

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DANIEL CONTE HERTER**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

**PORTO ALEGRE  
2016**

DANIEL CONTE HERTER

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito final para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Koja Breigeiron

**PORTO ALEGRE  
2016**

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus, por sempre me guiar em todos os momentos da minha vida.*

*À minha família, pilar que me sustenta, por me compreender e estar sempre ao meu lado me apoiando e dando suporte nos momentos de tensão/nervosismo; assim como se alegrando comigo nos momentos de júbilo que a graduação me proporcionou.*

*Aos membros da igreja Batista Cristal, por fazerem parte dessa trajetória junto a mim, assim como meus amigos.*

*Aos colegas e amigos que fiz durante o curso, em especial o Maikel, Magnus e Alex, que passaram junto comigo por diversas situações. Assim como a Anne e Vitória, que acompanharam mais de perto a execução deste trabalho. A ajuda e incentivo de todos me tranquilizou em muitos momentos, cooperando pra a realização deste trabalho.*

*À professora Márcia Breigeiron, que desde minha experiência como estagiário do Serviço de Enfermagem Pediátrica confiou no meu potencial. O vínculo criado naqueles 18 meses de estágio possibilitou confiá-la como orientadora deste trabalho. Seus ensinamentos, incentivos e amizade foram essenciais para o sucesso dessa caminhada.*

*Aos professores e enfermeiros, que, durante aulas, estágios, congressos e conversas, através de seus ensinamentos e experiência contribuíram para a minha formação.*

*“Pensava que nós seguíamos caminhos já feitos,  
mas parece que não os há. O nosso ir faz o  
caminho.”*

*C S Lewis*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>7</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Assistência integral à saúde da criança</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Mortalidade infantil</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3 Situação nutricional infantil</b> .....	<b>10</b>
<b>3.4 Avaliação do estado nutricional</b> .....	<b>12</b>
<b>3.5 Ações do enfermeiro na promoção da saúde infantil</b> .....	<b>13</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2 Campo</b> .....	<b>15</b>
<b>4.3 População e amostra</b> .....	<b>16</b>
<b>4.4 Coleta de dados</b> .....	<b>16</b>
<b>4.5 Análise de dados</b> .....	<b>17</b>
<b>4.6 Aspectos éticos</b> .....	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>19</b>
<b>ARTIGO ORIGINAL</b> .....	<b>22</b>
<b>APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO A - Documento de Aprovação da COMPESQ/UFRGS</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO B - Documento de Aprovação do CEP/HCPA</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados</b> .....	<b>46</b>
<b>ANEXO D - Normas para publicação Revista Paulista de Pediatria</b> .....	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069 de 1990, a pessoa de até 12 anos de idade é considerada criança. Esse documento assegura o direito de proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais e públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990).

A saúde da criança está intimamente relacionada com as condições de morbimortalidade, demandando ações de prevenção de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis (SILVA; MOURA, 2010). Assim, para a promoção da saúde de crianças, ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde envolvem a atenção ao recém-nascido, promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, imunização, prevenção e controle de doenças diarreicas e respiratórias (BRASIL, 2002a). Estas ações compõem a estrutura básica de cuidados oferecidos pelo sistema de saúde (UNICEF, 2007).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança está clinicamente relacionado à sua condição de saúde. Por isso, acompanhar tanto o crescimento quanto o desenvolvimento desde os primeiros meses de vida são essenciais para a promoção da saúde da criança e prevenção de agravos (BRASIL, 2009). Falta de acesso à educação, renda, saneamento e serviços de saúde básicos – relacionados ao pré-natal e seu acompanhamento – explica a continuidade de elevados níveis de mortalidade infantil (SIMÕES, 2002).

Em todas as intervenções para o cuidado integral à saúde da criança, ações de imunização, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e humanização no atendimento são salientadas. O enfoque da alimentação no curso da vida é essencial para compreender como intervenções nutricionais podem contribuir para a prevenção de doenças não transmissíveis. O aleitamento materno exclusivo, até o sexto mês, e complementado até o segundo ano de vida, é a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças (BRASIL, 2005).

Considerando a importância das intervenções nutricionais, torna-se importante o conhecimento do estado nutricional em todas as fases da infância. Os problemas comuns que afetam o crescimento - como subnutrição e obesidade - podem ser detectados e corrigidos ainda nos primeiros anos de vida (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009).

O enfermeiro, na atenção primária, atua em todas as fases do ciclo de vida, visando à proteção, promoção e recuperação de saúde. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro pode, além de estabelecer um vínculo mais próximo com a criança/família, atuar visando à promoção do aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequado, atualização do calendário vacinal e trabalhar no controle das situações de risco à criança (SÃO PAULO, 2003). É oportuno que o enfermeiro esteja atento para as condições de saúde para o pleno crescimento e desenvolvimento infantil, para, assim, direcionar o modo como o mesmo irá planejar o cuidado integral à criança a fim de que atenda às reais necessidades da mesma.

Minha atuação como bolsista administrativo do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), como também em estágio assistencial e curricular em unidades clínicas pediátricas, motivou a realização deste estudo. Como acadêmico de enfermagem, tive a oportunidade de observar a grande preocupação dos profissionais da saúde sobre a condição clínica das crianças, principalmente as menores, devido sua susceptibilidade nata. A partir dessas observações, surgiu o interesse em conhecer as condições de saúde de crianças nos primeiros anos de vida, ainda na atenção primária, com o intuito de, no futuro, participar do cuidado a essas crianças junto à equipe interdisciplinar, precedendo a situações que possam culminar em internação hospitalar.

Assim, o presente estudo buscará responder a seguinte questão norteadora: *Quais as condições de saúde das crianças nos dois primeiros anos de vida, acompanhadas na atenção primária?* Os resultados advindos deste estudo poderão favorecer futuras ações de enfermagem que atendam às necessidades das crianças nos primeiros anos de vida em relação as suas condições de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer as condições de saúde de crianças acompanhadas em unidade básica de saúde nos dois primeiros anos de vida.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever os aspectos demográficos e a situação clínica da criança;
- ✓ Conhecer o tempo de duração do aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, e a idade em que ocorreu a inserção da alimentação complementar;
- ✓ Classificar as crianças conforme o peso de nascimento e a idade gestacional;
- ✓ Caracterizar o estado nutricional das crianças aos 6, 12 e 24 meses;
- ✓ Descrever a situação de cobertura vacinal das crianças.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Assistência integral à saúde da criança

Está garantido na Constituição Federal de 1988: a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, integral e equitativa. Ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada integralmente em sua individualidade. Para que se consolide, na prática cotidiana, não basta acolher a todos para que o tratamento seja bem sucedido, há de ser considerado as especificidades de cada paciente (BRASIL, 2004).

Os direitos das crianças e dos adolescentes estão assegurados mundialmente pela convenção dos direitos humanos e protocolos facultativos, reafirmados pelo Brasil na Constituição Federal (1988) e ECA (Lei nº 8.069/1990), bem como em políticas setoriais do governo referentes à área de saúde (BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços envolvendo políticas públicas mais eficientes, os indicadores de saúde demonstram que a assistência integral à saúde da criança ainda não é como se gostaria, e muito menos como a assumida nas leis. As linhas de cuidado da saúde da criança são uma prioridade dos serviços de saúde, que assumem o compromisso de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de equidade (BRASIL, 2004).

Deste modo, na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004) os cuidados com a saúde infantil são colocados entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Enfatiza-se o cuidado integral e multiprofissional que responda pela compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar assistência à saúde qualificada e humanizada (FIGUEIREDO; MELO, 2007).

O surgimento da Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), em 1996, demonstrou a preocupação com a saúde das crianças, tanto no Brasil quanto nas Américas, sendo considerada a principal intervenção disponível para melhorar as condições de saúde na infância em países em desenvolvimento (BRASIL, 2012a). O objetivo da AIDPI é identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro clínico da criança e fazer uma triagem ágil quanto à natureza da atenção requerida da criança, e determinar se será necessário um encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação e vigilância no domicílio (BRASIL, 2002b).

Além da AIDPI, outras estratégias de incentivo à promoção de saúde da criança foram surgindo, principalmente na atenção primária de saúde, onde o contato com as crianças e famílias é mais próximo e acessível. Essas estratégias, estipuladas pelo Ministério da Saúde, envolvem ações desde o período pré-natal, parto, puerpério, incentivando o aleitamento materno, imunizações e acompanhamento durante a infância para um crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2004). Para tanto, cabe ressaltar, que na infância o crescimento e o desenvolvimento estão clinicamente relacionados à condição de saúde da criança. Por isso, acompanhar tanto o crescimento quanto o desenvolvimento desde os primeiros meses de vida são essenciais para a promoção da saúde da criança e prevenção de agravos (BRASIL, 2011a).

Em todas as intervenções para o cuidado integral de crianças, são salientadas ações de imunização, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e humanização no atendimento. Tais intervenções compreendem os diferentes programas governamentais que colocam a população infantil como alvo de discussão para novas práticas assistenciais e linhas de cuidado que visem à melhora do estado de saúde dessa população e a diminuição da taxa de mortalidade associada a distúrbios nutricionais.

No Brasil, o calendário Nacional de vacinação engloba vacinas que previnem doenças que são consideradas de interesse prioritário a saúde pública. As vacinas são oferecidas nas unidades básicas de saúde de forma gratuita aos usuários (BRASIL, 2011b).

O enfoque da alimentação no curso da vida é essencial para compreender como intervenções nutricionais podem contribuir para a prevenção de doenças não transmissíveis. O aleitamento materno exclusivo, até o sexto mês, e complementado até o segundo ano de vida é a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças (BRASIL, 2005).

Apesar das diretrizes que mostram claramente a preocupação em relação à saúde de nossas crianças, há o reconhecimento de que, apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde revelam um longo caminho a percorrer com vistas ao direito integral à saúde, assumido nas leis brasileiras.

### **3.2 Mortalidade infantil**

A mortalidade infantil é um fator preocupante na esfera mundial. Por isso, a OMS trabalha com a meta de reduzir a taxa de mortalidade nos países como um dos objetivos do milênio (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

Doenças do sistema respiratório, afecções advindas do período perinatal, doenças parasitárias e infecciosas e doenças do sistema digestivo (conforme capítulos do CID-10) foram contabilizadas como as principais causas de internações em crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul em 2012. As principais causas de óbito nessa mesma faixa etária foram afecções originadas no período perinatal (aproximadamente 57%) e malformações congênitas e anomalias cromossômicas (aproximadamente 25%). Óbitos por doença do sistema respiratório representaram 4,8% das mortes em crianças menores de um ano no estado no ano de 2012 (DATASUS, 2015).

O índice de mortalidade no Brasil vem reduzindo conforme o passar dos anos. Em 1990, a taxa de mortalidade era de 52 a cada mil nascidos vivos. No ano 2000, esse índice diminuiu para 26,1 mortes a cada mil nascidos vivos e no ano de 2012 o índice atingiu 13 mortes a cada mil nascidos vivos, segundo dados do Ministério da Saúde e OMS. Porém a taxa de mortalidade surge com uma discrepância entre as regiões do Brasil, sendo as regiões Norte e Nordeste as regiões com maior índice de mortalidade em menores de um ano (acima de 26 mortes por cada mil nascidos vivos). O índice na nação já está abaixo da meta preconizada pela OMS, que é de 15 a cada mil nascidos vivos para o ano de 2015, entretanto não é uma realidade que se possa aplicar a todos os estados brasileiros (UNICEF, 2014).

### **3.3 Situação nutricional infantil**

No Brasil, até poucos anos atrás, os principais desafios em saúde pública, relacionados à alimentação, eram a desnutrição e as deficiências de micronutrientes entre crianças, bem como as doenças infecciosas, principalmente na infância e adolescência. No entanto, recentemente, a evolução das doenças crônicas não transmissíveis coloca-se como desafio adicional à segurança alimentar e nutricional, o qual deve ser conjugado com os esforços para a reversão da prevalência da desnutrição infantil e no controle e prevenção das deficiências de micronutrientes, que ainda acometem milhões de indivíduos de diferentes fases do curso da vida (BRASIL, 2005).

Para a OMS, os problemas mais comuns que afetam o crescimento - como subnutrição e obesidade - podem ser detectados e corrigidos ainda nos primeiros anos de vida. (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009). Segundo Grisi, Okay e Sperotto (2005), as crianças desnutridas geralmente apresentam uma resposta imunológica deficiente, o que as torna mais expostas a inúmeros agressores, determinantes de patologias como doença diarreica aguda e doença respiratória.

O baixo peso ao nascer é um importante indicador de risco para morbimortalidade que se estende até os cinco anos de idade devido ao déficit nutricional nos primeiros anos de vida. Como consequência, a mortalidade por doenças respiratórias em crianças desnutridas é maior. No Brasil, dados indicam que a mortalidade por doenças respiratórias foi 20 vezes maior em crianças com peso abaixo para o normal da idade. Estima-se que o risco de aquisição de pneumonia em crianças desnutridas é de duas a quatro vezes maior (GRISI; OKAY; SPEROTTO, 2005).

A mortalidade por causas perinatais representa, hoje, o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. Essas causas estão intimamente ligadas às condições de saúde e nutrição. A maior morbidade reflete-se em maior mortalidade entre crianças que não recebem o aleitamento materno. Isto é reforçado por um estudo, cujo objetivo foi conhecer o risco para mortalidade por diarreia e doença respiratória de crianças abaixo de um ano de idade conforme o tipo de alimentação, que mostrou ser a alimentação artificial desastrosa. Os resultados deste estudo revelaram que as crianças que foram alimentadas apenas com leite em pó apresentaram riscos relativos de mortalidade para diarreia e doença respiratória, respectivamente, dezesseis e quatro vezes mais elevados que crianças amamentadas exclusivamente ao peito (GRISI; OKAY; SPEROTTO, 2005).

Nos países em desenvolvimento, o combate à desnutrição é estratégia prioritária para a redução da mortalidade infantil, pois esta doença está associada de 40 a 60% dos óbitos ocorridos entre as crianças menores de cinco anos de idade. Ressalta-se que os esforços envolvidos estiveram mais voltados para o combate das doenças diarreicas, pneumonias, doenças imunopreveníveis e desnutrição, obtendo-se, assim, maior redução da mortalidade no período pós-neonatal (GRISI; OKAY; SPEROTTO, 2005).

A persistência de desigualdades sociais que excluem significativos contingentes populacionais do acesso à educação, renda, saneamento e serviços de saúde básicos – relacionados ao pré-natal e seu acompanhamento – explica a continuidade de elevados níveis de mortalidade. Esses níveis poderiam ser rebaixados mediante uma melhor resolubilidade, direcionamento e controle mais efetivo de políticas públicas e ações organizadas, voltadas para o aperfeiçoamento da atenção à criança (SIMÕES, 2002).

No Brasil, onde as desigualdades regionais são expressivas, é importante destacar que a promoção da alimentação saudável pressupõe a necessidade de definição de estratégias de saúde pública capazes de dar conta de um modelo de atenção à saúde e de cuidado nutricional, direcionados para a prevenção da desnutrição, incluindo a fome oculta e outras doenças relacionadas à fome e exclusão social, como também do sobrepeso, da obesidade e das demais

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – resultantes da inadequação alimentar ou outra forma de manifestação da fome (BRASIL, 2005).

### 3.4 Avaliação do estado nutricional

Com a finalidade de fornecer um bom referencial para monitorar o crescimento de crianças e adolescentes que também pudesse ser útil para a avaliação nutricional, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006 (ONIS *et al.*, 2006) e 2007 (ONIS *et al.*, 2007), colocou à disposição dos profissionais de saúde dois conjuntos de tabelas e gráficos de evolução, de acordo com a idade e o sexo, de peso, comprimento, estatura, índice de massa corpórea (IMC) e outros parâmetros, as denominadas “Curvas de Crescimento da OMS” (LEONE; BERTOLI; SCHOEPS, 2009). Considerando as curvas citadas, ressalta-se o primeiro conjunto, de 2006, que abarca o período do nascimento até os cinco anos de idade (LEONE; BERTOLI; SCHOEPS, 2009; ONIS *et al.*, 2006) por estar condizente ao interesse do presente estudo proposto.

Uma das formas de avaliação nutricional é a antropometria, na qual consiste na avaliação das dimensões físicas e da composição global do corpo humano, que tem se revelado como o método isolado mais utilizado para o diagnóstico nutricional em nível populacional, sobretudo na infância e na adolescência, pela facilidade de execução, baixo custo e inocuidade. Por meio da antropometria, pode ser realizada a avaliação do estado nutricional das crianças a qual pode ser obtida por meio dos índices preconizados pela OMS: estatura/idade (E/I), peso/estatura (P/E) e peso/idade (P/I) (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

Para se estabelecer uma comparação de um conjunto de medidas antropométricas com um padrão de referência, várias escalas podem ser utilizadas, sendo as mais comuns as de percentil e de escore Z.

O escore Z significa, em termos práticos, o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua mediana de referência. Os percentis são derivados da distribuição em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observados para uma determinada idade e sexo. A classificação de uma criança em um determinado percentil permite estimar quantas crianças, de mesma idade e sexo, são maiores ou menores em relação ao parâmetro avaliado (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

Por sua facilidade de aferição, a antropometria tem se revelado como o método mais utilizado na prática clínica. Neste contexto, para as mensurações de peso corporal e comprimento/estatura, padrões de referência dos índices antropométricos preconizados pela

OMS, os profissionais se utilizam de uma metodologia de fácil execução, baixo custo e inocuidade, independente da situação clínica. Mesmo sendo de fácil execução, o rigor metodológico nas aferições de tais medidas deve ser respeitado, pois disso depende o direcionamento das atividades de cuidado a serem requisitadas para determinado indivíduo.

### **3.5 Ações do enfermeiro na promoção da saúde infantil**

Com o enfoque nas crianças menores de cinco anos, a atenção primária tem por objetivos a prevenção de agravos prevalentes na infância e suas complicações, além da promoção de crescimento e desenvolvimento saudável (BEZERRA; MARANHÃO, 2009). A caderneta da criança é um documento utilizado pelos profissionais de saúde para registro de dados relativos ao pré-natal, parto, puerpério e crescimento e desenvolvimento até os 10 anos (BRASIL, 2014).

O enfermeiro, na atenção primária, atua em todas as fases do ciclo de vida, visando à proteção, promoção e recuperação de saúde. A consulta de enfermagem faz parte das atividades privativas do enfermeiro, conforme lei nº 7.498/86<sup>1</sup> e nela, o enfermeiro pode, além de estabelecer um vínculo mais próximo com a criança/família, atuar visando promover aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, atualização do calendário vacinal e trabalhar no controle das situações de risco a criança (SÃO PAULO, 2003). É oportuno que o enfermeiro esteja atento para as condições de saúde para o pleno crescimento e desenvolvimento infantil, para, assim, direcionar o modo como o mesmo irá planejar o cuidado integral à criança a fim de que atenda às reais necessidades da mesma.

A avaliação precisa da criança possibilita reconhecer variações precoces de sua evolução normal. A partir desta avaliação, a detecção de alterações do seu estado de saúde, de forma precoce, pode prevenir ou minimizar sequelas, resultando em intervenções eficazes para a promoção do bem estar da população infantil.

Em um cenário onde as condições de saúde de crianças selecionam aquelas que necessitam de cuidados precoces, o levantamento das características socioeconômicas e demográficas tanto das crianças quanto de seus responsáveis, bem como as condições de nascimento, de crescimento e de desenvolvimento, bem como o conhecimento da prevalência dos desvios nutricionais, favorece uma abordagem individualizada para assistência destas crianças por parte da equipe multiprofissional. Além disso, a preocupação quanto a fatores

---

<sup>1</sup> Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)> Acesso em: 11 nov 2015

ambientais em relação às complicações de saúde decorrentes pode favorecer as ações dos profissionais envolvidos na prevenção de tais complicações, na escolha do tratamento, e na melhora da abordagem clínica como um todo.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Esta pesquisa consiste em um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo. Estudos transversais permitem a coleta de dados em um determinado ponto no tempo, sendo que os fenômenos de investigação são obtidos durante o período da coleta de dados. Já o modelo quantitativo é especialmente projetado para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências como comportamentos. Ainda, o estudo retrospectivo é aquele no qual as informações de interesse estão contidas em registros anteriores, em arquivos de dados como, por exemplo, em prontuários hospitalares (POLIT; BECK, 2011).

### **4.2 Campo**

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS/SC), a qual faz parte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A UBS/SC está ligada ao HCPA e, funcionando como uma unidade de ensino e pesquisa encontra-se interligada a rede municipal de saúde. Acolhe acadêmicos de todos os cursos das áreas da saúde, abrangendo um território que inclui regiões dos bairros Santa Cecília, Rio Branco, Jardim Botânico, Santana e Petrópolis. A organização da UBS Santa Cecília está de acordo com os princípios da Estratégia de Saúde da Família e mantém quatro equipes que são constituídas por um médico de saúde da família, um (a) enfermeiro (a) e um (a) agente comunitário, com apoio de médicos residentes e técnicos em enfermagem, para poder atender a uma maior parcela da população de sua área (FOLLMAN, 2011).

As equipes multiprofissionais são responsáveis por acompanhar um número definido de família, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da comunidade, que se localiza em uma área delimitada. São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, auxílio com medicações injetáveis, nebulização e distribuição de medicamentos, bem como atendimento em ginecologia, clínica geral e pediatria.



### 4.3 População e amostra

A população alvo foi constituída de prontuários de crianças que nasceram entre janeiro de 2008 a dezembro de 2012, mantendo acompanhamento com os profissionais de saúde na UBS/SC, desde a primeira consulta pós-natal até completarem dois anos de idade.

Para o tamanho amostral, foi considerada a população de aproximadamente 60 crianças cadastradas na UBS/SC, que completaram dois anos de idade no ano de 2014<sup>2</sup>. Como o período de coleta de dados foi estipulado no intervalo de cinco anos, considerou-se como população alvo um total de 325 crianças com idade de dois anos completos.

Como base do cálculo amostral, considerou-se, a partir da população alvo (N=325), um erro padrão de 4%, intervalo de confiança de 95% e perda amostral de 20%, resultando uma amostra com 237 crianças. Entretanto, a amostra final deste estudo correspondeu a um número de 248 crianças.

Foram excluídos do estudo prontuários com: cadastro no Programa Pré-nenê com continuação do acompanhamento da criança em rede privada, interrupção do acompanhamento da criança por mudança do endereço residencial da família, diagnóstico clínico para doença genética ou neurológica, registro de óbito nos dois primeiros anos de vida.

### 4.4 Coleta de dados

A procura dos prontuários foi a partir da Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamentos<sup>3</sup> das crianças cadastradas no Programa de vigilância da saúde das crianças no primeiro ano de vida (Programa Pré-Nenê) e arquivadas na UBS/SC, para, então, selecionar o prontuário da criança/família. Dados sociodemográficos e clínicos foram extraídos da referida ficha e dos prontuários físicos por meio de instrumento elaborado pelos pesquisadores e preenchido pelo autor deste estudo. (APÊNDICE)

Como dados sociodemográficos, utilizamos: sexo, cor, arranjo familiar, número de indivíduos que coabitam a moradia, cadastro em programas governamentais, e registro de problemas familiares e socioeconômicos (referente à: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infraestrutura e outros, conforme consta na Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamentos).

---

<sup>2</sup> Dados fornecidos pela Chefia do Serviço de Enfermagem em Atenção Primária em Saúde (SEAPS), do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>3</sup> Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria Municipal da Saúde - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde Equipe de Informações Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida.

Como dados clínicos, utilizamos: idade materna no momento do parto, idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, peso e comprimento ao nascer, Apgar no 1º e 5º minuto, número de consultas no primeiro ano de vida, adequação da cobertura vacinal, número de internações hospitalares, tipo de intercorrência clínica (comprometimento por sistema) que levou à primeira internação hospitalar, adequação desenvolvimento neuropsicomotor, tempo de aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, idade da introdução de alimentação complementar, e estado nutricional.

Ao nascimento, as crianças foram classificadas, genericamente, quanto ao peso corporal (g) em  $<2.500$  (baixo peso ao nascer) e  $\geq 2.500$  gramas (BRASIL, 2002a), devido à falta de registros precisos nos prontuários quanto à idade gestacional. Aos 6, 12 e 24 meses, foram classificados para o estado nutricional, utilizando-se dados referentes ao peso corporal (Kg) e ao comprimento (cm) como base para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), [razão entre o peso (Kg) e o comprimento ( $m^2$ ) ao quadrado] e, posteriormente, para informações relacionadas ao escore Z, segundo a idade, em consultas a tabelas da Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2006) para menores de cinco anos.

O escore Z significa o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua mediana de referência (SIGULEM, DEVINCENZI, LESSA, 2000). Deste modo, o estado nutricional, determinado por meio IMC, considerando o sexo e a idade (meses) das crianças, e sua equivalência para as tabelas de referência, é correspondente para crianças de 28 dias e menores de cinco anos, segundo a *National Center of Health Statistics*, sendo as tabelas adotadas internacionalmente pela OMS. De acordo com o escore Z, correspondente ao dado antropométrico, o estado nutricional da criança foi classificado como: magreza acentuada (desnutrição grave); magreza (desnutrição moderada); eutrófica; risco para sobrepeso; sobrepeso; ou obesidade (BRASIL, 2011a).

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.

Os resultados foram expressos como média e desvio padrão da média, mediana e intervalos quartis (25/75) e frequência relativa.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (Anexo A) e após sua aprovação, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, tendo sido aprovado sob o número: 1.378.563 (ANEXO B).

Os princípios éticos foram respeitados, mantendo-se o anonimato sobre a identificação dos participantes da pesquisa, conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Para coleta dos dados nos prontuários, foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, conforme RN 01/97 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1997), assinado pelos pesquisadores responsáveis (ANEXO C).

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, S.G.; MARANHÃO, D.G. **Consulta** de enfermagem à criança na Atenção Básica à Saúde. In: **Rev Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 73-77, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. 9.ed. Brasília. Edições Câmara, 2012. Seção 83, p. 1-207.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução CNS 466, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01.htm> > Acesso: 16 nov.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: Promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. In: **Caderno de Atenção Básica, n 11**. Brasília, DF, 2002a. Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)> Acesso: 06 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. In: **Cadernos de Atenção Básica, nº 33**. 1ª ed - 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. In **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, dez. 2007.

FOLLMANN, L. **Estado nutricional dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre - RS**. 2011. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GRISI, S.; OKAY, Y., SPEROTTO, G. Fatores de risco para doenças respiratórias. In: **Estratégia atenção integrada às doenças prevalentes da infância** - AIDPI. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a. Cap 10. p. 117 – 123.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Pesquisa. Normas de Pesquisa. **RN 01/97 – Utilização de dados de prontuários de pacientes**. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/>>. Acesso em 08 out. 2015.

LEONE, C.; BERTOLI, C.J.; SCHOEPS, D. de O. Novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde: comparação com valores de crescimento de crianças pré-escolares das cidades de Taubaté e Santo André, São Paulo. In: **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.40-47, jan. 2009.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). **La Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio**. OMS, 2005.

ONIS, M. de et al. Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes. In: **Public Health Nutrition**, OMS, v. 9, n. 7, p.942-947, jan. 2006.

ONIS, M. de et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin Of The World Health Organization**, Oms, v. 85, p.660-667, jan. 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem: Saúde da criança**. São Paulo: Secretaria de Saúde. 2003.

SIGULEM, D.M.; DEVICENZI, M. U.; LESSA, Angelina C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. In: **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n.3, p 275- 84, 2000.

SILVA, Sara Araújo da; MOURA, Erly Catarina de. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. In: **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.273-285, jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200007&script=sci_arttext)>. Acesso: 06 out. 2015.

SIMÕES, C.C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

UNICEF. **The state of the world's children 2014 in numbers: every child counts**. Revealing disparities, advancing children's rights. UNICEF, 2014.

UNICEF. **SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2008: Sobrevivência Infantil**. Brasília: Unicef, 2007. 154 p. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008\\_br.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf)>. Acesso: 07 out. 2015.

WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em Pediatria: da neologia à adolescência**. São Paulo: Manole, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development**. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

**ARTIGO ORIGINAL**

**Conforme Normas da Revista Paulista de Pediatria**

**(ANEXO D)**

**ARTIGO ORIGINAL****CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA****CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS NOS DOIS PRIMEIROS ANOS****HEALTH STATUS OF THE CHILDREN FOLLOWED IN PRIMARY HEALTH CARE IN  
THE FIRST TWO YEARS OF LIFE**

Daniel Conte Herter<sup>1</sup>; Márcia Koja Breigeiron<sup>2</sup>

Autor correspondente:

Márcia Koja Breigeiron

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963, Rio Branco, CEP 90620-110, Porto Alegre/RS, (51) 3308-5226,

Email: [mbreigeiron@gmail.com](mailto:mbreigeiron@gmail.com)

---

<sup>1</sup> Acadêmico de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em fisiologia. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a situação de saúde de crianças acompanhadas na atenção primária nos dois primeiros anos de vida. **Método:** Estudo retrospectivo; dados de prontuários de crianças (n=248) nascidas de janeiro/2008 a dezembro/2012. **Resultados:** Prevalência feminina (56,5%), branca (87,9%), a termo (91,5%), peso adequado para idade gestacional (86,7%), parto vaginal (51,2%); Apgar no primeiro [8,3 (DP=1,4)] e quinto [9,4 (DP=0,8)] minuto. Crianças (94,4%) estavam cadastradas no Programa Pré-nenê, 92,1% tiveram acompanhamento pediátrico por pelo menos sete consultas durante o primeiro ano de vida, e 46,4% apresentaram uma ou mais internações hospitalares por intercorrências clínicas relacionadas ao sistema respiratório (20,2%) e complicações neonatais (12,9%). Das carteiras de vacinação, 29,0% estavam desatualizadas. O aleitamento materno exclusivo foi para 76,6% da amostra, com duração média de 3,5 (DP=2,3) meses. A inserção da alimentação complementar ocorreu aos 5,5 (DP=1,2) meses. Aos 6, 12 e 24 meses de idade, as crianças foram classificadas para o estado nutricional. Diagnóstico de risco de sobrepeso ocorreu aos 6 (19,4%), 12 (24,2%) e 24 (14,1%) meses. Sobrepeso/obesidade ocorreu aos 6 (9,3%), 12 (9,7%) e 24 (14,1%) meses. Adequado desenvolvimento neuropsicomotor conforme a idade foi encontrado em 96,3% dos prontuários. **Conclusão:** Atraso vacinal, tempo de aleitamento materno exclusivo inferior ao preconizado e estado nutricional alterado foram encontradas. A existência de uma relação entre interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e aumento da prevalência de estado nutricional alterado precisa ser repensada, além dos fatores que estariam envolvidos no alcance de melhores resultados referente à qualidade de saúde integral à população infantil.

**Palavras-chave:** Condições de saúde; Atenção primária à saúde; Criança.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the health status of children followed in primary health care in the first two years of life. **Methods:** Retrospective study; records children (n = 248), born in between January/2008 to

December/2012. **Results:** prevalence of the female (56.5%), white (87.9%), the term (91.5%), appropriate weight for gestational age (86.7%), vaginal delivery (51.2%) ; Apgar in the first [8.3 (SD = 1.4)] and fifth [9.4 (SD = 0.8)] minute. Children (94.4%) were registered in Prá-Nenê program, 92.1% had pediatric follow-up for at least seven visits during the first year of life, and 46.4% had one or more hospital admissions for clinical complications related to respiratory system (20.2%) and neonatal complications (12.9%). From vaccination cards, 29.0% were outdated. Exclusive breastfeeding was for 76.6% of the sample, with an average of 3.5 (SD = 2.3) months. The introduction of complementary feeding occurred at 5.5 (SD = 1.2) months. Age of the 6, 12 and 24 months, children were classified to the nutritional status. Risk of overweight occurred at 6 (19.4%) 12 (24.2%) and 24 (14.1%) months. Overweight/obesity occurred at 6 (9.3%) 12 (9.7%) and 24 (14.1%) months. Suitable psychomotor development according to age was found in 96.3% of the records. **Conclusions:** Vaccine delay, time of exclusive breastfeeding less than the recommended, and altered nutritional status were found. The existence of a relationship between early interruption of exclusive breastfeeding and increased prevalence of altered nutritional status needs to be rethought, and the factors that would be involved in achieving the best results regarding the quality of comprehensive health child population.

**Keywords:** Health Status; Primary Health Care; Child.

## INTRODUÇÃO

A saúde da criança está intimamente relacionada com as condições de morbimortalidade, demandando ações de prevenção de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis.<sup>1</sup> Para tanto, o elevado nível de mortalidade infantil está relacionado à falta de acesso à educação, renda, saneamento e serviços de saúde básicos, ocorridos, ainda, no contexto de pré-natal e seu acompanhamento.<sup>2</sup>

No Brasil, até poucos anos atrás, os principais desafios em saúde pública relacionados à alimentação, eram a desnutrição e as deficiências de micronutrientes entre crianças, bem como as doenças infecciosas, principalmente na infância e adolescência.<sup>3</sup> Assim, para a promoção da saúde de

crianças, o Ministério da Saúde (MS/Brasil) desenvolve ações que envolvem o pré-natal, parto e puerpério, incentivando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, promovendo o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento saudável, orientando sobre imunização, prevenção e controle de doenças diarreicas e respiratórias.<sup>4</sup>

O enfoque à alimentação no curso da vida é essencial para compreender como intervenções nutricionais podem contribuir para a prevenção de doenças não transmissíveis. O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até o segundo ano de vida é a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças.<sup>3</sup>

Considerando a importância das intervenções nutricionais, torna-se importante o conhecimento do estado nutricional em todas as fases da infância, onde problemas mais comuns que afetam o crescimento - como subnutrição e obesidade - podem ser detectados e corrigidos ainda nos primeiros anos de vida.<sup>5</sup>

Além do leite materno, as vacinas também são essenciais para a criança, pois vaciná-las desde os primeiros meses é uma ação de proteção específica contra doenças graves, infecciosas e causadoras de danos.<sup>6</sup> As vacinas pertencentes ao calendário básico de vacinação são aquelas que correspondem às de interesse prioritário à saúde pública no país.<sup>7</sup>

O conhecimento e o acompanhamento das condições de saúde da criança estão intimamente relacionados à preocupação em efetivar seu cuidado integral. Por isso, acompanhar o crescimento e desenvolvimento desde o pré-natal e após o nascimento é essencial para a promoção da saúde da criança e prevenção de agravos.<sup>8</sup> Em todas as intervenções para o cuidado integral à saúde da criança, ações de imunização, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e humanização no atendimento são salientadas.

O enfermeiro tem a responsabilidade de participar no aprimoramento de protocolos assistenciais a serem seguidos pelos profissionais de saúde. Desse modo, o enfermeiro, com o conhecimento das alterações físicas e clínicas de crianças acompanhadas na atenção primária, poderá qualificar os protocolos assistenciais, proporcionando um cuidado individualizado às mesmas.

Esse estudo tem por objetivo descrever as condições de saúde das crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da região sul do país (Brasil) durante seus dois primeiros anos de vida.

## **MÉTODO**

Estudo transversal, retrospectivo, realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS), pertencente a uma instituição de ensino superior da região sul do país (Brasil). Amostra constituída por 248 prontuários de crianças que nasceram entre janeiro de 2008 a dezembro de 2012, e que completaram dois anos de idade até dezembro de 2014, em acompanhamento regular na UBS.

A procura dos prontuários foi a partir da Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamentos<sup>9</sup> das crianças cadastradas no Programa de vigilância da saúde das crianças no primeiro ano de vida (Prá-Nenê) para, então, selecionar o prontuário da criança/família. Foram excluídos do estudo prontuários com: cadastro no Programa Prá-nenê com continuação do acompanhamento da criança em rede privada, interrupção do acompanhamento da criança por mudança do endereço residencial da família, diagnóstico clínico para doença genética ou neurológica, registro de óbito nos dois primeiros anos de vida.

Dados sociodemográficos, tais como: sexo, cor, arranjo familiar, número de habitantes na moradia, cadastro em programas governamentais, e registro de problemas familiares e socioeconômicos (referente à: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infraestrutura e outros, conforme consta na Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamentos) foram coletados. Além destes, dados clínicos, como: idade materna no momento do parto, idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, peso e comprimento ao nascer, Apgar no 1º e 5º minuto, número de consultas no primeiro ano de vida, adequação da cobertura vacinal, presença e número de internações hospitalares, tipo de intercorrência clínica (comprometimento por sistema) que levou à primeira internação hospitalar, tempo de aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, idade da introdução de alimentação complementar e estado nutricional foram selecionados. Todos os dados foram extraídos da ficha do Programa Prá-nenê e dos prontuários, por meio de instrumento elaborado pelos pesquisadores.

Ao nascimento, as crianças foram classificadas quanto ao peso corporal (g) em  $<2.500$  e  $\geq 2.500$  gramas.<sup>4</sup> Aos 6, 12 e 24 meses, as crianças foram avaliadas quanto ao estado nutricional, utilizando-se dados referentes ao peso corporal (Kg) e ao comprimento (cm) como base para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), [razão entre o peso (Kg) e o comprimento (m) ao quadrado] e, posteriormente, para informações relacionadas ao escore Z, segundo a idade, em consultas a tabelas da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>10</sup> para menores de cinco anos. Assim, para as variáveis estabelecidas, foram adotados como pontos de corte valores abaixo de -2 escore Z para definir déficits ponderoestaturais e acima de +2 escore Z para excesso de peso.<sup>10</sup> Deste modo, estabelecendo-se o escore Z, o estado nutricional da criança foi classificado como: magreza acentuada; magreza; eutrofia; risco para sobrepeso; sobrepeso; e obesidade.<sup>11</sup>

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Os resultados foram expressos como média e desvio padrão da média, mediana e intervalos quartis (25/75) e frequência relativa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável sob o número: 1.378.563. Princípios éticos foram respeitados, conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>12</sup>

## RESULTADOS

Do total da amostra, houve prevalência do sexo feminino e da cor branca. Dados sociodemográficos das crianças encontram-se descritos na tabela 1.

As condições relacionadas ao parto/nascimento mostraram que a maioria das crianças nasceu a termo, por parto vaginal, com média do índice de Apgar no primeiro minuto de 8,3 (DP=1,4) e no quinto minuto de 9,4 (DP=0,8), comprimento de 48,8 (DP=2,3) cm e peso corporal de 3.200 (DP=531,1) g. A média da idade materna foi de 26,3 (DP=6,4) anos, onde a faixa etária que prevaleceu foi entre 21-25 (29,8%) anos no momento do parto, sendo que mães adolescentes (menores que 20 anos) representaram 18,5% da amostra. A tabela 2 descreve as condições clínicas das crianças.

A totalidade das crianças estava cadastradas no Programa Pra-nenê, sendo que em 94,4% o vínculo era exclusivo, e em 5,6% era concomitante com o Programa Bolsa Família. Ainda, na ficha referente ao Programa Pra-nenê, a maioria dos registros apresentava negativa para o item “Problemas familiares e Socioeconômicos: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infraestrutura e outros”.

Para o número de indivíduos que coabitavam a moradia, juntamente com a criança, a média foi de 5,9 (DP=3,1) moradores com variação mínima de dois e máxima de 16. Nesse aspecto, o arranjo familiar prevalente foi de mãe solteira e demais parentes. Mães solteiras, que moravam exclusivamente com seu filho, representaram 6,9% da amostra.

Em relação à situação de saúde das crianças, foram analisados: número de consultas no primeiro ano de vida, calendário de vacinação, número de internações hospitalares e intercorrência clínica que levou à primeira internação hospitalar. As crianças, na maioria, foram acompanhadas por pelo menos sete consultas de puericultura durante o primeiro ano de vida e tinham carteira vacinal com registro atualizado ao preconizado pelo MS/Brasil. As vacinas em atraso mais recorrentes foram: pneumocócica, pentavalente e vacina inativa da poliomielite.

No que diz respeito ao número de internações hospitalares, aproximadamente metade da amostra 46,8% das crianças apresentou uma ou mais internações, com mediana de 3 (0/20) meses de idade para a primeira internação. As intercorrências clínicas mais prevalentes que levaram a primeira internação estavam relacionadas ao comprometimento do sistema respiratório (42,2%) e complicações neonatais (27,6%).

Considerando o aleitamento materno, a maioria das crianças teve aleitamento materno exclusivo (AME), com duração média de 3,4 (DP=2,4) meses. Crianças que receberam leite materno complementar após a interrupção AME foram próximas à totalidade; destas, em torno de 1/3 interrompeu o aleitamento materno entre 7 e 12 meses de idade. A inserção da alimentação complementar em média, ocorreu aos 5,5 (DP=1,2) meses, sendo a idade mínima com um mês e máxima de nove meses. A tabela 3 descreve as condições de aleitamento materno.

As crianças foram categorizadas ao nascimento em  $< 2.500$  g e  $\geq 2.500$  g. Aos 6, 12 e 24 meses as crianças foram classificadas para o estado nutricional de acordo com as curvas preconizadas pela OMS (2006).<sup>10</sup> Deste modo, foi considerando, para maioria, o IMC para idade, e peso corporal para a idade para os prontuários sem registro de comprimento/estatura da criança. O diagnóstico nutricional risco de sobrepeso e sobrepeso/obesidade apareceu aos 6, 12 e 24 meses. Resultados estratificados encontram-se na Tabela 4.

Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, em 95,6% dos registros foram descritos como “adequado para a idade”, sem discriminação quanto aos marcos do desenvolvimento testados.

## **DISCUSSÃO**

O estudo mostra que a maioria das crianças acompanhadas na unidade básica de referência nasceu de parto vaginal, a termo, com peso adequado para idade gestacional e boas condições clínicas. Conforme a ficha do Programa Pré-Nenê, os registros apontam uma prevalência de respostas negativas a problemas familiares e socioeconômicos, mostrando um número aproximando de seis pessoas coabitando com a criança. Ressalta-se que a maioria das crianças foi acompanhada por mais de sete consultas no primeiro ano de vida, embora muitas destas não apresentassem carteira de vacinação atualizada. Além disso, quase 50% das crianças tiveram registros de internações hospitalares por problemas respiratórios e complicações neonatais, dentre outros. Apesar das crianças serem acompanhadas regularmente na unidade básica de referência, o tempo de aleitamento materno exclusivo foi menor que o preconizado pelo MS/Brasil, com concomitante inserção de alimentos na dieta em período em que o aleitamento materno deveria ser exclusivo. Salienta-se, também, que a maioria das crianças nasceu com peso adequado, entretanto, as informações relacionadas ao peso corporal (g) e ao comprimento (cm) nos levaram a mensurar diagnóstico de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade aos 6, 12 e 24 meses de idade.

A OMS, em 1996, mostrou que o objetivo da assistência ao parto é ter como resultado mulheres e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenção médica compatível com a segurança.<sup>13</sup> Nesse contexto, a via de parto vaginal está relacionada à maturação pulmonar do recém nascido, à prevenção

da prematuridade, ao aleitamento materno precoce, à maior interação mãe-bebê e à melhor recuperação da mãe.<sup>14</sup> Entretanto, a frequência de cesarianas no Brasil tem apresentado um aumento contínuo, como mostrado em uma coorte de base hospitalar nacional realizada nos anos de 2011 e 2012, onde a cesárea é a via de parto final em 55,4% do total dos partos realizados.<sup>15</sup> Porém, no estudo citado,<sup>15</sup> 35,8% das cesáreas ocorrem sem indicação clínica e 37,7% ocorrem com gestantes que já entraram em trabalho de parto.

Sabe-se que a escolha da cesárea é indicada quando há complicações durante a gravidez ou durante a via vaginal, tais como distócia ou falha na progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica e cesárea anterior.<sup>16</sup> Para tanto, independente da via de parto, pressupõe-se que a atenção profissional seja de maneira adequada, tendo a capacidade de diminuir a ocorrência de complicações associadas. No presente estudo, a via de parto prevalente encontrada nos registros foi a vaginal, bem como nascimentos de crianças com boas condições clínicas.

Dentre as condições clínicas de nascimento, para o índice de Apgar, um estudo realizado no interior de São Paulo/Brasil, com objetivo de identificar fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais associadas à realização de cesárea eletiva, mostrou que o tipo de parto não está associado ao índice de Apgar inferior a sete no quinto minuto, ao maior tempo de internação e ao menor peso ao nascer.<sup>17</sup>

A preocupação de que essas boas condições de nascimento se perpetuem é um dos objetivos do Programa Pré-Nenê, que desenvolve ações de vigilância à saúde, dirigidas às crianças no primeiro ano de vida, facilitando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a qualidade do atendimento.<sup>9</sup> Neste sentido, relatos de usuários do programa Pré-Nenê, vislumbram o quanto este programa cumpre seu objetivo.<sup>18</sup> Por meio do preenchimento da ficha padronizada do programa, é possível identificar problemas familiares e socioeconômicos, tais como: número de integrantes na residência, condições de moradia, familiares que residem na casa, renda mensal e outros incentivos do governo como bolsa família, bem como o reflexo das condições socioeconômicas da família na saúde da criança. Estudos que associaram as condições de saúde de crianças com o perfil sociodemográfico familiar apontam a relação de uma deficiente estrutura familiar com piora das condições de saúde<sup>19</sup> e



da estimulação cognitiva das crianças.<sup>20</sup> No estudo citado,<sup>20</sup> a pior qualidade da estimulação foi observada entre as crianças cujo principal cuidador não possuía companheiro, e entre aquelas crianças que não dispunham do convívio paterno. Dados do presente estudo revelam a prevalência de crianças convivendo com a mãe e familiares, onde a presença do pai não aparece de forma satisfatória. Entretanto, os registros mostraram que as crianças da amostra apresentaram adequado desenvolvimento neuropsicomotor e não apresentavam restrições a estimulação cognitiva e motora.

O presente estudo aponta que a grande maioria dos prontuários constava com registro de negativa para problemas familiares e socioeconômicos, podendo ser justificado pela localização da instituição, onde foi realizada a coleta dos dados, ou seja, em área sem evidência de perfil de vulnerabilidade socioeconômica na sua totalidade territorial. Ainda, algumas famílias eram beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (MS/Brasil).

Após o nascimento de uma criança, a dinâmica familiar sofre algumas mudanças de rotina e horários. Quanto mais moradores na residência, essa mudança pode atrapalhar também a genitora, o podendo refletir no não comparecimento às consultas de puericultura. Considerando o número indivíduos coabitantes, nossos resultados mostram que essa variável não interferiu no comparecimento ao número mínimo de consultas recomendadas no primeiro ano de vida para a maioria das crianças.

O não comparecimento nas consultas pode ser devido ao fato da genitora/responsável considerar a consulta desnecessária, ter problemas com o serviço de saúde, ou ter a justificativa de que o trabalho/emprego ocupa muito seu tempo.<sup>21</sup> Outras justificativas decorrem para esquecimento, falta de tempo, horário não adequado para a progenitora, e consulta não ser importante.<sup>22</sup>

Apesar do comparecimento às consultas de puericultura ser conforme o preconizado, nossos dados mostram pouca adesão às boas práticas do aleitamento materno, bem como inadequação na cobertura vacinal das crianças. Sabe-se que fatores como a renda familiar, idade, escolaridade e trabalho materno podem ter relação com a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo<sup>23</sup> e atraso vacinal,<sup>18</sup> embora o presente estudo não tenha avaliado tais fatores. Dados de pesquisa nacional, realizada em 2009,<sup>24</sup> mostraram que o aleitamento materno exclusivo foi interrompido em 51,8 (40,9/61,3) dias, na cidade de Porto Alegre (Brasil). Essa mesma pesquisa mostra, ainda, uma duração

do aleitamento materno exclusivo inferior aos seis meses de vida, o que corrobora com os nossos dados. A existência da necessidade de sensibilizar a população a respeito da importância do leite materno como alimento essencial nos primeiros anos de vida é notória, como também capacitar os profissionais para um atendimento de qualidade com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde das crianças.

Ainda, um terço dos registros quanto às carteiras de vacinação constavam desatualização. Sabe-se que o aleitamento materno e as imunizações no primeiro ano de vida são de extrema importância, pois fortalecem o sistema imunológico da criança. Crianças que não recebem leite materno ou que recebem de forma não exclusiva até os seis meses de vida, e com atraso no calendário vacinal no primeiro ano de vida, estão propícia à morbidade por causas que podem culminar em internação hospitalar.<sup>25</sup> Nosso estudo aponta que o comprometimento respiratório foi causa prevalente quando ocorrência de internação hospitalar antes dos seis meses de idade, seguido por complicações neonatais. Semelhante aos nossos dados, no estado do Rio Grande do Sul (Brasil), entre os anos de 2008 a 2013, a maior causa de internações hospitalares em crianças menores de um ano foi devido a complicações do aparelho respiratório, seguido por afecções do período perinatal.<sup>26</sup>

Estudo realizado em Porto Alegre (Brasil) associou estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças, mostrou que a inadequação do estado nutricional e o desmame precoce não foram fatores de risco para o maior tempo de internação hospitalar. Além disso, os autores ressaltam que o aleitamento materno exclusivo mostrou-se como uma fator de proteção para as inadequações do estado nutricional de crianças, confirmando assim os fatores de proteção gerado pelo leite materno.<sup>27</sup> O aumento de peso infantil é um paradoxo da transição nutricional, com declínio de casos de desnutrição para início do aumento de obesidade em todas as faixas etárias no território nacional.<sup>28</sup>

Pesquisa realizada em Lisboa (Portugal) que associou a duração do aleitamento materno e o risco de sobrepeso e obesidade em crianças em idade escolar, os pesquisadores afirmam um efeito protetor significativo contra o sobrepeso e obesidade.<sup>29</sup> No presente estudo, metade da amostra

interrompeu o aleitamento materno antes dos 12 meses, onde se percebe a ocorrência de excesso de peso (risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade) ao longo dos 6, 12 e 24 meses de vida.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo da massa corporal, além de ser fator de risco para demais patologias do sistema endócrino e vascular. Estudo que determinou se o início da obesidade infantil aumenta o risco para obesidade no adulto mostrou que o risco existe e que a magreza da infância não é fator protetor para a ocorrência de obesidade para o decorrer da vida.<sup>30</sup> Portanto, atentar para a prevenção desde a infância pode acarretar benefícios também na vida adulta.

Apesar das crianças nascerem com boas condições clínicas e realizar acompanhamento de puericultura conforme o preconizado, os profissionais não conseguem abarcar com todos os fatores que influenciam na saúde da criança. Mesmo assim a adesão não favorável às boas práticas de aleitamento materno, bem como o atraso vacinal ainda é uma realidade.

Profissionais capacitados, bom vínculo com a equipe e adesão a um programa de puericultura projeta um início de vida saudável para os recém-nascidos. Fatores que estariam envolvidos no alcance de melhores resultados referentes à qualidade da assistência integral à saúde infantil precisam ser repensados.

## **FINANCIAMENTO**

O estudo não recebeu financiamento.

## **CONFLITO DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

## **AGRADECIMENTO**

Aos profissionais de saúde da unidade básica de saúde de referência onde foi realizada a coleta de dados.

**Tabela 1** – Caracterização demográfica das crianças de 0 a 24 meses completos, acompanhadas em Unidade Básica de Saúde (n=248). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	140	56,5
Masculino	108	43,5
<b>Cor</b>		
Branca	218	87,9
Negra	13	5,2
Parda	8	3,2
Sem registro	9	3,7
<b>Problemas Socioeconômicos</b>		
Não	212	85,5
Sim	36	14,5
<b>Arranjos Familiares</b>		
Mãe+Parentes	74	29,8
Pai+Mãe+Parentes	55	22,2
Pai+Mãe+Irmãos	26	10,5
Outros	93	37,5

Fonte: Prontuários de família da Unidade Básica de Saúde da região sul do país (Brasil).

**Tabela 2** – Caracterização clínica das crianças de 0 a 24 meses completos, acompanhadas em Unidade Básica de Saúde (n=248). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade Gestacional de Nascimento</b>		
≥37 semanas	227	91,5
<37 semanas	21	8,5
<b>Tipo de Parto</b>		
Vaginal	127	51,2
Cesáreo	94	37,9
Sem Registro	27	10,9
<b>Peso ao nascer (gramas)</b>		
≥ 2.500	231	93,2
< 2.500	17	6,8
<b>Nº de Consultas no Primeiro Ano</b>		
≥7	230	92,7
<7	18	7,3
<b>Cobertura Vacinal</b>		
Atualizada	176	71,0
Desatualizada	72	29,0
<b>Internações Hospitalares</b>		
Não	132	53,2
Sim	116	46,8

Fonte: Prontuários de família da Unidade Básica de Saúde da região sul do país (Brasil).

**Tabela 3** – Tipo de alimentação das crianças de 0 a 24 meses completos, acompanhadas em Unidade Básica de Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

<b>Tipo de aleitamento materno</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aleitamento materno exclusivo (AME) <sup>a</sup>	190	76,6
Tipo de aleitamento após AME <sup>a</sup>		
Misto	231	93,1
Somente complemento	17	6,9
Tempo total de aleitamento materno <sup>b</sup>		
Não recebeu	10	6,3
1 – 6 meses	20	12,7
7 – 12 meses	44	27,8
Acima de 13 meses	84	53,2

Fonte: Prontuários de família da Unidade Básica de Saúde da região sul do país (Brasil).

<sup>a</sup>n=248; <sup>b</sup>n=158

**Tabela 4** – Estado nutricional de crianças aos 6, 12 e 24 meses de idade acompanhadas em unidade básica de saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

Estado Nutricional	Faixa etária (meses)		
	6 <sup>a</sup>	12 <sup>b</sup>	24 <sup>c</sup>
	n (%)		
Magreza acentuada	1 (0,4)	0 (0)	0 (0)
Magreza	1 (0,4)	3 (1,2)	0 (0)
Eutrofia	174 (70,4)	157 (64,4)	106 (60,2)
Risco de Sobrepeso	48 (19,4)	60 (24,6)	35 (19,9)
Sobrepeso	22 (9,0)	21 (8,6)	22 (12,5)
Obesidade	1 (0,4)	3 (1,2)	13 (7,4)

Fonte: Prontuários de família da Unidade Básica de Saúde da região sul do país (Brasil).

<sup>a</sup> n=247; <sup>b</sup> n=244; <sup>c</sup> n=176

## REFERÊNCIAS

1. Silva SA, Moura EC. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26( 2 ): 273-285.
2. Simões, CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.
3. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 236p.
4. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde - departamento de atenção básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília:Ministério da Saúde; 2002. 100 p. (Cadernos de Atenção Básica, 11).
5. WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. Nutrição em Pediatria: da neologia à adolescência. São Paulo: Manole, 2009.
6. Gatti, MAN, Oliveira, LR. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepção sobre vacina: um inquérito domiciliar. *Salusvita*. 2005; 24(3): 427-436.
7. Brasil- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
8. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde - departamento de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil – aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Caderno de Atenção Básica, 23).
9. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Porto Alegre (RS); 2004. 83p.
10. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development. 2006
11. Sigulem, DM; Devicenzi, MU; Lessa, AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 2000,76(3): 275- 84.
12. Brasil - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39 ( 4 ): 645-654.
14. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30( Suppl 1 ): 101-116.



16. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. FEMINA. 2010; 38(8): 415-22.
17. Ferrari AP. Fatores maternos associados à realização de cesárea eletiva e resultado perinatal segundo tipo de parto: estudo populacional desenvolvido em município de médio porte do interior paulista [tese de mestrado]. Botucatu (SP): Univ Est Paul; 2015
18. Pedroso MLR, Rosa NG. Consulta de enfermagem em um programa de vigilância à saúde: vivências do Prá-Nenê. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(2): 221-27.
19. Carneiro SG, Ribeiro TT, Cardoso MDT, Strapasson JF, Costa AFB, Guina, FD. Avaliação da Cobertura Vacinal em crianças de 2 meses a 5 anos na Estratégia Saúde da Família. Cadernos UniFoa. 2013; 22: 63-72
20. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Filho NA, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento infantil. Rev Saúde Pública, 2005; 39 (4): 606 -11.
21. Vitolo MR, Louzada MR, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. Cad Saude Pública. 2014; 30(8):1695-1707.
22. Neto FRGX, Queiros CA, Rocha J, Cunha ICKO. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2010; 10 (2): 51-9.
23. Vera Lúcia V. A. Bezerra, Amanda Leite Nisiyama, Anna Lopes Jorge, Rayane Marques Cardoso, Eduardo Freitas da Silva, Rosana Maria Tristão. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. Rev Paul Pediatr 2012;30(2):173-79.
24. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde - departamento de ações programáticas e estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros: Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 63p.
25. Boccolini SC, Boccolini PMM. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008. Epidemiol. Serv. Saúde, 2011; 20:19-26.
26. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/>>
27. Breigeiron MK, Miranda MN, Souza AOW, Gerhardt LM, Valente MT, Witkowsk MC. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. Rev Gaúcha Enferm.2015;36:47-54.
28. Filho MB, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública. 2003; 19:181-91.
29. Ferraria N, Rodrigues V, Macedo L. Aleitamento materno e excesso de peso em crianças na idade escolar. Scientia Medica. 2013; 23:75-81.
30. Wright CM, Parker L, Lamont D, Craft AW. Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study. BMJ. 2001;323(7324):1280-4.

## APÊNDICE

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: Condições de saúde de crianças acompanhadas na atenção primária nos dois primeiros anos de vida.

Dados do prontuário de crianças com dois anos completos, acompanhadas na UBS – Santa Cecília, referentes aos aspectos demográficos e clínicos:

IDENTIFICAÇÃO	
Número do Questionário:	Data:
QUESTIONÁRIO DE DADOS DEMOGRÁFICOS/CLÍNICOS DA CRIANÇA	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: se alguma resposta for NÃO, encerre o questionário.	
a) A criança tem dois anos completos, conforme sua data de nascimento? ( 0 ) não ( 1 ) sim	
b) Tem registro de acompanhamento ambulatorial regular? ( 0 ) não ( 1 ) sim	
c) Prontuário apresenta registro de peso corporal (Kg), comprimento (cm), amamentação e cobertura vacinal? ( 0 ) não ( 1 ) sim	
d) Isento de diagnóstico clínico para doença genética/anóxia cerebral com consequente comprometimento do desenvolvimento?( 0 ) não ( 1 ) sim	
A – DADOS DEMOGRÁFICOS DA CRIANÇA	CODIFICAÇÃO
A.1 – Qual é o sexo da criança? ( 0 ) masculino ( 1 ) feminino	
A.2 – Qual é a cor da criança? ( 1 ) negra ( 2 ) parda ( 3 ) branca ( 4 ) amarela	
A.3 – Problemas sócio econômicos? ( 0 ) não ( 1 ) sim	Pontos:
A.4 – A criança mora com quem? ( 1 ) pai ( 4 ) parentes ( 2 ) mãe ( 5 ) outras pessoas ( 3 ) irmãos	
A.5 – Quantas pessoas moram na mesma moradia que a criança? _____ pessoas	
B – DADOS CLÍNICOS DA CRIANÇA	CODIFICAÇÃO
B.1 – Idade de nascimento em semanas e dias. ( 0 ) < 37 sem ( 1 ) ≥ 37 sem	
B.2 – Qual o peso corporal de nascimento? _____ Kg _____ grs	
B.3 – Qual a comprimento de nascimento? _____ cm	
B.4 – Qual o APGAR no 1º e 5º minuto? 1º minuto: _____ 5º minuto: _____	
B.5 – Qual a idade da mãe ao nascimento da criança? _____ anos	
B.6 – Qual o tipo de parto? ( 1 ) vaginal ( 2 ) cesáreo	
B.7 – Local do parto: ( 1 ) hospital ( 2 ) rede pública ( 3 ) domicílio ( 4 ) outro: _____	

B.8 – Qual o número de consultas realizadas no 1º ano de vida?	( 0 ) < 7 ( 1 ) ≥ 7	
B.9 – A criança já apresentou diagnóstico prévio de alteração do estado nutricional? <b>Caso a resposta seja não, pule para a questão B.11</b>	( 0 ) abaixo do peso ( 1 ) acima do peso	Diagnóstico:
B.10 – Qual foi o diagnóstico de alteração do estado nutricional?	( 1 ) desnutrição ( 2 ) sobrepeso ( 3 ) obesidade	
B.11 – A carteira de vacinação da criança está atualizada conforme idade? (até os dois anos de idade)	( 0 ) não ( 1 ) sim	
B.12 – Vacinas em atraso:	_____ _____ _____	
B.13 – A criança está/esteve inserida em algum dos Programas e/ou projetos de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (MS)? <b>Caso a resposta seja não, pule para a questão B.15</b>	( 0 ) não ( 1 ) sim	
B.14 – Qual (is) o(s) programa(s) e/ou projeto(s) que a criança está/esteve inserida?	( 1 ) Pré-nenê ( 2 ) De volta para casa ( 3 ) Bolsa-família ( 4 ) outro. Qual? _____	
B.15 – A criança foi amamentada com leite materno exclusivo? <b>Caso a resposta seja não, pule para a questão B.17</b>	( 0 ) não ( 1 ) sim	
B.16 – Qual o tempo que a criança foi amamentada com leite materno exclusivo?	_____ meses	
B.17 – Qual a idade da criança quando houve a interrupção do aleitamento materno exclusivo?	_____ meses	
B.18 – Como seguiu o aleitamento após a interrupção do AME?	( 0 ) misto ( 1 ) somente complemento	
B.19 – Qual a idade da criança quando houve a inserção de alimentos na dieta?	_____ anos _____ meses	
B.20 – Com a introdução de alimentos, seguiu o aleitamento materno?	( 0 ) não ( 1 ) sim	
B.21 – Por quanto tempo a criança recebeu LM?	_____ anos _____ meses	
B.22 – A criança tem registro internações hospitalares prévias? <b>Caso a resposta seja não, pule para a questão B.26</b>	( 0 ) não ( 1 ) sim. Quantas? _____	
B.23 – Qual o motivo das internações hospitalares anteriores? <b>Múltiplas respostas</b>	Motivo: _____	
B.24 – Qual a idade da criança quando ocorreu a primeira internação hospitalar?	( ) ao nascer _____ anos _____ meses	
B.25 – Descreva o diagnóstico clínico/sintoma de cada internação: <b>Múltiplas respostas</b>	1ª _____ 2ª _____ 3ª _____ Demais: _____	

B.26 - Qual o peso corporal ao completar seis meses de idade?	_____ Kg _____ grs	
B.27 - Qual o peso corporal ao completar um ano de idade?	_____ Kg _____ grs	
B.28 - Qual o peso corporal ao completar dois anos de idade?	_____ Kg _____ grs	
B.29 – Qual o comprimento corporal ao completar seis meses de idade?	_____ cm	
B.30 - Qual o comprimento corporal ao completar um ano de idade?	_____ cm	
B.31 - Qual o comprimento corporal ao completar dois anos de idade?	_____ cm	
B.32 – Como foi o desenvolvimento neuropsicomotor da criança conforme a idade?	( ) adequado ( ) não adequado	

## ANEXO A

## Documento de Aprovação da COMPESQ/UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron

## Dados Gerais:

<b>Projeto Nº:</b>	30581	<b>Título:</b>	CONDICOES DE SAUDE DE CRIANCAS ACOMPANHADAS NA ATENCAO PRIMARIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA.	
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem Pediátrica	<b>Início:</b>	13/01/2016	<b>Previsão de conclusão:</b> 01/07/2017
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento			
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem	<b>Projeto Isolado</b>		
<b>Local de Realização:</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre			
<b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b>				
<b>Objetivo:</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Não informado: dados projeto provenientes do HCPA.</p> </div>			

## Equipe UFRGS:

**Nome:** MARCIA KOJA BREIGEIRON  
 Coordenador - Início: 13/01/2016 Previsão de término: 01/07/2017

## Equipe Externa:

**Nome:** ANNE CAROLINE BERGMANN CENTENO  
**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
 Pesquisador desde 01/02/2016  
**Nome:** DANIEL CONTE HERTER  
**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
 Pesquisador desde 13/01/2016

## Avaliações:

**Comite de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Aprovado em 13/01/2016**

**ANEXO B****Documento de Aprovação do CEP/HCPA**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

**Pesquisador:** Márcia Koja Breigeiron

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51602115.2.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.378.563

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

## ANEXO C

**Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

Conforme RN 01/97 do HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE com assinatura dos pesquisadores.



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

**Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

Título do Projeto

<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Márcia Koja Breigeiron	<i>Márcia Koja Breigeiron</i>
Daniel Conte Herter	<i>Daniel Conte Herter</i>

## ANEXO D

## Normas para publicação Revista Paulista de Pediatria

REVISTA PAULISTA DE  
**PEDIATRIA**

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

## ESCOPO E POLÍTICA

**Missão e política editorial**

A *Revista Paulista de Pediatria* é uma publicação trimestral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. O objetivo é divulgar pesquisa de qualidade metodológica relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Os artigos estão disponíveis, no seu formato eletrônico, na íntegra em português e inglês, por meio de acesso livre e gratuito do SciELO. Está indexada nas bases Pubmed Central, Medline, Scopus, Embase (Excerpta Medica Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR e Sumários.

**Acesso aberto**

Todo artigo revisado por pares aprovado pela editorial desta revista será publicado em acesso aberto, o que significa que o artigo estará disponível gratuitamente no mundo via Internet de maneira perpétua. Não há cobrança aos autores. Uma licença Creative Commons (veja <http://www.elsevier.com/openaccesslicenses>) orienta sobre a reutilização do artigo. Todos os artigos serão publicados sobre a seguinte licença: *Creative Commons Attribution 4.0 International (CC-BY)*

**Processo de revisão**

Cada artigo submetido é encaminhado ao editor-chefe, que verifica se o mesmo obedece aos padrões mínimos especificados nas normas de publicação e se está enquadrado nos objetivos da Revista. A seguir, o artigo é enviado a dois revisores, especialistas na área, cegos em relação à autoria do artigo a ser examinado, acompanhado de formulário específico para revisão. Uma vez feita esta revisão, os editores da Revista decidem se o artigo vai ser aceito sem modificações, se deve ser recusado ou se deve ser enviado aos autores para modificações e posterior reavaliação. Diante desta última opção, o artigo é reavaliado pelos editores para posterior decisão quanto à aceitação, recusa ou necessidade de novas modificações.

**Tipos de artigos publicados**

**Artigos originais:** incluem estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais.

**Relatos de casos:** incluem artigos que relatam casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.

**Artigos de revisão:** análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.

**Cartas ao editor:** refletem o ponto de vista do missivista a respeito de outros artigos publicados na Revista.

**Editoriais:** em geral encomendados pelos editores, para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

**Normas gerais**

O artigo deverá ser digitado em formato A4 (210x297mm), com margem de 25 mm em todas as margens, espaço duplo em todas as seções. Empregar fonte Times New Roman tamanho 11, páginas numeradas no canto superior direito e processador de textos Microsoft Word®. Os manuscritos deverão conter, no máximo:

- Artigos originais: 3000 palavras (sem incluir resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.
- Revisões: 3500 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.
- Relatos de casos: 2000 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.

**Observação:**

Ensaio clínico só será aceito mediante apresentação de número de registro e base de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 2 DE JULHO DE 2008, Ministério da Saúde do Brasil.

Acessível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2008/prt1345\\_02\\_07\\_2008.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html)

Para registro, acessar: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/about/>

• Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos: Segundo resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: -site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). (<http://www.clinicaltrials.gov>).

É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *Revista Paulista de Pediatria*. Além disso, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito.

Clicar [aqui](#) para fazer o download da Carta de Apresentação em português.

Clicar [aqui](#) para fazer o download da Carta de Apresentação em espanhol.

Clicar [aqui](#) para fazer o download da Carta de Apresentação em inglês.



# REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

Transferência de direitos autorais: [ao submeter o manuscrito para o processo de avaliação da Revista Paulista de Pediatria](#), todos os autores devem assinar o formulário disponível no site de submissão, no qual os autores reconhecem que, a partir do momento da aceitação do artigo para publicação, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito.

Clicar [aqui](#) para fazer o download do formulário de Transferência de Direitos Autorais em português.

Clicar [aqui](#) para fazer o download do formulário de Transferência de Direitos Autorais em espanhol.

Clicar [aqui](#) para fazer o download do formulário de Transferência de Direitos Autorais em inglês.

Todos os documentos obrigatórios estão disponíveis em: <http://www.rpped.com.br/pt/guia-autores/>

## ATENÇÃO:

Deve ser feito o upload no sistema de cada um dos itens abaixo em separado:

1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição; 3) Transferência de Direitos Autorais; 4) Página de rosto; 5) Documento principal com os resumos em português e inglês, palavras-chave e keywords, texto, referências bibliográficas e tabelas, figuras e gráficos - Não colocar os nomes dos autores neste arquivo 6) Arquivos suplementares quando pertinente.

• Para **artigos originais**, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A **Revista Paulista de Pediatria** adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as "Normas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (DOU 1996 Out 16; no201, seção 1:21082-21085). Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para **relato de casos** também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável para divulgação científica do caso clínico. Para **revisões de literatura, cartas ao editor e editoriais**, não há necessidade desta aprovação.

A **Revista Paulista de Pediatria** executa verificação de plágio.

## NORMAS DETALHADAS

O conteúdo completo do artigo original deve obedecer aos Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: resumo e palavras-chave em português; abstract e keywords; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. As tabelas e figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos e colocadas ao final do texto. Cada tabela e/ou figura deve conter o título e as notas de rodapé.

## PÁGINA DE ROSTO:

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas), no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- Título do artigo em inglês, no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo, 60 caracteres incluindo espaços).

• Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado do nome da instituição de vínculo empregatício ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país.

• Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, **obrigatoriamente**, endereço eletrônico).

• Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.

• Número total de palavras: no **texto** (excluir, resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no **resumo** e no **abstract**. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

## RESUMO E ABSTRACT:

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

• **Resumo de artigo original:** deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões (Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusions).

• **Resumo de artigos de revisão:** deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusões (Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusions).

• **Resumo de relato de casos:** deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (Abstract: Objective, Case description and Comments).

Para o abstract, é importante obedecer às regras gramaticais da língua inglesa. Deve ser feito por alguém fluente em inglês.

## PALAVRAS-CHAVE E KEYWORDS:

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, 3 a 6 descritores, que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de Descritores em Ciências da Saúde: elaborada pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Esta lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

## TEXTO:

**Artigo original:** dividido em **Introdução** (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); **Método** (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição); **Resultados** (claros e objetivos; o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo de texto); **Discussão** (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

**Artigos de revisão:** não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.

**Relatos de casos:** divididos em **Introdução** (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); **Descrição do caso** propriamente

# REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e **Discussão** (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

## TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

É permitido no máximo 6 ilustrações por artigo, entre tabelas, figuras e gráficos. Devem ser submetidas no mesmo arquivo do artigo. Em caso de aprovação, serão solicitadas figuras e gráficos com melhor resolução.

### Tabelas

Para evitar o uso de tabelas na horizontal, a Revista Paulista de Pediatria recomenda que os autores usem no máximo 100 caracteres em cada linha de tabela. No entanto, se a tabela tiver duas ou mais colunas, o autor deve retirar 5 caracteres por linha. Ex: Se tiver duas colunas, o autor deve usar no máximo 95, se tiver três, 90 e assim por diante. É permitido até 4 tabelas por artigo, sendo respeitado os limites de um lauda para cada uma. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo ±. Digitar as tabelas no processador de textos Word, usando linhas e colunas - não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do Excel ou do Powerpoint.

### Gráficos

Numerar os gráficos de acordo com a ordem de aparecimento no texto e colocar um título abaixo do mesmo. Os gráficos devem ter duas dimensões, em branco/preto (não usar cores) e feitos em PowerPoint. Mandar em arquivo ppt separado do texto: não importar os gráficos para o texto. A Revista Paulista de Pediatria não aceita gráficos digitalizados.

### Figuras

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar na legenda (mandar legenda junto com o arquivo de texto do manuscrito, em página separada). Figuras reproduzidas de outras fontes devem indicar esta condição na legenda e devem ter a permissão por escrita da fonte para sua reprodução. A obtenção da permissão para reprodução das imagens é de inteira responsabilidade do autor. Para fotos de pacientes, estas não devem permitir a identificação do indivíduo - caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou de seu responsável, liberando a divulgação do material. Imagens geradas em computador devem ser anexadas nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi. A Revista Paulista de Pediatria não aceita figuras digitalizadas.

## FINANCIAMENTO

Sempre antes da Declaração de Conflitos de Interesse. Em apoios da CAPES, CNPq e outras instituições devem conter o nome por extenso e o país. Não repetir o apoio nos agradecimentos. Se não houve, deixar: O estudo não recebeu financiamento.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito

de interesse, escrever: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Essa declaração deverá constar ao final do artigo, após o financiamento.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores. Os agradecimentos devem ser colocados no envio da segunda versão do artigo, para evitar conflitos de interesse com os revisores. Não repetir nos agradecimentos a instituição que apoiou o projeto financeiramente. Apenas destacar no apoio.

## REFERÊNCIAS

No corpo do texto: Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As referências no corpo do texto devem ser identificadas por algarismos arábicos sem parênteses sobrescritos, após a pontuação.

No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements, e disponível em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), conforme os exemplos a seguir.

### 1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

Jih WK, Lett SM, des Vignes FH, Garrison KM, Sipe PL, Marchant CD. The increasing incidence of pertussis in Massachusetts adolescents and adults, 1989-1998. *Infect Dis.* 2000;182:1409-16.

Mais do que 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935:40-6.

Grupos de pesquisa:

a. Sem autor definido:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40:679-86.

b. Com autor definido:

Vallancien G, Emberton M, Harving H, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003;169:2257-61.

Sem autores:

Autoria não referida. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325:184.

Volume com suplemento:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood;* Epub 5 de Julho de 2002.

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci U S A.* No prelo 2002.

Artigos em português:

Seguir o estilo acima na língua portuguesa.

### 2. Livros e Outras Monografias

Livros:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP. *Operative obstetrics.* 2a ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

---

REVISTA PAULISTA DE

# PEDIATRIA

---

Obs: se for 1ª edição, não é necessário citar a edição.

Capítulos de livros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. Em: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Obs: se for a 1ª edição, não é necessário citar a edição.

Conferência publicada em anais de Congressos:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 3-5 abril 2002; Kinsdale, Irlanda. p. 182-91.

Resumos publicados em anais de Congressos:

Blank D, Grassi PR, Schindwein RS, Melo JL, Eckhert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: a ten year analysis. Abstracts of the Second World Conference on Injury Control; 20-23 maio 1993 Atlanta, EUA. p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

Afíune JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [tese de mestrado]. São Paulo (SP): USP; 2000.

### 3. Outros materiais publicados

Artigos em jornais, boletins e outros meios de divulgação escrita:

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post 12 agosto 2002. p.1.

Leis, portarias e recomendações:

Brasil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RII na sala de parto. Portaria SAS/MS 96; 1994.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde - área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil - Presidência da República. Decreto n° 6.871, de 4 de junho

de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei n° 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm)

Obs: se o material for disponível na internet, colocar Disponível em: <http://www...>

### 4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [página na Internet]. 2002;102(6) [acessado em 12 de agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H. Improving palliative care for cancer. Washington: National Academy Press; 2001 [acessado em 9 de julho de 2002]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Homepage/web site:

Cancer-Pain.org [página na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [acessado em 9 de Julho de 2002]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [página na Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [acessado em 12 agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Brasil - Ministério da Saúde - DATASUS [página na Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [acessado em 10 fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.