

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

ANA PAULA REYES DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS DE VIDA
INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**

**Porto Alegre
2018**

Ana Paula Reyes da Silva

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS DE VIDA
INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Nutrição à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Profa. Dra. Vera Lúcia Bosa
Co-orientadora: Ms Ester Zoche

**Porto Alegre
2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Reyes da Silva, Ana Paula
Práticas Alimentares em crianças de zero a dois
anos de vida internadas em um hospital universitário
de Porto Alegre / Ana Paula Reyes da Silva. -- 2018.
54 f.
Orientadora: Vera Lucia Bosa.

Coorientadora: Ester Zoche.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Práticas alimentares na infância. 2.
Aleitamento materno. 3. Alimentação complementar. I.
Bosa, Vera Lucia, orient. II. Zoche, Ester,
coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANA PAULA REYES DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS DE VIDA
INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Nutrição à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 17 de Junho de 2018.

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso, elaborado por Ana Paula Reyes da Silva, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Ms. Mariana Lopes de Brito

Ms. Roberta Aguiar Sarmiento

Prof^a. Dr^a. Vera Lucia Bosa – orientadora – UFRGS

Dedico este trabalho à minha Mãe, à minha irmã, ao meu esposo, e ao meu Pai (in memoriam), minhas fontes de energia, força, dedicação e principalmente de amor.

AGRADECIMENTOS

A capacidade de conquista é aumentada quando há pessoas por perto que estimulam e incentivam. Mais do que isso, essas pessoas nos energizam e impulsionam. Quando não estão na frente puxando, estão atrás empurrando.

Meu enorme agradecimento a Deus por me dar de presente esta vida repleta de pessoas boas por perto, por me dar saúde e, junto aos irmãos de luz, pela proteção e por me acompanharem em meu caminho.

Agradecer a estas pessoas é pouco, e estar ao lado de vocês nesta vida é um privilégio enorme: Ana Maria (Mãe), Émerson (esposo), Patrícia (irmã), Terezinha (sogra), Sidnei (cunhado) e Carolina (cunhada). Sempre com palavras de incentivo, preocupados, e emocionados a cada conquista, por menor que seja. Vocês são os melhores!

Ao meu Pai Adão e ao meu Sogro Carlos Alberto, minhas inspirações na busca de conhecimento em benefício da saúde do próximo. Vocês estarão para sempre nos meus pensamentos e no meu coração.

À minha querida orientadora Vera, por todas as horas de ensino, pela paciência e carinho dispensados a mim e ao trabalho.

À minha querida co-orientadora Ester, que foi incansável nos auxílios e nas dúvidas esclarecidas, e pelo incentivo a cada correção deste trabalho.

Às demais colegas do grupo de pesquisa, Juliane e Natália, pela ajuda, pelas dicas, e pelos incentivos.

Às colegas de trabalho, que alegraram meus dias, e estavam sempre preocupadas com o andamento deste, e por me tranquilizarem, priorizando meus estudos.

Aos amigos queridos, que emanaram boas energias ao longo do período em que estive um pouco ausente, mas compreenderam esta ausência e mesmo de longe, torceram para dar tudo certo.

RESUMO

Objetivo: Identificar e descrever as práticas alimentares de crianças de zero a dois anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre.

Métodos: Identificaram-se as práticas alimentares de 261 crianças, por instrumento composto por questões que analisam os atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar. As variáveis foram expressas em percentual e valor absoluto, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil.

Resultados: Em relação à oportunidade, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses esteve presente em 25,3% da amostra, com mediana de duração de 45 dias, e a introdução da alimentação complementar foi iniciada em tempo adequado (seis a sete meses) em 57%. Dentre as crianças que já haviam iniciado a alimentação complementar através da papa de fruta ou refeição principal (n = 128), a mediana de idade de introdução foi de 5 (4–6) meses. Em relação à adequação, a presença de alimentos fonte de vitamina A e ferro estiveram presentes em 83,6% das crianças e 62,5% consumiam todos os grupos alimentares. A consistência da alimentação estava adequada em 52,3%. O consumo de alimentos ultraprocessados já contemplava a alimentação de 60,2% das crianças.

Conclusões: A baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo; introdução precoce da alimentação complementar, da qual metade iniciou com consistência inadequada; além da alta prevalência de consumo ou introdução alimentos ultraprocessados. As práticas alimentares inadequadas identificadas são capazes de comprometer a saúde da criança; por isso, ressalta-se a importância de realizar ações para a promoção do aleitamento materno acompanhadas de orientações para a introdução da alimentação complementar.

Palavras-chave: Práticas alimentares na infância. Aleitamento materno.

Alimentação Complementar.

ABSTRACT

Objective: To identify and describe the feeding practices of children from zero to two years of age admitted to a university hospital in Porto Alegre.

Methods: The feeding practices of 261 children were identified by an instrument composed of questions that analyze the attributes, components and markers of complementary feeding. The variables were expressed as percentage and absolute value, mean and standard deviation or median and interquartile range.

Results: Optimal breastfeeding up to six months was present in 25.3% of the sample, with median duration of 45 days, and the introduction of complementary feeding was started in a timely manner (six to seven months) in 57%. Among the children who had started supplementary feeding through fruit potato or main meal (n = 128), the median age of introduction was 5 (4-6) months. Regarding the adequacy, the presence of food sources of vitamin A and iron were present in 83.6% of the children and 62.5% consume all the food groups. The consistency of feeding was adequate in 52.3%. The consumption of ultraprocessed foods already contemplated the feeding of 60.2% of the children.

Conclusions: The low prevalence of exclusive breastfeeding; introduction of complementary feeding, of which half started with inadequate consistency; besides the high prevalence of consumption or introduction of ultraprocessed foods. The inadequate food practices identified are capable of compromising the child's health; therefore, it is important to carry out actions to promote breastfeeding accompanied by guidelines for the introduction of complementary feeding.

KEY WORDS: Feeding practices, breastfeeding, complementary feeding

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 Desenvolvimento nos primeiros dois anos de vida.....	11
2.2 Aleitamento Materno.....	11
2.3 Alimentação Complementar.....	12
2.4 Avaliação das práticas alimentares nos primeiros dois anos de vida	14
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Específicos.....	17
4 REFERÊNCIAS DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5 ARTIGO CIENTÍFICO A SER SUBMETIDO À REVISTA DE NUTRIÇÃO. 20	
6 CONCLUSÃO.....	38
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	39
ANEXO B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	41
ANEXO C – NORMAS REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA.....	47

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que nos primeiros anos de vida, em especial até os dois anos, ocorrem o crescimento acelerado do bebê e grandes conquistas no processo de desenvolvimento. Neste período, a criança desenvolve habilidades para receber, mastigar e digerir os alimentos, avançando no autocontrole do processo de ingestão de alimentos para atingir o padrão alimentar do adulto (BRASIL, 2013). As práticas alimentares na infância, principalmente nos primeiros dois anos de vida, são fatores determinantes na formação de hábitos alimentares, e o hábito alimentar estabelecido na primeira infância repercute no estado de saúde e nutrição ao longo da vida (BRASIL, 2015a; BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012), podendo deixar graves seqüelas no futuro, dentre elas a prevalência do excesso de peso e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (PASSANHA; BENICIO; VENANCIO, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), a forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança é garantido pelo aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, sem a oferta de água, chás ou outros alimentos. Esta é a estratégia mais inteligente de vínculo, afeto, proteção e nutrição para o bebê e o que colabora para a redução da morbimortalidade infantil, oferecendo enorme proteção contra óbitos por diversas infecções, principalmente nos primeiros meses de vida da criança. É adequado à imaturidade renal e digestiva do bebê recém-nascido, sendo facilmente digerido e absorvido, resultando no aproveitamento correto de todos os nutrientes. Diminui a incidência de cólicas, vômitos e intolerâncias alimentares, sendo um alimento “personalizado” e insubstituível para o bebê (BRASIL, 2015a; VICTORA, 2016).

Porém, no Brasil, o processo de desmame ocorre precocemente evidenciando-se nas primeiras semanas ou meses de vida (BRASIL, 2013); a mediana de AME fica em torno de 54,11 dias, o que significa que os bebês mamam exclusivamente, em média, até 1,8 meses. Dados da *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal* (II PPAM) nos mostram a realidade sobre as práticas alimentares de crianças na faixa etária até 24 meses: cerca de 70% mamaram na primeira hora de vida e a introdução alimentar precoce ocorreu em 13,8% das crianças, que já no primeiro mês consumiram água,

chás e outros leites; além disso, em torno de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia a papa principal e frutas (BRASIL, 2009).

Após os seis meses de vida da criança, ela está pronta para o início da alimentação complementar em tempo oportuno, que deve ocorrer de forma adequada, saudável e em quantidade suficiente para garantir o apropriado desenvolvimento da criança; as refeições passam a ser semelhantes ao do restante da família após os 12 meses, e o aleitamento materno (AM) deve ser mantido até os dois anos ou mais, de forma complementar (OLIVEIRA et al, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). No entanto, há um aumento na presença de alimentos ultraprocessados na alimentação da população brasileira, sendo introduzidos cada vez mais precocemente, como demonstrado em um estudo que verificou alto consumo de café, refrigerantes e especialmente de bolachas e / ou salgadinhos entre as crianças de 09 e 12 meses (BRASIL, 2009).

Bortolini; Gubert; Santos (2012) observou em seu estudo com crianças de 6 a 59 meses que 21,4% consumiam doces; 46,3%, biscoitos; 8,5%, salgadinhos; 22,1%, refrigerantes. Em relação aos alimentos mais saudáveis, 44,6% das crianças consumiram diariamente frutas; 12,7%, verduras de folhas; 21,8%, legumes; 24,6%, carnes. Ou seja, os resultados apontam para a baixa frequência de consumo de alimentos recomendados, importantes para o crescimento (como verduras de folhas, legumes, frutas e carnes), e elevada frequência no consumo de alimentos ultraprocessados (biscoitos, doces, refrigerantes e salgadinhos diariamente ou de uma a três vezes na semana).

Tendo em vista a importância das práticas alimentares, principalmente nos primeiros dois anos de vida, e as evidências quanto à qualidade da alimentação na primeira infância, este estudo objetiva descrever as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre/RS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Desenvolvimento nos primeiros dois anos de vida

Ao longo do primeiro ano de vida, a taxa de crescimento da criança é mais rápida do que em qualquer outra etapa, onde se observa aumento de 25 cm no primeiro ano de vida, desenvolvendo capacidades psicomotoras e neurológicas ao longo de cada mês (BRASIL, 2010). No entanto, os sistemas orgânicos ainda não estão totalmente desenvolvidos fazendo com que a capacidade para digestão, aproveitamento e excreção de nutrientes ainda não seja plena. A nutrição nesse estágio precisa estar adequada às necessidades dos macro e micronutrientes, de acordo com a imaturidade fisiológica dos órgãos. A dieta do bebê não pode exceder suas necessidades, nem sobrecarregar sua capacidade digestiva ou excretora (FRIQUES, 2017).

A partir dos seis meses, a maior parte dos bebês atinge um estágio de desenvolvimento de maior maturidade fisiológica e neurológica, permanecendo sentados, sustentando a cabeça com firmeza sem esforço e já apresentam atenuado o reflexo de extrusão (reflexo de empurrar para fora com a língua tudo que é levado à sua boca). Neste período, também, o bebê já é capaz de demonstrar excitação à visão do alimento, de mastigar (tem-se a erupção dos primeiros dentes) e coordenar bem os movimentos de olhos, mãos e boca. As enzimas digestivas, neste período, são produzidas em quantidades adequadas, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos. Além disso, a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta. Sendo assim, o bebê está pronto para iniciar a alimentação complementar (FRIQUES, 2017; BRASIL, 2015a).

2.2 Aleitamento Materno

A amamentação deve começar logo após o parto ou assim que possível. O primeiro leite materno, o colostro, tem valor particular para o bebê, em função da sua alta presença de proteínas e vitaminas lipossolúveis e suas propriedades anti-infecciosas. É considerada a primeira imunização infantil (NATACCI, 2015).

O AM garante todos os nutrientes adequados para a manutenção da saúde, crescimento e desenvolvimento dos bebês, ao mesmo tempo que beneficia a mãe lactante. Além disso, ocorre a promoção de um maior vínculo afetivo com a mãe, garante-se nutrição adequada, personalizada e insubstituível; verifica-se melhor desenvolvimento cognitivo, psicomotor, intelectual e social. Soma-se a isso, o fato de proporcionar uma colonização intestinal saudável, contribuindo de forma decisiva para a formação do microbioma do indivíduo; proteção imunológica; maior resistência a alergias; menor probabilidade de infecções respiratórias; maior resistência a diarreias, otites, infecções urinárias; melhor desenvolvimento da visão. Auxilia na redução dos riscos de desenvolver cárie dentária, melhor desenvolvimento mandibular, dentário e da fala; maior proteção para doenças crônicas, como diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemias. Quando doente, dá conforto, ajuda a hidratar e a recuperar mais depressa; contém endorfina, neurotransmissor que ajuda a suprimir a dor. De forma prolongada, a amamentação contribui significativamente para o aumento do nível do QI (Quociente de Inteligência) da criança (FRIQUES, 2017).

De forma exclusiva, o AM é o melhor tipo de alimentação para os primeiros seis meses de vida, inclusive para bebês prematuros ou doentes, exceto em casos de contaminações específicas e doenças maternas (NATACCI, 2015).

Durante o segundo semestre de vida, as práticas alimentares da criança devem seguir o seguinte formato: a alimentação deve complementar a amamentação. A partir dos doze meses, a amamentação complementa a alimentação, que neste período, já deve ser igual a da família do bebê, priorizando alimentos saudáveis, de todos os grupos (FRIQUES, 2017). Nota-se uma significativa melhora da situação do aleitamento materno, na última década, persistindo diferenças entre as regiões e capitais analisadas e, além disso, há a necessidade de intervenções com objetivo de promover hábitos saudáveis e variedade da alimentação no primeiro ano de vida (VENANCIO et al, 2010).

2.3 Introdução da alimentação complementar

De acordo com a OMS, a alimentação complementar corresponde ao processo de transição do aleitamento materno exclusivo para os alimentos da família (RELVAS; BUCCINI; VENANCIO, 2018). Após garantir a exclusividade do

aleitamento materno, até o sexto mês, deve ocorrer o início da alimentação complementar oportuna, mantendo o aleitamento materno até os dois anos, pelo menos (OLIVEIRA et al, 2015). A alimentação complementar deve ser adequada e em quantidade suficiente para garantir o desenvolvimento apropriado da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Introduzida de forma precoce, a alimentação complementar pode trazer prejuízos à saúde da criança, pois pode estar associada ao maior número de infecções e hospitalizações por doenças respiratórias, maior número de episódios de diarreia, sem deixar de citar os riscos para desnutrição ou obesidade, caso os alimentos ofertados sejam nutricionalmente inferiores ao leite materno. Há também menor eficácia na absorção de nutrientes e diminui o efeito da amamentação como método contraceptivo para a mãe (BRASIL, 2015a).

Os alimentos complementares são, em sua maioria, os alimentos básicos que compõem a alimentação do brasileiro. Segundo orientações do Ministério da Saúde, ao completar seis meses de idade, a alimentação complementar deve ser oferecida três vezes ao dia (fruta, refeição principal - arroz, feijão, carne, legumes e verduras - e fruta). Logo, ao completar sete meses deve ser acrescentado ao esquema alimentar a segunda refeição principal. No período dos seis aos doze meses, a criança irá se adaptar aos novos sabores, texturas e consistências, sendo eles muito distintos do leite materno. Aos 12 meses a criança já recebe cinco refeições ao dia, no mínimo (BRASIL, 2015a).

A consistência e a variedade da alimentação complementar são muito importantes. Inicialmente os alimentos devem ser amassados com o garfo, sem liquidificar ou peneirar. Quanto mais espessas e consistentes as preparações, maior a densidade energética oferecida. Aos poucos, deve-se amassar menos e oferecer pedaços pequenos. Quanto à variedade, a refeição principal deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um dos legumes e verduras, um alimento do grupo de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovo) e um do grupo das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão de bico). Alimentos industrializados como açúcar, café, enlatados, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de gordura ou alimentos fritos e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida, prevenindo hábitos inadequados na vida adulta, sendo que o consumo destes alimentos está associado à anemia, ao excesso de peso e a alergias alimentares (BRASIL, 2015a).

Durante o 2º ano de vida, o AM continua sendo uma importante fonte de nutrientes, e deve prosseguir e as refeições devem ser semelhantes às dos adultos da casa, sempre que adequadas nutricionalmente. Alimentos industrializados devem ser evitados, refinando assim as práticas alimentares. Há a necessidade de avaliar quais alimentos estão sendo ofertados para garantir o adequado aporte nutricional, que deve trazer nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil, assim como devem ser variados (OLIVEIRA et al, 2015).

Devido à preferência inata ao sabor doce, a oferta de alimentos adicionados de açúcar ou com grandes quantidades de energia leva a criança ao desinteresse pelos cereais, frutas, verduras e legumes. Entretanto, o AM e a introdução correta da alimentação complementar prevêm melhor aceitação desses alimentos in natura (GUESTA et al, 2017). Práticas alimentares pobres em micronutrientes podem acarretar em uma série de danos, como a anemia ferropriva, principal carência nutricional nos primeiros anos de vida, que atinge cerca de 50% dos lactantes brasileiros, que compromete o crescimento e o desenvolvimento motor e cognitivo, favorecendo a ocorrência de processos infecciosos e leva a consequências tardias, inclusive no desempenho escolar, no trabalho e na qualidade de vida (SOUZA et al, 2015).

No entanto, com a melhoria das condições de moradia, aumento da escolaridade dos pais, saneamento básico e da prevalência do tempo total de aleitamento materno e êxito das campanhas de vacinação, houve no Brasil, redução da desnutrição na infância; contudo constatou-se aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, sem redução da prevalência de carências de micronutrientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

2.4 Avaliação das práticas alimentares nos primeiros dois anos de vida

No Brasil, a promoção da alimentação complementar saudável vem aos poucos se tornando prioridade na agenda das políticas públicas de alimentação e saúde, iniciadas no começo dos anos 2000. Dentre elas, a mais recente, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que traz por objetivo promover a prática da amamentação e da alimentação complementar saudável na Atenção Básica. Nessa linha de priorizar o tema no âmbito das políticas públicas, o monitoramento de

indicadores referentes às práticas alimentares do início da vida é fundamental (OLIVEIRA et al, 2015; BRASIL, 2015b).

Esse monitoramento tem sido realizado por meio de algumas estratégias que se complementam no âmbito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), quais sejam: o sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) alimentado pelos profissionais da rede básica de saúde e que abrange dados de estado nutricional e de consumo alimentar dos usuários do SUS; os inquéritos populacionais de base domiciliar, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e os inquéritos populacionais mais simples e de custo mais baixo do que os de base domiciliar, como os realizados durante a Campanha Nacional de Imunização (OLIVEIRA et al, 2015; BRASIL, 2015b).

Fora do País, a OMS lançou, a partir de 1991, publicações sobre monitoramento da amamentação e, a partir de 1998, sobre alimentação complementar. A mais atual consiste num conjunto de três materiais sobre o monitoramento de práticas alimentares de crianças até dois anos de idade: o primeiro apresenta um elenco de indicadores sobre amamentação e alimentação complementar; o segundo, um instrumento para a coleta de dados para estudos de base domiciliar que permite a construção desses indicadores; e o terceiro, a descrição da situação de alguns indicadores de alimentação complementar em vários países com base em resultados de pesquisas de demografia e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Entretanto, o conjunto de indicadores propostos pela OMS não abrange todo o leque de práticas alimentares que se consideram relevantes monitorar no contexto brasileiro, como o consumo de produtos ultra processados, por exemplo (OLIVEIRA et al, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Segundo Oliveira et al (2015), as práticas alimentares adequadas constituem três atributos a serem avaliados: oportunidade, adequação nutricional e segurança.

a) A **oportunidade** diz respeito à idade de introdução da alimentação complementar, sendo definida como precoce quando iniciada antes dos seis meses, oportuna se iniciada entre seis e sete meses e tardia quando iniciada a partir dos sete meses de idade da criança. Constitui igualmente, a oportunidade do AME até o sexto mês de vida.

b) A **adequação nutricional** se expressa por meio de quatro componentes:

- (a) presença, na alimentação, de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil (por exemplo, ferro e vitamina A);
 - (b) variedade dos alimentos oferecidos, caracterizada pela quantidade de grupos de alimentos presentes na alimentação da criança, a saber: cereais ou tubérculos, hortaliças, carnes ou ovos, leguminosas, frutas e leite;
 - (c) densidade energética dos alimentos e preparações, é definida como quantidade de energia fornecida por peso de alimento. Foram tomados como marcadores da densidade energética da alimentação a consistência das preparações, a frequência de refeições com preparações ofertadas na consistência adequada para a idade da criança e a quantidade oferecida dessas preparações em cada refeição;
 - (d) ausência de produtos ultraprocessados na alimentação, é assumida como um componente da adequação nutricional da alimentação complementar. A presença desses produtos caracteriza uma prática inadequada, devido à alta concentração de açúcar e gordura em pequenas porções do alimento – o que representa elevada densidade energética – e de sódio e, muitas vezes, baixos teores de micronutrientes.
- c) A **segurança** abarca dois componentes: a inocuidade das preparações e a ausência de aditivos na alimentação. O uso de água própria para consumo humano para higiene e preparo das refeições, assim como a limpeza de utensílios como mamadeiras e/ou copos com bicos, são fatores cruciais para o alcance da inocuidade da alimentação. Por outro lado, quando se evita o consumo de alimentos ricos em aditivos, como corantes artificiais, diminui-se o risco de a criança desenvolver hipersensibilidade alimentar.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar e descrever as práticas alimentares de crianças de zero a dois anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre.

3.2 Específicos

- a) Analisar os fatores sociodemográficos de crianças de zero a dois anos internadas em um hospital universitário de Porto Alegre;
- b) Identificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças de zero a dois anos internadas em um hospital universitário de Porto Alegre;
- c) Verificar o atributo oportunidade das práticas alimentares:
 - (a) Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses;
 - (b) Idade de introdução da alimentação complementar.
- d) Estudar o atributo adequação nutricional da alimentação complementar na população em estudo por meio dos quatro componentes:
 - (a) Presença de alimentos fonte de ferro e vitamina A;
 - (b) Variedade dos alimentos oferecidos;
 - (c) Densidade energética dos alimentos e preparações;
 - (d) E ausência de produtos ultraprocessados na alimentação.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos – um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BORTOLINI, G. A; Gubert, M.B.; Santos, L.M. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, 2012.

FRIQUES, A. **Nutrição materno - infantil.** São Paulo: Pandorga, 2017.

GIESTA J.M.; Zoche, E.; Corrêa, R.S.; Bosa, V.L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Cien Saúde Colet** (2017/Out). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-introducao-precoce-de-alimentos-ultraprocessados-na-alimentacao-de-criancas-menores-de-dois-anos/16467?id=16467&id=16467&id=16467>>. Acesso em 16 jun. 2018.

NATACCI, L.C. **Dietbook gestante.** São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

OLIVEIRA, J.M et al. Saldiva Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 377-394, 2015.

PASSANHA, A.; Benicio, M.H.; Venancio, S.I. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36 n. 2. São Paulo, 2018.

RELVAS GR; Buccini GD; Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Jornal de Pediatria** - Rio de Janeiro, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação.** São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2009.

SOUZA RL, et al. Avaliação nutricional de crianças de 0 a 2 anos em uma comunidade na cidade de Araguaína-TO – Estudo de coorte prospectivo. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n. 2, 2015.

VENANCIO, S.I.; Escuder, M.M.; Saldiva, S.R.; Giugliani, E.R. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria** - V. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2001.

5 ARTIGO

PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS INTERNADAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE

PRÁTICAS ALIMENTARES, ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR

FOOD PRACTICES OF ZERO TO TWO YEARS OLD CHILDREN ADMITTED TO A UNIVERSITY HOSPITAL OF PORTO ALEGRE

FEEDING PRACTICES, BREASTFEEDING, COMPLEMENTARY FEEDING

Ana Paula Reyes da Silva^{1,5}; Juliane Santos^{2,5}; Natália Miranda^{2,5}; Marianna Sperb^{1,5}; Ester
Zoche^{2,3,5}; Vera Lúcia Bosa^{1,2,3,4,5}

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

²Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (HCPA)

³Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

⁴Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

⁵Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (CESAN) – HCPA/UFRGS

Endereço para correspondência: Ana Paula Reyes da Silva, Rua Ruth Totta, 125 –
Loteamento Moradas do Sul - Hípica, Porto Alegre, RS. Brasil - CEP 91788-100 [e-mail:
anapaula.reyes@gmail.com](mailto:anapaula.reyes@gmail.com)

RESUMO

Objetivo: Identificar e descrever as práticas alimentares de crianças de zero a dois anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre/RS.

Métodos: Identificaram-se as práticas alimentares de 261 crianças, por instrumento composto por questões que analisam os atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar. As variáveis foram expressas em percentual e valor absoluto, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil.

Resultados: Em relação à oportunidade, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses esteve presente em 25,3% da amostra, com mediana de duração de 45 dias, e a introdução da alimentação complementar foi iniciada em tempo adequado (seis a sete meses) em 57%. Dentre as crianças que já haviam iniciado a alimentação complementar através da papa de fruta ou refeição principal (n = 128), a mediana de idade de introdução foi de 5 (4–6) meses. Em relação à adequação, a presença de alimentos fonte de vitamina A e ferro estiveram presentes em 83,6% das crianças e 62,5% consumiam todos os grupos alimentares. A consistência da alimentação estava adequada em 52,3%. O consumo de alimentos ultraprocessados já contemplava a alimentação de 60,2% das crianças.

Conclusões: A baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo; introdução precoce da alimentação complementar, da qual metade iniciou com consistência inadequada; além da alta prevalência de consumo ou introdução alimentos ultraprocessados. As práticas alimentares inadequadas identificadas são capazes de comprometer a saúde da criança; por isso, ressalta-se a importância de realizar ações para a promoção do aleitamento materno acompanhadas de orientações para a introdução da alimentação complementar.

Palavras-chave: Práticas alimentares na infância. Aleitamento materno. Alimentação Complementar.

ABSTRACT

Objective: To identify and describe the feeding practices of children from zero to two years of age admitted to a university hospital in Porto Alegre.

Methods: The feeding practices of 261 children were identified by an instrument composed of questions that analyze the attributes, components and markers of complementary feeding. The variables were expressed as percentage and absolute value, mean and standard deviation or median and interquartile range.

Results: Optimal breastfeeding up to six months was present in 25.3% of the sample, with median duration of 45 days, and the introduction of complementary feeding was started in a timely manner (six to seven months) in 57%. Among the children who had started supplementary feeding through fruit potato or main meal (n = 128), the median age of introduction was 5 (4-6) months. Regarding the adequacy, the presence of food sources of vitamin A and iron were present in 83.6% of the children and 62.5% consume all the food groups. The consistency of feeding was adequate in 52.3%. The consumption of ultraprocessed foods already contemplated the feeding of 60.2% of the children.

Conclusions: The low prevalence of exclusive breastfeeding; introduction of complementary feeding, of which half started with inadequate consistency; besides the high prevalence of consumption or introduction of ultraprocessed foods. The inadequate food practices identified are capable of compromising the child's health; therefore, it is important to carry out actions to promote breastfeeding accompanied by guidelines for the introduction of complementary feeding.

KEY WORDS: Feeding practices, breastfeeding, complementary feeding

INTRODUÇÃO

Sabe-se que nos primeiros anos de vida, em especial até os dois anos, ocorrem o crescimento acelerado do bebê e grandes conquistas no processo de desenvolvimento. Neste período, a criança desenvolve habilidades para receber, mastigar e digerir os alimentos, avançando no autocontrole do processo de ingestão de alimentos para atingir o padrão alimentar do adulto (BRASIL, 2013). As práticas alimentares na infância, principalmente nos primeiros dois anos de vida, são fatores determinantes na formação de hábitos alimentares, e o hábito alimentar estabelecido na primeira infância repercute no estado de saúde e nutrição ao longo da vida (BRASIL, 2015a; BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012), podendo deixar graves seqüelas no futuro, dentre elas a prevalência do excesso de peso e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (PASSANHA; BENICIO; VENANCIO, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), a forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança é garantido pelo aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, sem a oferta de água, chás ou outros alimentos. Esta é a estratégia mais inteligente de vínculo, afeto, proteção e nutrição para o bebê e o que colabora para a redução da morbimortalidade infantil, oferecendo enorme proteção contra óbitos por diversas infecções, principalmente nos primeiros meses de vida da criança. É adequado à imaturidade renal e digestiva do bebê recém-nascido, sendo facilmente digerido e absorvido, resultando no aproveitamento correto de todos os nutrientes. Diminui a incidência de cólicas, vômitos e intolerâncias alimentares, sendo um alimento “personalizado” e insubstituível para o bebê (BRASIL, 2015a; VICTORA, 2016).

Porém, no Brasil, o processo de desmame ocorre precocemente evidenciando-se nas primeiras semanas ou meses de vida (BRASIL, 2013); a mediana de AME fica em torno de 54,11 dias, o que significa que os bebês mamam exclusivamente, em média, até 1,8 meses. Dados da *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal* (II PPAM) nos mostram a realidade sobre as práticas alimentares de crianças na faixa etária até 24 meses: cerca de 70% mamaram na primeira hora de vida e a introdução alimentar precoce ocorreu em 13,8% das crianças, que já no primeiro mês consumiram água, chás e outros leites; além disso, em torno de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia a papa principal e frutas (BRASIL, 2009).

Após os seis meses de vida da criança, ela está pronta para o início da alimentação complementar em tempo oportuno, que deve ocorrer de forma adequada, saudável e em

quantidade suficiente para garantir o apropriado desenvolvimento da criança; as refeições passam a ser semelhantes ao do restante da família após os 12 meses, e o aleitamento materno (AM) deve ser mantido até os dois anos ou mais, de forma complementar (OLIVEIRA et al, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). No entanto, há um aumento na presença de alimentos ultraprocessados na alimentação da população brasileira, sendo introduzidos cada vez mais precocemente, como demonstrado em um estudo que verificou alto consumo de café, refrigerantes e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos entre as crianças de 09 e 12 meses (BRASIL, 2009).

Bortolini; Gubert; Santos (2012) observaram em seu estudo com crianças de 6 a 59 meses que 21,4% consumiam doces; 46,3%, biscoitos; 8,5%, salgadinhos; 22,1%, refrigerantes. Em relação aos alimentos mais saudáveis, 44,6% das crianças consumiram diariamente frutas; 12,7%, verduras de folhas; 21,8%, legumes; 24,6%, carnes. Ou seja, os resultados apontam para a baixa frequência de consumo de alimentos recomendados, importantes para o crescimento (como verduras de folhas, legumes, frutas e carnes), e elevada frequência no consumo de alimentos ultraprocessados (biscoitos, doces, refrigerantes e salgadinhos diariamente ou de uma a três vezes na semana).

Tendo em vista a importância das práticas alimentares, principalmente nos primeiros dois anos de vida, e as evidências quanto à qualidade da alimentação na primeira infância, este estudo objetiva descrever as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre/RS.

MÉTODOS

Estudo transversal, parte de um estudo maior, intitulado “Relação entre práticas alimentares e fatores sociodemográficos com desfechos clínicos e nutricionais em crianças de zero a dois anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre” realizado em duas unidades clínico-cirúrgicas de internação e na emergência pediátrica de um Hospital Universitário de Porto Alegre/RS/Brasil. A população foi constituída por 261 crianças entre zero a 24 meses, internadas por complicações agudas (gastroenterites, infecções do trato urinário e/ou situações cirúrgicas eletivas, como hipospádia, herniorrafia, orquidopexia). Foram excluídas do estudo crianças desacompanhadas da mãe, em uso de terapia de nutrição enteral prolongada e parenteral, aqueles que apresentam alguma complicação crônica que possa interferir na alimentação, como doenças neurológicas e genéticas, alergias e/ou

intolerâncias alimentares; mães menores de 18 anos de idade e aquelas em situação em que o aleitamento materno seja contra indicado, como mães soropositivas para o HIV e em tratamento antineoplásico.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de janeiro de 2017 e abril de 2018, por meio de um questionário contendo informações sobre idade, sexo, escolaridade e ocupação materna, bem como situação conjugal, renda familiar *per capita*, classificação socioeconômica (A-B, C e D-E) através dos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), condições de moradia, uso de tabaco ou outras drogas, idade da criança, frequência e acesso a serviços de saúde; além de perguntas sobre práticas alimentares.

Para classificação do estado nutricional baseou-se nas novas curvas de peso para estatura (P/E), estatura por idade (E/I), da World Health Organization, segundo o protocolo do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN. Utilizamos o padrão de escore-z, considerando como pontos de corte $< -2,00$ desvio padrão (DP) como déficit, entre $-2,00$ e $+2,00$ DP como eutrofia, e $> +2,00$ DP como excesso de peso (sobrepeso + obesidade). Para as crianças pré-termos, usamos a idade corrigida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; BRASIL, 2008; FENTON, 2013).

Para avaliação das práticas alimentares, que abrangiam questões sobre aleitamento materno, consumo de fórmulas lácteas e leite de vaca, ingestão de alimentos sólidos como frutas e papas principais, bem como consumo de alimentos processados e ultraprocessados foi utilizado o “Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade” (OLIVEIRA et al, 2015), constituído por questões que analisam a qualidade da dieta considerando os principais atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar, além da presença ou não de aleitamento materno exclusivo até os seis meses ou mais. As questões foram adaptadas para a nossa região. Foram considerados os indicadores de oportunidade e adequação alimentar. A oportunidade da introdução da alimentação complementar foi definida como precoce quando iniciada antes dos seis meses, oportuna se iniciada entre seis e sete meses e tardia quando iniciada a partir dos sete meses de idade da criança. A adequação nutricional foi identificada através das seguintes componentes: presença na alimentação de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil (ferro e vitamina A); variedade dos alimentos oferecidos; densidade energética dos alimentos e preparações e ausência de produtos ultraprocessados na alimentação. A variedade adequada foi definida pela presença de todos os grupos de alimentos na alimentação da criança; a densidade energética, pela consistência das preparações para a idade da criança, sendo considerada adequada consistência pastosa para crianças a partir dos seis meses e, aos

doze meses, a mesma consistência da alimentação da família. A ausência de produtos ultraprocessados na alimentação foi considerada um componente da adequação nutricional da alimentação complementar.

A figura 1 representa o modelo do fluxograma utilizado para avaliação das práticas alimentares, adaptado de Oliveira et al (2015), o qual foi utilizado neste estudo.

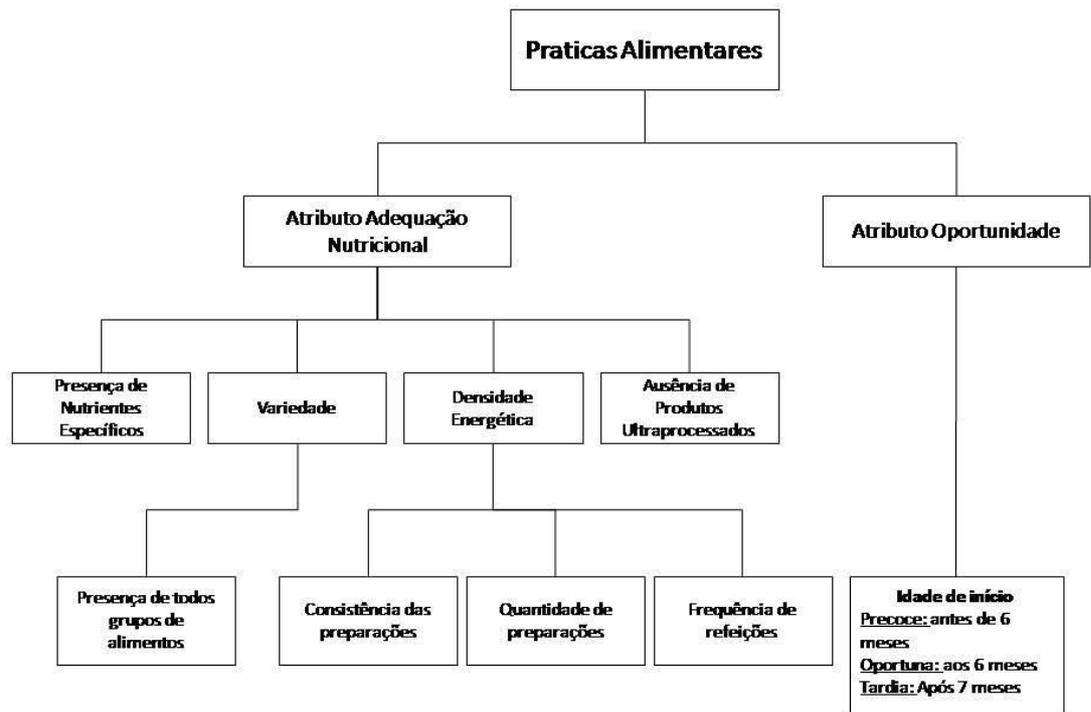


Figura 1 - Modelo de avaliação das Práticas Alimentares, adaptado de Oliveira (2015).

As análises foram realizadas no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. As variáveis categóricas foram expressas em percentual e valor absoluto, as variáveis contínuas simétricas, em média e desvio padrão; e as não simétricas, em mediana e intervalo interquartil do percentil 25 e 75.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS sob o nº de protocolo 17/0030. Os responsáveis pelas crianças foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 261 pares de mães e crianças, com suas principais características apontadas pela Tabela 1. A idade materna representa mulheres adultas jovens e com escolaridade referente ao ensino fundamental. A mediana da idade das crianças foi de 4,26 (2-9,2) meses, sendo que 60,2% (157) da amostra apresentava idade menor que seis meses. A média de idade gestacional está dentro dos padrões de normalidade, bem como o peso ao nascer. A maior parte da amostra representa a classe social C. Em relação ao estado nutricional, um terço da amostra foi classificada com excesso de peso.

Quanto às práticas alimentares, 80,5% (n = 210) das crianças receberam leite materno nas primeiras horas de vida e 60,9% (n = 159) da amostra ainda recebiam leite materno. Dentre as crianças não amamentadas exclusivamente, 90,3% (n = 176) receberam fórmula de primeiro semestre, com mediana de idade de introdução de 13,5 dias (1 - 47,5). Nas crianças que receberam fórmula de segundo semestre, a média de idade de introdução desta foi de 180 dias. A mediana de idade de introdução do leite de vaca nas crianças menores de um ano (n = 218) foi de 5 (3 - 5) meses, sendo que 21,6% (n = 47) das crianças até um ano haviam recebido leite de vaca.

Dentre as crianças que já haviam iniciado a alimentação complementar através da papa de fruta ou refeição principal (n = 128), a mediana de idade de introdução foi de 5 (4-6) meses. A tabela 2 apresenta as práticas alimentares através dos atributos oportunidade e adequação da alimentação complementar. Em relação à oportunidade, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses esteve presente em 25,3% (n = 66) da amostra, com mediana de duração de 45 (15-90) dias, e a introdução da alimentação complementar foi iniciada em tempo adequado (6 a 7 meses) em 57% (n = 73) da amostra. Em relação à adequação, a presença de alimentos fonte de vitamina A e ferro e a presença de todos os grupos alimentares esteve presente em grande parte da amostra. A consistência adequada esteve presente em torno de metade da amostra, sendo o maior equívoco era a oferta de alimentos pastosos e liquidificados. O consumo de alimentos ultraprocessados, contra indicado para crianças até os dois anos de idade, esteve presente fortemente na dieta da população estudada.

A figura 2 e 3 apresentam os dados referentes ao atributo adequação, descrevendo os marcadores individualmente através dos alimentos que os constituem. A figura 2 apresenta os alimentos representativos do consumo de vitamina A e ferro e relacionados à variedade. Observa-se o alto consumo de frutas, legumes, leguminosas, carnes entre outros alimentos que representam os diferentes grupos alimentares, caracterizando a variedade no consumo de

alimentos, dentre as crianças que já iniciaram a alimentação complementar. Dos alimentos apresentados, o grupo que representa fonte de ferro e vitamina A são as carnes, fígado, feijão/lentilha, ovo, abóbora/cenoura/brócolis, verduras de folhas, mamão/manga/pitanga. Os legumes e o grupo arroz/batata/aipim/macarrão representam, junto aos anteriores a variedade dos grupos alimentares. A figura 3 demonstra o consumo de alimentos ultraprocessados, sendo que os principais alimentos consumidos pelas crianças são balas, pirulitos e biscoitos.

DISCUSSÃO

Esse trabalho teve como objetivo descrever as práticas alimentares de crianças de zero a dois anos de idade, obtendo como principais resultados, a baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo; introdução precoce da alimentação complementar, da qual metade iniciou com consistência inadequada; além da alta prevalência no consumo de alimentos ultraprocessados.

As práticas alimentares em crianças de zero a dois anos ainda estão longe do ideal. O AME nos primeiros seis meses de vida não é uma realidade para a maioria das crianças, sendo introduzidas precocemente as fórmulas de seguimento e leite de vaca. Boa parte das crianças estudadas introduziu o leite de vaca aos 5 meses. Os dados da II PPAM mostram que a duração do AME foi de 1,8 meses e do AM complementar foi de 11,2 meses, apresentando mais tempo de AME que os dados de nosso estudo. Também mostrou que 41% das crianças menores de seis meses estavam em AME (BRASIL, 2009). Dados do Sistema Nacional de Vigilância em Alimentação e Nutrição (SISVAN) de 2016, mostram que em Porto Alegre/RS 56,8% receberam AME nos primeiros seis meses. Já em 2017, no Rio Grande do Sul (RS), 47% estavam em AME; menos que em 2016, onde o AME ocorria em 53% das crianças gaúchas. Os resultados do nosso estudo apresentam menores índices de AME e menor média de desmame que as pesquisas governamentais, mostrando a vulnerabilidade da população estudada em relação aos benefícios da manutenção do aleitamento materno. O mesmo foi demonstrado por Giesta et al (2017), onde 57.1% das crianças menores de seis meses estavam em AM, porém, somente 25% estavam em AME. Já entre as crianças maiores de seis meses, 49.3% estavam em AM, onde somente 5.4% receberam AME até os seis meses de idade. Schincaglia, 2015, observou em relação ao AME, baixa prevalência em todos os seguimentos da pesquisa, sendo encontradas 47,1% de crianças em AME aos 30 dias de vida, 22,3% no quarto mês e somente 4,7% no sexto mês de vida da criança. Verificou como consequência

desse processo, o aumento dos percentuais de introdução de outros alimentos no quarto mês de vida, mantendo o AM: água (54,1%), chás (31,5%), outros leites (18,0%) e sucos (11,5%).

No estudo de Bortolini et al (2013), que foi baseado em dados secundários da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006/7, recebiam leite materno 91,8% das crianças menores de seis meses e 61,5% das crianças de seis a 12 meses. Outros leites que não o materno, eram consumidos por 40,1% daquelas menores de seis meses, e 77,1% das crianças com idade entre seis e 12 meses. Entre as crianças que receberam outros leites, o de vaca foi consumido por 62,4% das menores de seis meses, e por 74,6% das de seis a 12 meses. O consumo de fórmulas infantis foi de 23% em crianças menores de seis meses e 9,8% na idade de seis a 12 meses. Esses resultados mostram elevado consumo de outros leites que não o materno, sendo introduzidos precocemente, trazendo o leite de vaca em maior frequência em substituição ao leite materno.

Nos resultados de um estudo de coorte de Maciel et al (2018), o percentual de crianças que estavam em AME no primeiro mês de vida era de 65,2%. Porém ao longo do tempo, a proporção de lactentes parcialmente amamentados aumentou significativamente para 72,6% no sexto mês. Neste estudo de coorte, as crianças foram acompanhadas de forma prospectiva, onde interrupções frequentes e retornos do aleitamento exclusivo foram detectados ao longo do acompanhamento.

Sabemos que a introdução precoce de alguns alimentos, a exemplo do leite de vaca, pode estar associada ao aumento do risco de algumas doenças e oferecer elevados teores de sódio, de cloretos, de potássio e de fósforo. A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda o seu consumo por crianças menores de um ano, por ser nutricionalmente inadequado, pois apresenta quantidades insuficientes de carboidratos, de ácidos graxos essenciais, de vitaminas e de minerais para essa faixa etária (SCHINCAGLIA; OLIVEIRA; SOUSA; MARTINS, 2015; BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2013). A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e complementado até os dois anos de idade da criança, ou mais, deve ser estimulada, ao mesmo tempo em que o oferecimento de outros leites para crianças deve ser inibido. Esse comportamento irá garantir inúmeros benefícios para a saúde das crianças e das mães, sendo garantia também de baixo custo. Na impossibilidade do aleitamento materno, que em raras situações algumas crianças não podem ser amamentadas, o leite de vaca não é recomendado antes de um ano de idade; além disso, a fórmula infantil está economicamente distante da realidade econômica da maioria da população brasileira. Logo, é de extrema importância o fomento às políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em todas as regiões brasileiras, para

reversão deste cenário observado, neste e nos demais estudos (BORTOLINI; VITOLO; GUBERT; SANTOS, 2013).

Em relação à introdução da alimentação complementar, em nosso estudo, mais da metade da amostra (57%) teve introdução da alimentação complementar em tempo adequado, mostrando que boa parte das crianças não recebeu a introdução da alimentação complementar na idade correta, sendo quase 40% precoce. Maciel et al (2018) nos apresenta que, mesmo no primeiro mês de vida, os grãos já são oferecidos aos bebês em forma de mingau com leite. No quarto mês, raízes, carnes, laticínios, frutas e vegetais já fazem parte das práticas alimentares dessas crianças. Porém a partir do sexto mês, verificou que a diversidade de alimentos de todos os grupos não estava adequada, sendo os alimentos mais ricos em carboidratos os mais frequentes, e carnes, feijões, legumes e frutas, os menos oferecidos. Nos resultados da II PPAM, 2009, 20,7% das crianças entre os 3 e 6 meses de vida já consumia a papa principal e 24,4% consumiam frutas, nesta idade. No estudo de Lopes et al, 2018, as crianças já recebiam água (56,8%), suco natural/ fórmula infantil (15,5%) e leite de vaca (10,6%) aos três meses de vida.

Em nosso estudo, ao longo da alimentação complementar, os marcadores referentes ao atributo adequação mostraram que uma alimentação variada é oferecida, representando a maioria da amostra com ingestão de todos os grupos alimentares e alimentos fonte de vitamina A e ferro.

Segundo Bortolini et al (2012), 12,7% das crianças de 6 a 59 meses consumiam diariamente verduras de folhas, 21,8% legumes e 44,6% frutas. As carnes estavam presentes em 24,6% do consumo. A frequência da ingestão de feijão e arroz foi de 66,2% e 77,4%, respectivamente. Com relação ao marcador consistência adequada, apenas 52,3 % estavam adequados, trazendo a informação de que grande parte das crianças receberam papas liquidificadas ao iniciar a alimentação complementar, e não progredem adequadamente a consistência ao longo dos meses. De acordo com WHO/PAHO (2003), deve-se aumentar gradualmente a consistência e a variedade dos alimentos à medida que a criança vai crescendo, adaptando-se às necessidades e habilidades do bebê. Quando alimentos de consistência inadequada são oferecidos, a criança pode ser incapaz de consumir mais do que uma quantidade trivial, ou pode demorar tanto para comer, que essa ingestão de alimentos fica comprometida.

O último marcador referente ao atributo adequação nos traz uma realidade preocupante, pois mais de 60% das crianças do presente estudo consomem alimentos ultraprocessados (AUP) incluindo bebidas açucaradas, guloseimas e produtos alimentícios.

No estudo de Giesta et al (2017), os alimentos de maior consumo entre as crianças antes dos dois anos de idade foram bolachas (65,7%), gelatina (62,3%) e queijo petitsuisse (58,3%). Os AUP introduzidos antes dos seis meses foram gelatina (27%), queijo petitsuisse (23,7%) e bolacha sem recheio (19,7%). Após os seis meses de idade, 46% das crianças receberam bolacha sem recheio, 35,3% gelatina e 34,7% queijo petitsuisse.

Altos índices de consumo de AUP também aparecem nos dados da II PPAM, onde as prevalências do consumo de bolachas/salgadinhos (71,7%), refrigerantes (11,6%) e café (8,7%) entre crianças de 9 a 12 meses de vida mostram a contribuição de alimentos com alta densidade energética e baixa teor nutricional. WHO/PAHO (2003), Bortolini et al (2012) e Lopes et al (2018) nos trazem a mesma realidade, com alto consumo de doces, biscoitos, salgados, refrigerantes e macarrão instantâneo antes de um ano de idade.

Os resultados encontrados em nosso estudo, e confirmados nos demais estudos citados, são realmente preocupantes. Os primeiros dois anos de vida, incluindo o período intrauterino, representam um período sensível a fatores metabólicos e nutricionais, os quais podem levar a consequências a curto e longo prazo (idade adulta) na saúde do indivíduo. Práticas alimentares não saudáveis na infância, baseadas pela ingestão de alimentos ultraprocessados com alto teor de açúcar, sódio e gordura, tem um impacto negativo na saúde das crianças, oferecendo inadequação do consumo de micronutrientes e aumento do risco para excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. As intensas mudanças sócio-econômicas têm grande impacto na dificuldade das famílias em manter uma alimentação adequada. Frente a este cenário, o grande desafio do profissional de saúde no apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável é superar a sua prática, transmitindo não somente conhecimento técnico, mas, principalmente, apresentar habilidades e atitudes para receber dúvidas, preocupações, dificuldades das mães/cuidadores e seus familiares, que propicie disponibilidade e percepção para propor ações possíveis ao contexto de cada família (JAIME et al, 2016; GIESTA et al, 2017; BRASIL, 2010; BRASIL, 2015b).

Ressaltamos que este trabalho teve como ponto forte o uso de um instrumento pioneiro e atual, trazendo o modelo conceitual apresentado para analisar as práticas alimentares de uma população com altos índices de vulnerabilidade. Destaca-se também que esse trabalho utilizou dados preliminares, visto que nossa amostra ainda não está completa, sendo limitação do nosso estudo.

Conclui-se, portanto, através deste estudo, práticas alimentares inadequadas para a faixa etária estudada, representadas por baixos índices de aleitamento materno exclusivo, assim como a introdução precoce da alimentação complementar, e o expressivo consumo de alimentos

ultraprocessados. Estes achados apontam a necessidade de mais informações por parte dos pais e/ou cuidadores e estas devem ser mais direcionadas aos hábitos alimentares saudáveis nas diferentes fases do desenvolvimento infantil, sendo essencial o acesso à rede de serviços de saúde com profissionais preparados para atuar e entender o contexto no qual a criança está inserida, com o objetivo de atingir práticas alimentares mais saudáveis e apropriadas para faixa etária.

Acreditamos sobre a necessidade de novos estudos de maior abrangência sobre alimentação na primeira infância, visto a importância das práticas alimentares nos primeiros anos de vida do indivíduo, sendo estas a base para a formação de hábitos na idade adulta. Estes sendo saudáveis proporcionarão melhor qualidade de vida e menor risco para doenças diversas.

Tabela 1. Características sociais, maternas, gestacionais e classificação nutricional de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre/RS.

	Média (DP)
Idade materna (anos)	26,77 (6,56)
Anos estudo mãe	8,77 (2,35)
Idade gestacional	38,05 (2,54)
Peso ao nascer (Kg)	3,127 (596,63)
	Mediana (IQ)
Idade da criança (meses)	4,26 (2 - 9,2)
Número de gestações	2 (1 - 3)
	% (n)
Situação conjugal materna	
Com companheiro	78,2 (204)
Classe social	
A - B	17,2 (45)
C	62,8 (164)
D - E	19,9 (52)
Classificação IG	
Pré-termo	20,3 (53)
A termo	79,3 (207)
Classificação P/E	
Adequado	57,5 (150)
Baixo peso	12,6 (33)
Excesso de Peso	29,9 (78)
Classificação E/I	
Adequado	82,8 (216)
Baixa estatura	16,5 (43)

Legenda: IG: Idade gestacional, P/E: Peso para estatura, E/I: Estatura para idade

Tabela 2. Práticas alimentares – Atributos Oportunidade e Adequação de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre/RS.

	%	N
ATRIBUTO OPORTUNIDADE		
Aleitamento materno exclusivo até 6 meses		
Sim	25,3	66
Total		261
Introdução Alimentação Complementar		
Adequada	57	73
Precoce	39,06	50
Tardia	3,90	5
Total		128
ATRIBUTO ADEQUAÇÃO		
Presença de vitamina A e ferro		
Sim	83,6	10
Total		128
Presença de todos os grupos alimentares		
Sim	62,5	80
Total		128
Consistência adequada dos alimentos		
Sim	52,3	67
Total		128
Consumo de alimentos ultraprocessados		
Sim	60,2	77
Total		128

Figura 2 – Percentual do consumo de alimentos representativos do atributo adequação (Consumo de alimentos fonte de vitamina A e ferro) e variedade de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre/RS.

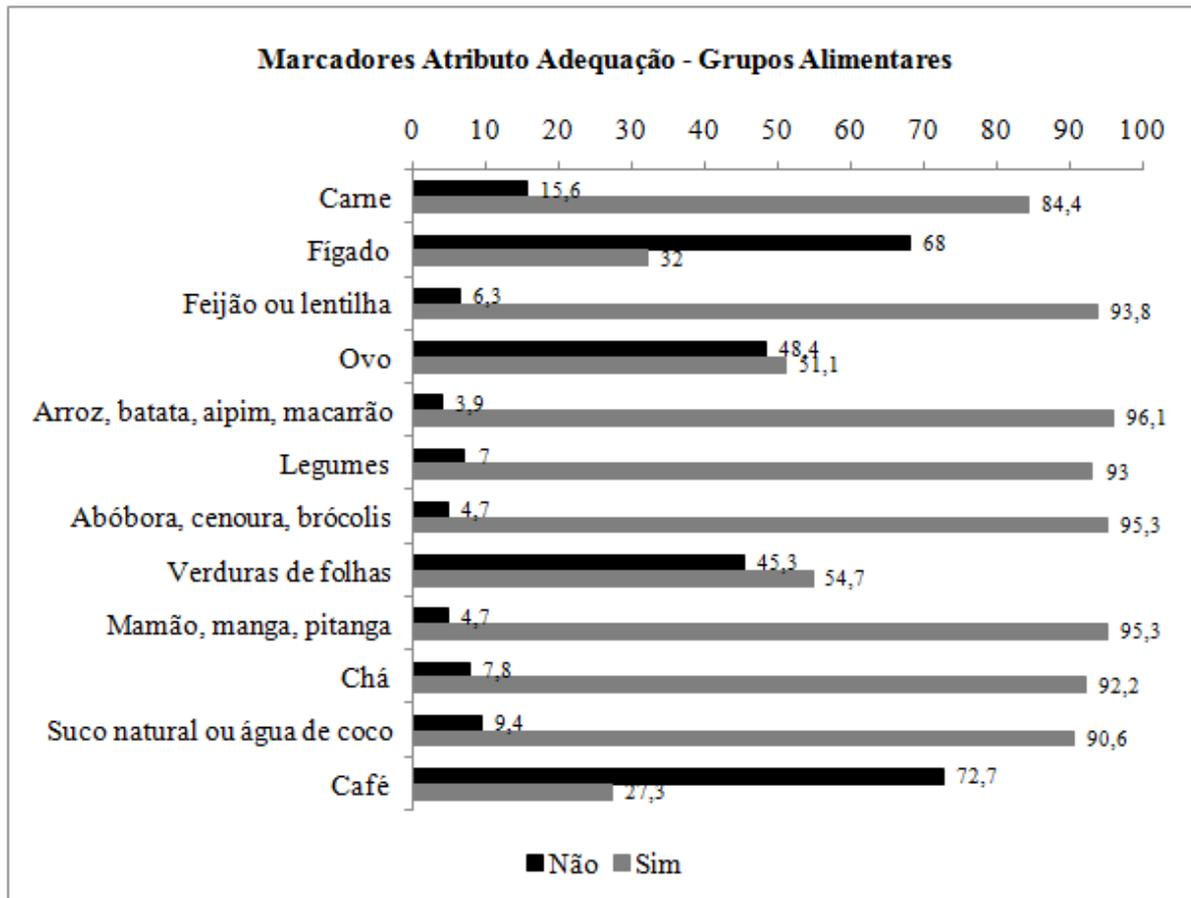
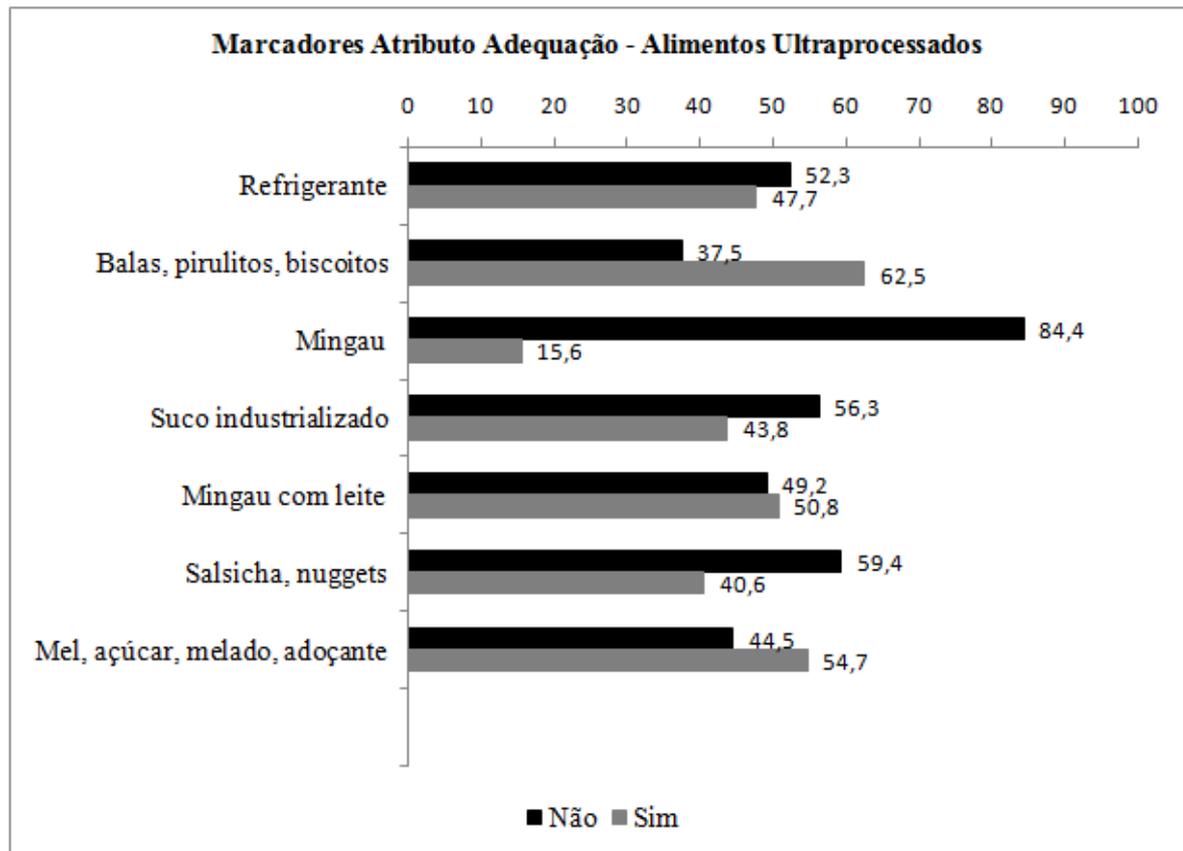


Figura 3 - Percentual do consumo de alimentos ultraprocessados representativos do atributo adequação de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre/RS.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORTOLINI, G. A.; Gubert, M.B.; Santos, L.M. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, 2012.

BORTOLINI, G.A.; Vitolo, M.R.; Gubert, M.B.; Santos, L.M. Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 89, n. 6, p. 608-613, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos – um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**, p.61, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FENTON, T.R. et al. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. **BMC Pediatr.**, v. 20, p. 13-59, 2013.

FRIQUES, A. **Nutrição materno - infantil**. São Paulo: Pandorga, 2017.

GIESTA JM; Zoche, E.; Corrêa, R.S.; Bosa, V.L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Cien Saúde Colet** (2017/Out). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-introducao-precoce-de-alimentos-ultraprocessados-na-alimentacao-de-criancas-menores-de-dois-anos/16467?id=16467&id=16467&id=16467>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

JAIME, P.C.; Frias, P.G.; Monteiro, H.O.; Almeida, P.V.; Malta, D.C. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 16, n. 2, p. 159-167, 2016.

LOPES, W.C.; Marques, F.K.; Oliveira, C.F.; Rodrigues, J.A.; Silveira, M.F.; Caldeira, A.P.; Pinho, L. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, 2018.

MACIEL B.L.L.; Moraes, M.L.; Soares, A.M.; Cruz, I.F.; Andrade, M.I.; Filho, J.Q.; et al. Infant feeding practices and determinant variables for early complementary feeding in the first 8 months of life: results from the Brazilian MAL-ED cohort site. **Public Health Nutrition**, 2018.

NATACCI, L.C. **Dietbook gestante**. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

OLIVEIRA, J.M; Castro, I.R.; Silva, G.B.; Venancio, S.I; Saldiva, S.R. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 377-394, 2015.

PASSANHA, A.; Benicio, M.H.; Venancio, S.I. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 36 no. 2. São Paulo, 2018.

RELVAS GR; Buccini GD; Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Jornal de Pediatria - Rio de Janeiro**, 2018.

SCHINCAGLIA, R.M.; Oliveira, A.C.; Sousa, L.M.; Martins, K.A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.

SISVAN. **Sistema Nacional de Vigilância em Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>> Acesso em: 15 jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: Manual de Orientação. São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2009.

SOUZA R.L.; Matos, C.C.; Rodrigues, A.G.; Borges, F.S.; Carneiro, C.L.; Souza, K.A.; et al. Avaliação nutricional de crianças de 0 a 2 anos em uma comunidade na cidade de Araguaína - TO – Estudo de coorte prospectivo. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.2, Pub.3, Agosto 2015.

VENANCIO, S.I.; Escuder, M.M.; Saldiva, S.R.; Giugliani, E.R. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria** - V. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VICTORA, C.G; Bahl, R.; Barros, A.J.; França, G.V.; Horton, S.; Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. **Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents**. Bulletin of the World Health Organization, v. 85, p. 660-667, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO/PAHO. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003.

6 CONCLUSÃO

A experiência de elaborar esse trabalho possibilitou reconhecer a importância do Nutricionista junto aos demais profissionais de saúde, na busca permanente em garantir a informação correta e acessível à população, a fim de garantirmos melhores índices das práticas alimentares das crianças na primeira infância.

Frente à vasta literatura que se tem acesso, pode-se afirmar que estamos longe da realidade ideal quanto à garantia de saúde da população, visto que os primeiros anos de vida são a base para os demais, e a formação de hábitos, principalmente de alimentação, nesta fase irá proporcionar boa saúde ou não, no futuro.

A prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses está longe do recomendado. A introdução da alimentação complementar mostrou-se precoce, o que pode afetar diretamente o sucesso do aleitamento materno.

Práticas alimentares inadequadas identificadas neste estudo são capazes de comprometer a saúde das crianças e aumentam muito o risco para diversas doenças a curto, médio e longo prazo. Doenças que podem acompanhar o indivíduo por toda sua vida, devido a hábitos inadequados, iniciados nos primeiros anos de vida. Em razão disso, ressalta-se a importância de realizar ações para a promoção do aleitamento materno acompanhadas de orientações para a introdução da alimentação complementar.

Profissionais da saúde têm papel fundamental na orientação e informação de práticas alimentares saudáveis, sendo promotores ativos de saúde para crianças e cuidadores.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: *Relação entre práticas alimentares com condições clínicas e crescimento de crianças de 0 a 12 meses de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre*

Você e seu filho(a) estão sendo convidados a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a relação entre as condições clínicas, vulnerabilidades sociais e práticas alimentares com o estado nutricional de crianças de 0 a 2 anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Setor de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: Você deverá responder a um questionário com algumas perguntas sobre você e a sua família. Também responderá a perguntas sobre seu filho (a) como hábito alimentar, hábitos de sono e episódios de sibilância da criança, fatores pré e pós-natal. Estas perguntas serão realizadas por uma das pesquisadoras que anotará as suas respostas. Esta entrevista será realizada em uma sala da unidade e você levará em torno de 45 minutos para responder aos questionamentos. Serão medidos peso e altura de seu filho(a). Também serão coletadas informações do prontuário on-line da criança, como por exemplo: o peso e o comprimento atual do seu(a) filho(a). Por isso, solicitamos a sua autorização para realizar este acesso.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, apenas o possível desconforto do tempo de resposta ao questionário.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, podendo beneficiar futuros pacientes.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você ou seu filho(a) recebem ou possam vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Vera Lúcia Bosa, pelo telefone (51) 3308 5766, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome do participante de pesquisa (criança)

Nome da participante de pesquisa (mãe)

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Local da Coleta: 1() Internação 10°N 2() Internação 10°S 3() Emergência
Pediátrica

Você foi convidado a responder questões a respeito da pesquisa “**RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS, VULNERABILIDADES SOCIAIS E PRÁTICAS ALIMENTARES NO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE VIDA INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**”

1) Qual o seu nome

completo? _____

2) Qual o nome completo do seu

filho? _____

Número prontuário: _____

Dados da Mãe e Condições Sociais:

Vamos agora fazer algumas perguntas sobre você e sua família.

3) Qual a sua data de nascimento(dd/mm/aaaa)? ____/____/____

4) Quantos anos completos você tem? ____ anos

5) Qual o seu estado civil atual?

1() Com companheiro

2() Sem companheiro

6) Quantas pessoas que vivem em sua residência (contando com você)?

____ pessoas

7) Quem é o chefe da sua família?

1() Você me

2() Companheiro que não seja o pai da criança

3() Companheiro e pai da criança

4() Outro, especificar: _____

8) Qual a escolaridade do chefe da sua família?

1() Analfabeto

2() 1º grau incompleto

3() 1º grau completo

4() 2º grau incompleto

5() 2º grau completo

6() 3º grau incompleto

7() 3º grau completo (superior)

8() Não sabe

9() Outra.

Especificar:

9) Até que ano estudou? ____ anos

10) Qual a sua escolaridade (Caso não seja o chefe da família)?

1() Analfabeto

2() 1º grau incompleto

3() 1º grau completo

4() 2º grau incompleto

5() 2º grau completo

6() 3º grau incompleto

7() 3º grau completo (superior)

8() Não sabe

9() Outra.

Especificar:

11) Até que ano estudou? ____ anos.

12) Qual a escolaridade do pai da criança (Caso não seja o chefe da família)?

1() Analfabeto

2() 1º grau incompleto

3() 1º grau completo

4() 2º grau incompleto

5() 2º grau completo

6() 3º grau incompleto

7() 3º grau completo (superior)

8() Não sabe

9() Outra.

Especificar:

13) Você possui trabalho remunerado? 1() Não 2() Sim

qual: _____

14) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)?

Renda: R\$ _____ ou _____ Salários mínimos ou quais benefícios? _____

15) A casa em que você mora possui quantos (as) (não vale quebrado/quebrada):

1. Banheiros (não contar coletivos)? 0() Nenhuma 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

2. Carros (não contar de serviço)? 0() Nenhuma 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

3. Motocicleta? 0() Nenhum 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

4. Máquinas de lavar (não vale tanquinho)? 0() Nenhum 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

5. Secadora de roupa? 0() Nenhum 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

6. Videocassetes e/ou DVDs? 0() Nenhuma 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

7. Micro-ondas? 0() Nenhum 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

8. Geladeiras? 0() Nenhuma 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

9. Freezers ?* 0() Nenhuma 1() Uma 2() Duas 3()

Três 4() Quatro ou mais

*(aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

16) Empregados(as) domésticos(as) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, cinco ou mais dias por semana? 0() Nenhuma 1() Uma 2()

Duas 3() Três 4() Quatro ou mais

17) Há disponibilidade de água potável, rede de esgoto e coleta de lixo domiciliar? _____

18) Você possui outros filhos? 1() Não 2() Sim, quantos?

CONDIÇÕES DE SAÚDE E VULNERABILIDADES

Agora, gostaríamos que você respondesse a respeito de sua saúde.

19) Você costuma frequentar a unidade de saúde? 1() Não 2() Sim

20) Você realizou pré-natal? 1() Não – Pule para 22 2() Sim Em que local:

21) Quantas consultas de pré-natal realizou? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou mais

22) Qual seu peso antes de engravidar? _____

23) Quanto de peso ganhou durante a gestação? _____

24) Número de gestações? _____

25) Você usou algum tipo de droga durante a gestação? 1() Não 2() Sim

26) Você fumou durante a gestação? 1() Não – Pule para 28 2() Sim

27) Fuma atualmente? 1() Não 2() Sim. Quantos por dia? _____

28) Você ingeriu bebida alcoólica durante a gestação? 1() Não – Pule para 30 2() Sim

- 29) Com que frequência? 1() Uma vez semana
2() Todos os dias
3() Aos finais de semana
4() Comemorações
- 30) Você foi diagnosticada com hipertensão na sua gestação?
1() Não – Pule para 32 2() Sim 3() Já era hipertensa
- 31) Qual a classificação de sua hipertensão?
1() Pré-eclâmpsia 2() Hipertensão crônica 3() Eclampsia
4() Pré-eclâmpsia superposta à HC 5() Hipertensão gestacional 6() NSA
- 32) Possui histórico familiar de hipertensão? 1() Não 2() Sim 3() NSA
- 33) Você apresentou diabetes durante sua gestação?
1() Não – Pule para 35 2() Sim 3() Já era hipertensa
- 34) Qual a classificação da sua diabetes?
1() DM1 2() DM2 3() Diabetes Gestacional (DMG)
- 35) Você possui histórico familiar de diabetes? 1() Não 2() Sim
- 36) Você apresentou alguma outra doença na sua gravidez? 1() Não 2() Sim
Qual: _____
- 37) Onde costumam a levar a criança para as consultas de rotina?
1() Serviço particular ou convênio - pule para questão 39
2() Rede pública
- 38) Qual a Rede pública? 1() UBS 2() PACS/ESF 3() outro
- DADOS DA CRIANÇA E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA CRIANÇA**
- 39) Qual a data de nascimento (dd/mm/aaaa) do seu filho? ____ / ____ / ____
- 40) Idade? _____
- 41) Qual o sexo da criança? () Masculino -M () Feminino- F
- 42) Com quantas semanas nasceu? _____
- 43) Qual foi o peso da criança ao nascer? _____
- 44) Qual foi o comprimento da criança ao nascer? _____
- 45) Seu filho vai à creche ou escolinha? 1() Não- Pule para 48 2() Sim
- 46) Em qual turno? 1() turno integral 2() meio turno
- 47) Desde quando? _____ dias de vida da criança – Pule para 50
- 48) Onde fica? 1() Em casa 2() Casa de um familiar 3() Outros

- 49) Quem é o responsável? _____
- 50) Qual o número de consultas seu(sua) filho(a) já foi no primeiro ano de vida? _____ vezes
- 51) Quantas vezes seu(sua) filho(a) foi internado no primeiro ano de vida? _____ vezes. Por quais motivos? _____
- 52) Quantas vezes seu filho frequentou a emergência neste último ano (sem necessitar de internação)? _____ vezes. Por quais motivos? _____
- DADOS DO PRONTUÁRIO**
- 53) Peso atual da criança: _____ g
- 54) Comprimento atual da criança: _____ cm
- 55) Qual o motivo da internação atual? _____
Agora questionarei especificamente sobre doenças respiratórias.
- 56) Seu bebê teve sibilâncias/chiado no peito/bronquite? 1() não 2() sim
- 57) Seu bebê teve mais de três episódios de sibilância/chiado no peito/bronquite? 1() não 2() sim
- 58) Seu bebê recebeu medicamentos inalados para aliviar o chiado no peito por nebulizadores ou inaladores? 1() não 2() sim

- 59) Seu bebê recebeu tratamento com corticoides inalados (bombinhas=beclometazona, budesonida, mometasona, triancinolona e fluticazona)? 1 () não 2 () sim
- 60) Seu bebê recebeu tratamento com antileucotrienos (montelucaste e zafirlucaste)? 1 () não 2 () sim
- 61) Corticóides orais (prednisona e prednisolona)? 1 () não 2 () sim
- 63) Acordou a noite por tosse, sufocação ou chiado no peito algumas vezes ou mais? 1 () não 2 () sim
- 64) Nestes dias as sibilâncias ou chiado no peito foram tão fortes a ponto de ser necessário levá-lo a um serviço de emergência? 1 () não 2 () sim
- 65) Nestes últimos dias a sibilância ou chiado no peito foram tão fortes que você alguma vez o encontrou com muita dificuldade para respirar (com falta de ar)? 1 () não 2 () sim
- 66) Seu bebê já foi hospitalizado (internado em hospital) por bronquite? 1 () não 2 () sim
- 65) Algum médico lhe disse alguma vez que seu bebê tem asma? 1 () não 2 () sim
- 67) Seu bebê já teve pneumonia? 1 () não 2 () sim
- 68) Seu bebê já esteve hospitalizado por pneumonia? 1 () não 2 () sim
- 69) Seu bebê tem familiares com asma? 1 () não 2 () sim
- 70) Algum médico lhe disse alguma vez que seu filho tem dermatite atópica? 1 () não 2 () sim
- 71) Seu filho tem alergia a algum alimento? 1 () não 2 () sim
- 72) Você acha que seu bebê está apresentando chiado no peito ou bronquite neste momento? 1 () não 2 () sim
- As próximas perguntas são referentes ao sono do seu(sua) filho(a).*
- 73) Qual é sua organização para dormir? 1 () Berço em quarto separado
2 () Berço no quarto dos pais
3 () Na cama dos pais
4 () Berço no quarto dos irmãos
5 () Outro. Especificar _____
- 74) Em qual posição ele(a) dorme na maior parte das vezes?
1 () Barriga para baixo
2 () De lado
3 () De costas
- 75) Quanto tempo ele(a) passa dormindo durante a NOITE (entre 7 da noite e 7 da manhã)?
Horas: _____ Minutos: _____
- 76) Quanto tempo ele(a) passa dormindo durante o DIA (entre 7 da manhã e 7 da noite)?
Horas: _____ Minutos: _____
- 77) Média da vezes que ele(a) acorda por noite? _____ vezes
- 78) Quanto tempo você leva para fazê-lo(a) dormir?
Horas: _____ Minutos: _____
- 79) Como ele(a) adormece? 1 () Sendo alimentado
2 () Sendo embalado
3 () No colo
4 () Sozinho na cama
5 () Na cama perto dos pais
- 80) Que horas ele(a) normalmente adormece à noite?

Horas: _____ Minutos: _____

81) Você considera o sono de seu(sua) filho(a) um problema?

1() Um problema muito grave 2() Um problema pouco grave 3() Não considera um problema

HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA

As próximas perguntas referem-se à alimentação do seu filho.

82) A criança mamou no peito nas primeiras horas de vida? 1() Não 2() Sim

–Pula para questão 84

83) Se não mamou no peito, nas primeiras horas, o que recebeu?

1() Solução glicosada via oral

2() Soro glicosado endovenoso

3() Fórmula 1º Semestre

4() Outro. Qual?

5() Não sabe

84) Seu filho ainda mama no peito? 1() Não 2() Sim – Pula para questão 86

85) Se não, quando parou de amamentar? Idade da criança _____

86) O seu filho recebe ou recebeu outro leite que não o materno? 1() Não–

Pula para questão 89 2() Sim

87) Se sim, quando introduziu? _____ dias de vida do seu filho.

88) Qual o tipo de leite oferecido?

1. Leite de primeiro semestre – NAN1, Milupa1, Aptamil1, Nestogeno1

1() Não 2() Sim Idade _____

2. Leite de seguimento – NAN2, Nestogeno2, Milupa2, Aptamil2

1() Não 2() Sim Idade _____

3. Leite de vaca – Em pó, caixinha ou saquinho

1() Não 2() Sim Idade _____

4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk.

1() Não 2() Sim Idade _____

5. Outro tipo de leite. Qual?

_____ Idade _____

89) Tomou água? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

90) Tomou chá? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

91) Tomou suco de fruta natural ou água de coco? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

92) Tomou suco industrializado em pó? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

93) Tomou refrigerante? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

94) Tomou café? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

95) Comeu mingau com leite? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

96) Comeu outro tipo de mingau? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

97) Comeu mamão, manga ou pitanga? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

98) Comeu alimento adoçado com mel, açúcar, melado, adoçante? 1() Não 2() Sim

3() Não sabe

99) Comeu balas, pirulito, bolachas, salgadinho de pacote ou outras

guloseimas? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe

100) Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)? 1() Não – pule para questão

103 2() Sim 3() Não sabe – pule para questão 103

101) A comida oferecida foi:

1() Igual à da família

2() Preparada só para a criança

3 () Industrializada

4 () Não sabe

102) A comida oferecida foi: 1 () Amassada

2 () Em pedaços

3 () Passada na peneira

4 () Liquidificada

5 () Não sabe

103) Comeu algum tipo de carne? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

104) Comeu fígado? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

105) Comeu feijão ou lentilha? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

106) Comeu ovo? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

107) Comeu arroz, batata, aipim ou macarrão sem ser miojo? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

108) Comeu legumes? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

109) Comeu abóbora, cenoura ou brócolis? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

110) Comeu verduras de folhas? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

111) Comeu ultraprocessados (salsicha, nuggets, macarrão tipo miojo)? 1 () Não 2 () Sim 3 () Não sabe

112) Com qual consistência utilizada na alimentação atual do seu(sua) filho(a)?

1 () Em forma de sopas, predominantemente líquidos

2 () Papas liquidificadas e/ou peneiradas

3 () Papas amassadas, consistência pastosa

4 () Alimentos com pequenos pedaços

5 () Consistências da alimentação da família

ANEXO C – Normas da Revista Paulista de Pediatria

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.
- Cartas ao editor: 400 palavras no máximo. As cartas devem fazer referência a artigo publicado nos seis meses anteriores à publicação definitiva; até 3 autores e 5 referências; conter no máximo 1 figura ou uma tabela. As cartas estão sujeitas à editoração, sem consulta aos autores.

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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html

Para registro, acessar: <http://www.ensaioclinicos.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 Ensaio Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaioclinicos.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 ClinicalTrialsRegistration 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 disto, 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.

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.

Todos os documentos obrigatórios estão disponíveis em: <http://www.rpped.com.br/documents-requireds>

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 e 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, tabelas, figuras e gráficos – Não colocar os nomes dos autores neste arquivo; 6) Arquivo 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 “Novas 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 key-words*; 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. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados, preferencialmente, por extenso e na língua original da instituição; ou em inglês quando a escrita não é latina (Por exemplo: Grego, Mandarim, Japonês...).

- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um 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 "nada a declarar".
- 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 do 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 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 4 tabelas por artigo e 2 ilustrações, entre 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 uma lauda para cada uma. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo \pm . 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 na página de rosto, antes do 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 sobrescritos, sem parênteses e 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, conforme os exemplos a seguir.

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

Jih WK, Lett SM, desVignes FN, 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 N, 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.

c. Sem autores:

No-referred authorship. 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 2002 Jul 5.

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*. In press 2002.

Artigos em português

Seguir o estilo acima.

2. Livros e Outras MonografiasLivros:

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

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. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. 2nd 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*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Irlanda. p. 182-91.

Resumos publicados em anais de Congressos:

Blank D, Grassi PR, Schlindwein 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*; 1993 May 20-23; Atlanta, USA. p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

Afiune JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [master's thesis]. São Paulo (SP): USP; 2000.

Aguiar CR. Influência dos níveis séricos de bilirrubina sobre a ocorrência e a evolução da sepse neonatal em recém-nascidos pré-termo com idade gestacional menor que 36 semanas [PhD thesis]. São Paulo (SP): USP; 2007.

3. Outros materiais publicadosArtigos 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*. 2002 Aug 12. p.1.

Leis, portarias e recomendações:

Brazil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RN na sala de parto. Portaria SAS/MS 96, 1994.

Brazil - 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.

Brazil – Presidência da República. Decreto nº 6.871, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei nº 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. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm

Obs: se o material for disponível na internet, colocar Available from: <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 [serial on the Internet]. 2002;102(6) [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H. Improving palliative care for cancer [homepage on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Homepage/web site:

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [homepage on the Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Brazil - Ministério da Saúde - DATASUS [homepage on the Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [cited 2007 Feb 10]. Available from:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.