesse assinada por todos os autores (conforme modelo); 6. O ORCID de cada autor presente no manuscrito. **MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES**

Ao Editor Científico da Revista Brasileira de Ciências da Saúde Declaração de Conflitos de Interesse Eu, Nós (nome (nomes) por extenso), autor (es) do manuscrito intitulado (título), declaro (amos) que possuo (imos) () ou não possuo (imos) () conflito de interesse de ordem: () financeiro, () comercial, () político, () acadêmico e, () pessoal, Declaro (amos) também que o apoio financeiro e (ou) material recebido para o desenvolvimento deste trabalho estão claramente informados no texto. As relações de qualquer tipo que possam levar a conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo. Local, data: de de 201... Autores: (nomes e assinaturas)

Aspectos Éticos: Todo artigo que envolver indivíduos humanos deve vir acompanhado de Cópia de Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. Não deve ser usado nome do paciente, iniciais, números de registros, inclusive registro hospitalar, no texto e em nenhuma ilustração. Artigos envolvendo experimentação animal devem explicitar que estão de acordo com a legislação internacional ou normas nacionais e da instituição para de uso de animais em pesquisa.

Seções Pesquisa: Esta seção consta de artigos inéditos, contribuições originais resultante de observações experimentais, de estudos de natureza epidemiológica, ou outros, representando novos resultados ou o progresso nos diversos campos das Ciências da Saúde. Os artigos enviados para esta seção terão prioridade sobre os demais. Esta seção está formalmente dividida nos seguintes itens: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de Resumo e Abstract. **Relato de Caso:** Relato de caso clínico altamente informativo ou incomum constando de três itens: Introdução, Relato e Comentários. As Referências devem ser restritas às essenciais, no máximo a dez.

Metodologia: Seção dedicada a artigos descritivos sobre métodos estatísticos, físicos, químicos, citológicos etc., aplicados à pesquisa científica na área de Ciências da Saúde. Esta seção consta de três itens: Introdução, sobre os fundamentos teóricos do método; Método, descrição do método propriamente dito e Aplicação, sobre as aplicações práticas do mesmo. **Ensino:** Seção composta de artigos descritivos de relevância sobre aspectos técnicos e avaliativos do ensino ou sobre propostas educacionais inovadoras na área de Ciências da Saúde. Esta seção consta de três itens: Introdução, sobre fundamentos teóricos e contexto da proposta; Proposta, descrição do objeto e Aplicação, contando comentários sobre a aplicabilidade e resultados (quando houver). **Carta ao Editor:** Seção reservada ao comentário crítico e opinativo exclusivamente sobre artigo publicado na Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Os Editores avaliarão a pertinência da crítica e sendo considerada de interesse geral, será dada aos autores do artigo em questão, o direito de réplica, a qual será publicada no mesmo número da Revista. A Carta não deverá ultrapassar a uma página (300 palavras de texto).

Itens da seção Pesquisa Introdução: Neste item são caracterizados, de modo sumário, o problema estudado, as hipóteses levantadas, a importância do estudo e os objetivos. **Metodologia:** Descrição da amostra e processo de amostragem,

especificando o número de observações, variáveis, métodos de averiguação e de análise estatística dos dados .

Resultados: A apresentação dos resultados deve ser de maneira sequencial e racional, usar tabelas, quadros e figuras (ilustrações/gráficos). As ilustrações devem ser inseridas no texto submetido. **Discussão:** Os resultados mais importantes devem ser analisados criticamente, interpretados e quando for possível, comparados com dados semelhantes aos da literatura. **Informações citadas nos itens anteriores só devem ser mencionadas quando absolutamente necessárias.**

Conclusão: As conclusões devem responder de modo sucinto e direto aos objetivos propostos. **Recomendações** quando apropriadas podem ser incluídas no final deste item. **Dimensões** O texto completo (título, autores, resumo, abstract, corpo do trabalho com figuras e referencias) deve estar contido em 15 páginas, digitadas em word com margens de 2,5, espaço 1,5 e fonte arial 11. **Julgamento** Todo artigo submetido à Revista será primeiramente apreciado pela Comissão Editorial nos seus aspectos gerais e normativos. Havendo alguma irregularidade será devolvido aos autores para correção, não havendo, será encaminhado aos consultores externos para apreciação especializada do conteúdo. Os pareceres dos consultores serão encaminhados aos respectivos autores para eventuais ajustes. Excepcionalmente quando se tratar de assunto muito especializado, os autores poderão sugerir, à Comissão Editorial da Revista, dois consultores com reconhecimento nacional ou internacional e que sejam externos às suas respectivas instituições.

Resumo e Abstract: O Resumo/Abstract deverá, obrigatoriamente, ser estruturado, isto é, ser subdividido nos seguintes itens descritos como necessários para cada sessão, como por exemplo: Pesquisa: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão, descritos, de modo claro e objetivo. O Resumo/Abstract deve ser escrito em espaço simples, sem parágrafos, citações bibliográficas ou notas e ter entre 200 e 250 palavras. **Descritores e Descriptors:** A base de escolha dos Descritores poderá ser a área e sub-área de trabalho originadas a partir do título, tipo de abordagem e tipo de resultado, os mais relevantes para indexação. A escolha dos Descritores deverá seguir, obrigatoriamente, o DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) da BIREME, o qual poderá ser acessado na Internet, através do site www.bireme.org ou www.bireme.br O número mínimo obrigatório de Descritores será de três e o máximo de seis, podendo ou não colocar qualificadores de cada descritor. **Agradecimentos:** Quando houver este item, deve ser reservado para citação de pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizadas como co-autoras, ou instituições financiadoras e de apoio material. **Figuras:** São consideradas Figuras todas as ilustrações do tipo fotografias, gráficos, mapas, desenhos profissionais etc. As Figuras e seus títulos devem ser inseridos no texto submetido, no local definido pelo autor. Devem ser numeradas em algarismos arábicos, de modo consecutivo na ordem em que aparecerem no texto. Fotografias do rosto ou do corpo inteiro de pacientes quando indispensáveis devem vir acompanhadas de permissão por escrito do paciente ou do seu responsável legal, além do Parecer da Comitê de ética em Pesquisa. Como norma do periódico, apenas fotos inéditas, não publicadas, serão aceitas como ilustrações. Quando forem usados números, letras e setas nas ilustrações, estas devem ser mencionadas devidamente no título das mesmas. Os títulos das Figuras devem ser, também, auto-explicativos. Os gráficos devem ser apresentados sempre referidos em função de eixos cartesianos.

Citação Bibliográfica: O sistema de citação adotado é o numérico, isto é, uma numeração única, consecutiva, em algarismos arábicos, sobrescrita em relação ao texto, e que remetendo à relação de referências ao final do trabalho. Exemplos de citação numérica: Atenção: Números sobrescritos ao texto. Esta condição é influenciada pela idade¹¹ - (uma referência) Esta condição é influenciada pela idade^{11,12} - (duas referências consecutivas) Esta condição é influenciada pela idade^{11,13} - (duas referências não consecutivas) Esta condição é influenciada pela idade¹¹⁻¹³ - (mais de duas referências consecutivas) Em casos específicos poderá ser usada a citação do autor. Referências Bibliográficas: Usar entre 20 e 30 referências. As referências devem ser normalizadas com base no estilo conhecido como Normas de "Vancouver", o Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de entrada e numeradas. Para publicações com até seis autores, todos devem ser citados; quando estiver acima de seis, somente citar os seis primeiros, acrescido da expressão "et al". Artigo científico em periódico: 13. Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010; 9(2):119-23. (Não inserir o link, nem o DOI) Livro: 13. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. Dissertações e Teses: Autor(es), título, [Dissertação de Mestrado] ou [Tese de Doutorado]. Cidade: Universidade (ou Instituição); ano. Número de páginas total seguido da letra p(300p). Referência em meio eletrônico: deve-se mencionar todos os elementos essenciais disponíveis na homepage. Além disso, deve-se acrescentar a expressão Disponível em / Available in: seguida da expressão Acesso em / Access in: data do acesso: dia, mês e ano. Título abreviado - lista de abreviaturas de periódicos da Index Medicus (base de dados Medline), pode ser consultada no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> Lista de abreviaturas dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br>

Declaração de Direito Autoral

Eu (Nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à Revista Brasileira de Ciências da Saúde - RBCS. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Temos ciência de que a revista se reserva o direito de efetuar nos originais alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, contudo, o estilo dos autores e que os originais não serão devolvidos aos autores. (Completar com a Declaração de Ausência/Presença de Conflitos de Interesse)

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

