

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Kahena Zarth

**OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NAS DIETAS  
PEDIÁTRICAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Porto Alegre**

**2021**

Kahena Zarth

OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NAS DIETAS  
PEDIÁTRICAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO

Trabalho de conclusão de residência do Programa de Pós-Graduação Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Especialização em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Lúcia Bosa

Co-orientadora: Ms. Ester Zoche

Colaboradora: Dr<sup>ª</sup>. Thais Ortiz Hammes

Porto Alegre

2021

#### CIP - Catalogação na Publicação

Zarth, Kahena  
OPERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NAS DIETAS  
PEDIÁTRICAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / Kahena Zarth. -- 2021.  
48 f.  
Orientadora: Vera Lúcia Bosa.

Coorientadora: Ester Zoche.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde da Criança - Nutrição,  
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Alimentos industrializados. 2. Nutrição da  
Criança. 3. Obesidade Pediátrica. 4. Saúde da Criança.  
5. Dieta. I. Bosa, Vera Lúcia, 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).

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	<b>4</b>
<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Classificação dos alimentos frente ao cenário nutricional</b>	<b>7</b>
2.1.1 Classificação NOVA	8
<b>2.2 Ultraprocessados e desfechos em saúde</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Transição nutricional, da desnutrição à obesidade</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Nutrição na infância e adolescência</b>	<b>12</b>
2.4.1 Alimentação da criança em fase pré-escolar e escolar	12
2.4.2 Alimentação na fase da adolescência	13
<b>2.5 Hospitalização infantil</b>	<b>14</b>
<b>3. HIPÓTESE</b>	<b>16</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>MÉTODOS</b>	<b>23</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO 2 - CARTA DE APROVAÇÃO</b>	<b>47</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Fluxograma de composição da amostra \_\_\_\_\_ 32
- Tabela 1 - Frequência de oferta de alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e ultraprocessados nos cardápios mensais das dietas pediátricas hospitalares \_\_\_\_\_ 33
- Figura 2 - Distribuição da oferta de alimentos ultraprocessados nas refeições dos cardápios das dietas pediátricas hospitalares \_\_\_\_\_ 34
- Tabela 2 - Número de alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e ultraprocessados nas preparações culinárias que contém a presença de alimentos ultraprocessados \_\_\_\_\_ 35
- Figura 3 - Análise da composição das preparações e dos alimentos ofertados nos cardápios das dietas pediátricas hospitalares \_\_\_\_\_ 36

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Alimentos Ultraprocessados	<b>AUP</b>
Organização Mundial da Saúde	<b>OMS</b>
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	<b>DCNT</b>
Pesquisa de Orçamentos Familiares	<b>POF</b>
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar	<b>PeNSE</b>

## 1.INTRODUÇÃO

Segundo, Monteiro et al. (2016), alimentos ultraprocessados são formulações industriais produzidas com cinco ou mais ingredientes como, por exemplo, óleos, açúcar e sal, bem como conservantes, estabilizantes e antioxidantes. Dentre as características que tornam estes itens mais atrativos para o consumo estão a praticidade, o baixo custo, a hiperpalatabilidade e a publicidade agressiva, que por muito tempo, eram pensadas com objetivo de atrair o público infantil. (HENRIQUES et al., 2012) A compra e consumo desse tipo de alimento aumentou drasticamente nos últimos anos nas famílias brasileiras. (MONTEIRO et al., 2011) Por consequência, a ampliação da produção de ultraprocessados, bem como a mudança no estilo de vida dos indivíduos contribuíram para o aumento dos casos relacionados ao excesso de peso e obesidade na população. (MARTINS et al., 2013)

A infância é considerada uma fase essencial na formação dos hábitos alimentares. A exposição constante a alimentos variados em cores, sabores e texturas constroem a base do padrão alimentar de cada indivíduo. Apesar do aumento da disseminação das informações e das políticas públicas sobre alimentação saudável nos últimos anos, é sabido que grande maioria das crianças são expostas a padrões alimentares desordenados e produtos industrializados em demasia. Em contrapartida, nota-se uma diminuição na oferta de alimentos naturais, fundamentais para o bom desenvolvimento e crescimento, como as frutas e verduras em variedade e quantidade adequadas. (CANELLA et al., 2018, MENEZES; MEIRELLEST; WEFFORT, 2011)

À vista deste contexto, algumas medidas de políticas públicas foram pensadas, como no caso do Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual foi lançado primeiramente em 2006 e em sua mais recente versão em 2014. Este instrumento preconiza e valoriza a alimentação saudável e a comensalidade, além de ter como principal orientação o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados como base da alimentação. Em contrapartida, o consumo de alimentos processados e ultraprocessados devem ser evitados para manter uma alimentação equilibrada e nutritiva em qualquer fase da vida. (BRASIL, 2014a; LOUZADA et al., 2019)

Sabe-se que, somente em Porto Alegre, durante o período de 2010 a 2013, 149.817 crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos tiveram necessidade de ser internados

nos hospitais da capital, representando 21,7% do total de internações do período. (CABRAL; KRANZ; ROSA, 2013) Neste contexto, uma parcela da população das crianças e jovens brasileiros necessitam de cuidados assistenciais, permanecendo internados, por vezes, por longos períodos. (FERREIRA; FRANÇA, 2002)

Sendo o hospital um ambiente voltado à promoção de saúde (SILVA et al., 2011), evidencia-se a importância de utilizar o período intra-hospitalar para estimular hábitos alimentares mais saudáveis. A alimentação ofertada aos pacientes durante a internação deve estar em conformidade com as principais diretrizes brasileiras, além de fornecer aporte nutricional adequado à condição clínica de cada paciente. (ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006) Abordar a presença dos alimentos ultraprocessados nas dietas hospitalares é fundamental devido ao aumento do consumo destes, principalmente pelas crianças e adolescentes (AZEVEDO et al., 2017, COELHO; MACEDO; PEREIRA, 2017), bem como pelo incremento dos casos de sobrepeso e obesidade na população infantil. (JARDIM; SOUZA, 2017) Além do mais, estudos que levantam dados sobre o uso deste tipo de alimento em dietas hospitalares são inexistentes.

Deste modo, a partir da demanda proposta pelo Serviço de Nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, torna-se necessário decompor os padrões de dietas pediátricas e descrever os alimentos que são ofertados durante a internação, com o objetivo de reduzir ao mínimo possível o uso de alimentos ultraprocessados. A partir da descrição será possível contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade da alimentação ofertada e, conseqüentemente, do quadro clínico do paciente.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Classificação dos alimentos frente ao cenário nutricional

Na última década, a alimentação mundial passou por diversas transformações, principalmente relacionadas ao avanço da industrialização e da tecnologia, que refletiram diretamente nos padrões de consumo e na saúde da população. (LUDWIG, 2011) Rotinas de trabalho excessivo, falta de tempo, a diminuição do consumo alimentar em família e o aumento da disponibilidade de refeições prontas para o consumo são alguns dos fatores que impulsionaram a mudança do padrão alimentar dos grandes países. (GARCIA, 2003)

Em meio a este cenário, no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou a primeira versão do Guia Alimentar para a População Brasileira com o objetivo de orientar a população quanto à adoção de práticas alimentares mais saudáveis. Entretanto, esta primeira versão do Guia Alimentar foi baseada no conceito da pirâmide alimentar americana, na qual classificava os alimentos, basicamente, em grupos alimentares, subestimando todo o processamento industrial ao qual alguns alimentos são submetidos. Além disso, esta versão abordava pontos mais relacionados à variedade de alimentos, porções adequadas e quilocalorias. (LOUZADA et al., 2019)

À vista dessas considerações, Monteiro et al., (2010) apresentou uma nova forma de categorizar os alimentos. Essa classificação foi embasada justamente no propósito do processamento na qual cada um é submetido, divididos em três grupos de distintos, alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários (no Guia descritos como grupo dos óleos, gorduras, sal e açúcares) e alimentos ultraprocessados. (MONTEIRO et al., 2010) Em virtude da importância desta nova classificação para o cenário da alimentação e saúde a nível mundial, o Ministério da Saúde sugeriu a inclusão desta categorização na segunda edição do Guia Alimentar para a população brasileira. Em meio a produção do material, os três grupos propostos por Monteiro et al., 2010, foram transformados em quatro grupos com o objetivo de aprimorar a classificação, onde a principal mudança foi a inclusão de mais um grupo, alimentos processados. Os quatro grupos são, em ordem, os alimentos in natura ou

minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados. (MENEGASSI et al., 2018)

### 2.1.1 Classificação NOVA

Em uma publicação mais recente, Monteiro et al., 2016 apresenta a nova classificação dos alimentos em relação ao processamento, denominada NOVA, com o intuito de abordar de forma mais detalhada os quatro grupos propostos no Guia Alimentar de 2014 elucidando questões acerca dos alimentos e ingredientes que fazem parte de cada grupo. O primeiro grupo traz os alimentos in natura ou minimamente processados. Segundo os autores, alimentos in natura são aqueles extraídos diretamente de plantas ou animais, como por exemplo, sementes, frutos e raízes, e leite, carne e ovos. Já os alimentos minimamente processados são alimentos in natura que foram submetidos a processamentos mínimos, como por exemplo, a pasteurização ou processos que não adicionam ingredientes como sal e açúcar aos alimentos in natura. São exemplos: frutas, sucos de frutas naturais; arroz; farinhas, macarrão ou massas; carnes e pescados; leite pasteurizado ou em pó; iogurtes naturais. Além destes, também entram neste grupo alimentos na qual foram fortificados com o objetivo de fornecer minerais e vitaminas perdidas durante o processamento, como por exemplo, a farinha de trigo enriquecida com ferro e ácido fólico. (MONTEIRO et al., 2016)

O segundo grupo pertence aos ingredientes culinários processados, ou seja, itens utilizados em preparações culinárias com a finalidade de temperar e cozinhar alimentos in natura ou minimamente processados. São exemplos destes itens, açúcar, rapaduras e melados; mel de abelha; óleos e gorduras de origem animal ou vegetal; amido e sal de cozinha. Produtos adicionados de outras substâncias como no caso da manteiga com sal, dos vinagres e do sal iodado também entram neste grupo. (MONTEIRO et al., 2016)

O terceiro grupo da classificação NOVA é formado pelos alimentos processados, estes incluem produtos elaborados a partir da adição de um ou mais ingredientes como açúcar e sal, óleo, vinagre ou outras substâncias relacionadas ao segundo grupo. Além disso, o tipo de processamento na qual estes alimentos são submetidos tem objetivo de aumentar a durabilidade do produto ou alterar o seu sabor, como por exemplo, peixes conservados em sal ou óleo, frutas em calda, carnes salgadas,

oleaginosas adicionadas de açúcar ou sal, conserva de hortaliças, pães e queijos. Bebidas como vinhos, cidras e cervejas fabricadas a partir de fermentação alcoólica de alimentos do primeiro grupo também são consideradas alimentos processados. (MONTEIRO et al., 2016)

O quarto e último grupo da classificação NOVA é composto pelos alimentos ultraprocessados. Segundo a classificação proposta por Monteiro et al. 2016, estes alimentos são definidos como [...] “formulações industriais feitas tipicamente com cinco ou mais ingredientes”. O objetivo deste tipo de processamento é a elaboração de alimentos prontos para o consumo, modernos e altamente palatáveis. São invenções das grandes indústrias a partir de produtos pobres em nutrientes, com nenhum ou quase nenhum alimento in natura, adicionado de diversas substâncias com o propósito de substituir os alimentos naturais, que por natureza já são prontos para o consumo, como as frutas, por exemplo. (MONTEIRO; CANNON, 2012)

Alimentos ultraprocessados incluem muitas substâncias derivadas do processamento de itens da composição dos alimentos in natura ou minimamente processados, como óleos interesterificados e óleos hidrogenados ou hidrolisados proteicos, isolado protéico de soja; xarope de milho, maltodextrina e açúcar invertido. Neste grupo também são encontrados ingredientes não usuais a outros alimentos cujo propósito é mascarar ou ocultar características indesejadas ao consumidor. Similarmente, aditivos como corantes, estabilizantes, edulcorantes, saborizantes entre outros são encontrados somente nos alimentos ultraprocessados. Como exemplos deste grupo, pode-se citar uma vasta lista de alimentos altamente consumidos no dia a dia da população como refrigerantes, chocolates, sorvetes, achocolatados, biscoitos, pães, barras de cereal, caldos de legumes industrializados, sucos em pó, molhos prontos, alimentos congelados, embutidos, macarrão instantâneo, entre muitos outros. (MONTEIRO et al., 2016)

Portanto, essa nova classificação, além de promover o entendimento sobre os tipos de processamentos industriais aos quais os alimentos são submetidos, contribui para educação alimentar da população como um todo, no sentido de auxiliar a todos a realizar escolhas alimentares mais saudáveis. (LOUZADA et al., 2019) A partir do Guia Alimentar para a População Brasileira e a classificação NOVA diversos estudos estão

sendo produzidos para melhor compreender os efeitos do consumo dos alimentos ultraprocessados na saúde da população, tanto no Brasil, como no exterior. (OPAS, 2018)

## 2.2 Ultraprocessados e desfechos em saúde

A associação entre acometimentos de saúde e o consumo excessivo de alimentos industrializados está sendo frequentemente abordada nos estudos populacionais na última década. Sabe-se que a qualidade da alimentação e a falta de exercício físico são fatores preditores a presença de excesso de peso e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de patologias como, por exemplo, diabetes, hipertensão, dislipidemias e síndrome metabólica. (MONTEIRO, 2012; OPAS, 2018)

Segundo o relatório lançado pela Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2014), somente no ano de 2012, 68% dos 56 milhões de óbitos ocorridos no mundo foram relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. À vista deste cenário, um estudo foi realizado no Reino Unido com o objetivo de analisar o potencial de redução da mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares através da contenção do consumo de alimentos ultraprocessados pela população. Foi observado que a redução de 50% no consumo de alimentos ultraprocessados poderia resultar na diminuição de 20 mortes ao ano em 2030. (MOREIRA et al., 2015) Ainda no contexto mundial, pesquisas realizadas na população francesa trazem achados importantes. Ambas relacionam o consumo de alimentos ultraprocessados à malefícios à saúde. Conforme os resultados, o consumo de alimentos ultraprocessados foi associado a um maior risco de desenvolvimento de câncer de próstata, mama e cólon (FIOLET et al., 2018), à ocorrência de síndrome do intestino irritável (SCHNABEL et al., 2018) e ao risco de mortalidade em geral por diversas causas (SCHNABEL et al., 2019)

No contexto brasileiro, através dos dados obtidos na Pesquisa de Orçamentos Familiares do período de 2008 e 2009, foi constatado a associação positiva entre a disponibilidade domiciliar de alimentos ultraprocessados com o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população. (CANELLA et al., 2014) Concomitantemente, a ingestão de alimentos submetidos ao ultraprocessamento foi associado, em outros

estudos, a ocorrência de síndrome metabólica em adolescentes (TAVARES et al., 2012), à alteração precoce do perfil lipoproteico em crianças (RAUBER et al., 2015) e ao aumento da gordura corporal entre crianças e adolescentes. (COSTA et al., 2018b)

### 2.3 Transição nutricional, da desnutrição à obesidade

Apesar do cenário atual, em um passado não muito distante, a grande preocupação mundial e, igualmente, brasileira, era a desnutrição. Com o passar dos anos e com a ascendência da indústria, nossa sociedade passou por uma transição nutricional. (BATISTA; RISSIN, 2003; COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; SOUZA et al., 2017) Estratégias baseadas no capitalismo contribuíram essencialmente para aumentar a produção de alimentos, como, por exemplo, o uso desenfreado de aditivos químicos. Como resultado, houve a expansão das fábricas e indústrias alimentícias trabalhando na criação de alimentos de baixo custo, acessíveis a grande parte da população e altamente lucrativos. (SOUZA et al., 2017)

A prevalência de desnutrição caiu consideravelmente e, em contrapartida, houve um aumento importante de excesso de peso associado à mudança do estilo de vida da população. (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008) Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com este cenário mundial, enviou um alerta sobre o importante crescimento da presença de sobrepeso e obesidade no mundo. Através dos dados evidenciados nas pesquisas, a obesidade havia se tornado fator de risco responsável por 2/3 das mortes no mundo. (WHO, 2012) Em 2014, novamente na publicação “Estatísticas Mundiais de Saúde de 2014” a OMS emitiu um novo alerta, dessa vez, salientando a importância do enfrentamento do sobrepeso e obesidade na população infantil com o título “A obesidade infantil aumenta: É hora de atuar”. (WHO, 2014) Segundo os estudos prévios de Sichieri e Souza (2008), a escolha da infância como estratégia de combate à obesidade seria a partir do raciocínio de que educar a população infantil a se alimentar de forma saudável seria mais fácil e de maior alcance do que focar na reeducação do público adulto.

Estratégias foram lançadas para ambas populações, mas concentrar forças na infância torna-se a forma mais eficaz de enfrentamento à obesidade. (JARDIM; SOUZA, 2017) Atualmente, pode-se considerar a obesidade infantil como sendo um dos maiores problemas de saúde pública do planeta em virtude do aumento da incidência a nível global. Levantamento realizado no ano de 2004 estimou que 170 milhões de jovens menores de 18 anos apresentavam sobrepeso na população mundial. (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004) Dados mais recentes apontam que 41 milhões de crianças menores de 5 anos e 340 milhões com idade entre 5 a 19 anos apresentavam sobrepeso ou obesidade no ano de 2016. (WHO, 2018) No cenário brasileiro, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), no ano de 2008-2009 apontou que 36,6% das crianças brasileiras com idade entre 5 a 9 anos estavam acima do peso. (IBGE, 2010)

## 2.4 Nutrição na infância e adolescência

O período da infância é caracterizado como um momento fundamental na formação dos hábitos alimentares dos indivíduos. As experiências vividas nesta fase são preditoras ao comportamento alimentar evidenciado também na vida adulta. (MENEZES; MEIRELLEST; WEFORT, 2011)

### 2.4.1 Alimentação da criança em fase pré-escolar e escolar

Pode-se afirmar que a alimentação da criança é diretamente influenciada pela alimentação da família. O ambiente familiar é, portanto, grande responsável pelo estímulo de práticas alimentares saudáveis, baseada nos hábitos familiares. (HENRIQUES et al., 2012; MELO et al., 2017) Sabe-se que a disponibilidade de alimentos ultraprocessados nos domicílios brasileiros aumentou consideravelmente na última década. (CANELLA et al., 2018; MARTINS et al., 2013) O consumo destes alimentos pelos adultos influenciou diretamente no consumo pelo público infantil, que a partir dos pais e familiares, foram expostos a diversos alimentos ultraprocessados indevidamente. (MELO et al., 2017)

Logo, as crianças acabaram tornando-se consumidores alvo destes alimentos pelas empresas e indústrias, ao passo que podem ser facilmente encantadas com propagandas lúdicas, que associam alimentos ultraprocessados a situações de felicidade e prazer. Com isso, a publicidade voltada ao público infantil ganhou força e estimulou pais e filhos a consumir alimentos ultraprocessados em demasia proporcionando falsa sensação de boa conduta. (HENRIQUES et al., 2012) À vista deste cenário, em 2014 houve um grande avanço a partir da publicação da Resolução nº 163, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, a qual define os abusos do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica ao público infantil, principalmente pela intenção de persuadir o público ao consumo, aproveitando-se de fatores como imaturidade e ingenuidade. (BRASIL, 2014b)

Entretanto, alguns outros ambientes também são corresponsáveis no estímulo à alimentação saudável, como a escola por exemplo, um local de formação e desenvolvimento que deve favorecer o aprendizado alimentar. (MENEZES; MEIRELLEST; WEFORT, 2011) Pensando por essa ótica que em 2018 foi sancionada uma lei para todas as escolas, públicas e privadas, no estado do Rio Grande do Sul. A lei nº 15216 tem o objetivo de estimular práticas alimentares mais saudáveis a partir da proibição da comercialização de diversos alimentos e produtos industrializados, como refrigerantes e biscoitos recheados, ou com altos teores de gordura, sal e açúcar, como salgadinhos, balas e frituras, nas cantinas escolares. Além disso, essa lei propõe que atrelado a esta conduta, ocorram ações de abordagem pedagógica através de campanhas sobre o tema. (RIO GRANDE DO SUL, 2018)

#### 2.4.2 Alimentação na fase da adolescência

Dotada de peculiaridades, a adolescência é uma fase de desenvolvimento caracterizada por profundas transformações metabólicas, emocionais e sociais. A promoção de saúde e prevenção de fatores de risco faz-se imprescindível, pois os hábitos alimentares adquiridos e mantidos até este período da vida, tem a tendência de continuar presente por longos anos, consolidando-se na vida adulta. Como em outras fases da vida, a alimentação deve conter todos os grupos alimentares e fornecer energia e nutrientes em quantidades adequadas ao crescimento, principalmente evidenciado

neste período. (GIANNINI, 2007; MENEZES; MEIRELLEST; WEFFORT, 2011; WHO/FAO, 2003)

Atualmente, as práticas alimentares adotadas pelos jovens, no geral, são baseadas em alimentos com alto teor de açúcares, gordura e sódio, e em contrapartida, pouco consumo de alimentos in natura. Atrelado a esta problemática, somatiza-se o comportamento sedentário, o tempo de tela elevado e, por vezes, ambientes familiares obesogênicos. (COSTA et al., 2018a) Sendo assim, nota-se que o principal problema relacionado a esta fase é a qualidade da alimentação ingerida, devido ao alto consumo de alimentos ultraprocessados evidenciados em diversos estudos. (COELHO; MACEDO; PEREIRA, 2017) Verificou-se através dos dados obtidos na última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2015, que os alimentos mais consumidos entre os jovens são refrigerantes (70,6%), guloseimas (62,3%) e biscoitos doces/salgados (63,7%). (COSTA et al, 2015, SILVA; NASCIMENTO; CARVALHO, 2018)

## 2.5 Hospitalização infantil

O hospital é um ambiente voltado à prevenção e tratamento de pessoas com acometimentos em saúde, logo, é de fundamental importância que este espaço seja um ambiente multiplicador de saúde, ou seja, promotor de bem-estar e autocuidado. (SILVA et al., 2011) Segundo os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), somente no período de 2010 a 2013 na cidade de Porto Alegre, foram 149.817 internações entre crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, o que representa 21,7% do total de internações do período. (CABRAL; KRANZ; ROSA, 2013) Um estudo recente sobre hospitalização infantil no Rio Grande do Sul, identificou as doenças respiratórias como causa mais frequente de hospitalização entre crianças menores de cinco anos. (SOUZA et al., 2019)

A terapia nutricional na hospitalização consiste em uma abordagem individualizada a cada criança e seu contexto clínico, deste modo, ela pode ser por via oral, via enteral ou via parenteral. Em alguns casos os pacientes necessitam de dieta especial, como no caso de doenças genéticas, alergias alimentares entre outros,

demandando dietética específica e adequada a cada caso. Contudo, é fundamental fornecer ao paciente a alimentação adequada a sua condição clínica e, além disso, promover educação alimentar e nutricional durante o período da internação. (BRASIL, 2016; ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006; SBP, 2012)

Salvo os casos de dietas com recomendações nutricionais específicas, as dietas padronizadas conforme a faixa etária da criança e do adolescente devem estar em conformidade com as diretrizes brasileiras abordadas no Guia alimentar para a população brasileira, a qual pode-se citar os “Dez passos para a alimentação saudável” como referência. Deste modo, o padrão dietético deve ser, em sua maioria, com alimentos in natura ou minimamente processados como frutas e legumes em sua forma natural. (BRASIL, 2014a; MONTEIRO et al., 2016)

Para mais, sabe-se que o tempo de internação pode interferir diretamente no estado nutricional das crianças, como apontado em alguns estudos. (FERREIRA; FRANÇA, 2002; ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006) Logo, a oferta de uma alimentação equilibrada em nutrientes pode contribuir positivamente ao quadro clínico do paciente, prevenindo tanto a perda de peso, como as deficiências nutricionais e diminuindo o tempo de internação. Sendo assim, a partir do estímulo das práticas alimentares saudáveis, é possível incentivar os familiares responsáveis a promover uma alimentação adequada às crianças e, deste modo, otimizar as ações de educação alimentar e nutricional durante o período da hospitalização. (RIBEIRO; ALVES; FATAL, 2018)

### **3. HIPÓTESE**

Alimentos ultraprocessados estão presentes nas dietas pediátricas prescritas no hospital em estudo e contribuem para o aumento da oferta calórica, de açúcar, gordura e aditivos alimentares como corantes, estabilizantes, edulcorantes, saborizantes entre outros, que tem por objetivo mascarar características sensoriais e aumentar a durabilidade dos alimentos.

### **4. OBJETIVOS**

#### **Geral**

Avaliar a presença de alimentos ultraprocessados nos padrões de dietas pediátricas de um hospital universitário em Porto Alegre-RS.

#### **Específicos**

- Classificar os alimentos utilizados nas dietas analisadas conforme os quatro níveis de processamento propostos na classificação NOVA (alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados), estabelecidos por Monteiro et al., 2016;
- Identificar as dietas pediátricas mais prescritas nos últimos 12 meses e relacionar sua composição quanto à presença de alimentos ultraprocessados;
- Identificar os alimentos ultraprocessados utilizados nas dietas pediátricas e classificar conforme a frequência de oferta;
- Analisar as preparações presentes nas dietas quanto ao grau de processamento dos alimentos utilizados, identificando as preparações com e sem a presença de alimentos ultraprocessados;

## **5. RESULTADOS**

O presente estudo será enviado para submissão na Revista Paulista de Pediatria conforme modelo apresentado abaixo e conforme as normas em anexo. (ANEXO 1)

**Oferta de Alimentos Ultraprocessados nas Dietas Pediátricas Hospitalares para Crianças Maiores de Dois Anos em um Hospital Universitário**

**Alimentos Ultraprocessados nas Dietas Pediátricas Hospitalares**

**Offering Ultra-Processed Foods in Pediatric Hospital Diets for Children Over Two Years of Age at a University Hospital**

**Ultra-Processed Foods in Pediatric Hospital Diets**

Kahena Zarth

<https://orcid.org/0000-0002-0368-1492>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

Thais Ortiz Hammes

<http://orcid.org/0000-0001-8010-3840>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Nutrição e Dietética. Porto Alegre, RS, Brasil.

Ester Zoche

<https://orcid.org/0000-0001-8674-8754>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

Vera Lúcia Bosa

<https://orcid.org/0000-0002-6283-9640>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

**Autor Correspondente:**

**Kahena Zarth**

kahenazarth@gmail.com

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Nutrição

Rua Ramiro Barcelos, 2350  
Bairro Santana CEP: 90035903  
Porto Alegre, RS – Brasil  
Telefone: (51) 33085593

**Conflito de interesses:**

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Fonte financiadora:

O estudo não recebeu apoio financeiro.

Número total de palavras no texto: 2901

Número total de palavras no resumo: 249

Número total de palavras no *abstract*: 239

Número total de tabelas, gráficos e figuras: 5

Número total de referências: 26

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a presença de alimentos ultraprocessados nos padrões de dietas pediátricas de um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo observacional. A amostra foi composta por 25 dietas pediátricas prescritas para crianças maiores de dois anos. As dietas foram avaliadas através do nível de processamento dos alimentos, considerando também as preparações culinárias, com base nos quatro grupos da classificação NOVA. **Resultados:** As dietas são compostas, em sua grande maioria, por alimentos in natura ou minimamente processados, representando em média 54,3% (n=10.851) da oferta mensal. Os ingredientes culinários representam em média 28,9% (n=5.768), os processados 2,7% (n=551) e os alimentos ultraprocessados 13,9% (n=2789) da frequência de oferta. Identificou-se um total de 29 alimentos ultraprocessados oferecidos, sendo os cinco mais frequentes o achocolatado em pó (23,5%, n=658), seguido pela margarina (18,5%, n=518), o pão de forma (11%, n=308), o pão francês com reforçador de farinha (6%, n=168) e a bolacha maria (3,5%, n=98). A maior oferta destes alimentos ocorre no café da manhã (31%, n=854), no lanche da tarde (30%, n=844) e na ceia (24%, n=661), representando 85% (n=2.359) da oferta total de ultraprocessados. **Conclusões:** Os achados deste estudo incluem a presença de alimentos ultraprocessados em praticamente todas as dietas analisadas, principalmente, no café da manhã, lanche da tarde e ceia. Entretanto, alimentos in natura ou minimamente processados representam mais da metade da composição dos cardápios.

**Palavras-Chave:** Alimentos industrializados, Nutrição da Criança, Obesidade Pediátrica, Saúde da Criança, Dieta, Planejamento de cardápio.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the presence of ultra-processed foods in the pediatric dietary standards of a university hospital. **Methods:** This is a quantitative observational study. The sample consisted of 25 pediatric diets prescribed for children older than two years. The diets were evaluated through the level of food processing, also considering the culinary preparations, based on the four groups of the NOVA classification. **Results:** The diets are mostly composed of fresh or minimally processed foods, representing an average of 54.3% (n = 10,851) of the monthly offer. Culinary ingredients represent an average of 28.9% (n = 5,768), processed 2.7% (n = 551) and ultra-processed foods 13.9% (n = 2789) of the frequency of supply. A total of 29 ultra-processed foods offered were identified, the five most frequent being chocolate powder (23.5%, n = 658), followed by margarine (18.5%, n = 518), loaf of bread ( 11%, n = 308), French bread with flour reinforcer (6%, n = 168) and the maria biscuit (3.5%, n = 98). The greatest supply of these foods occurs at breakfast (31%, n = 854), afternoon snack (30%, n = 844) and at supper (24%, n = 661), representing 85% (n = 2,359 ) of the total supply of ultra-processed products. **Conclusions:** The findings of this study include the presence of ultra-processed foods in practically all diets analyzed, mainly for breakfast, afternoon snacks and suppers. However, fresh or minimally processed foods represent more than half of the composition of the menus.

**Keywords:** Industrialized Foods, Child Nutrition, Pediatric Obesity, Child Health, Diet, Menu Planning.

:

## INTRODUÇÃO

A infância é considerada uma fase essencial na formação dos hábitos alimentares. A exposição constante a alimentos variados em cores, sabores e texturas constroem a base do padrão alimentar de cada indivíduo. Apesar do aumento da disseminação das informações e das políticas públicas sobre alimentação saudável nos últimos anos, é sabido que grande maioria das crianças são expostas a padrões alimentares desordenados e produtos industrializados em demasia. Em contrapartida, nota-se uma diminuição na oferta de alimentos naturais, fundamentais para o bom desenvolvimento e crescimento, como as frutas e verduras em variedade e quantidade adequadas.<sup>1,2</sup>

À vista deste contexto, algumas medidas de políticas públicas foram pensadas, como no caso do Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual foi lançado primeiramente em 2006 e em sua mais recente versão em 2014. Este instrumento preconiza e valoriza a alimentação saudável e a comensalidade, além de ter como principal orientação o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados como base da alimentação. Em contrapartida, o consumo de alimentos processados e ultraprocessados devem ser evitados para manter uma alimentação equilibrada e nutritiva em qualquer fase da vida.<sup>3,4</sup>

Conforme a classificação NOVA, proposta por Monteiro et al., (2016), alimentos in natura ou minimamente processados são os alimentos em sua forma natural, aqueles extraídos diretamente de plantas ou animais, como por exemplo, frutas, verduras, raízes, leite, carne e ovos. Já os alimentos minimamente processados são alimentos in natura que foram submetidos a processamentos mínimos, como por exemplo, a pasteurização ou processos que não adicionam ingredientes como sal e açúcar aos alimentos in natura. O segundo grupo pertence aos ingredientes culinários processados, ou seja, itens utilizados em preparações culinárias com a finalidade de temperar e cozinhar alimentos in natura ou minimamente processados. São exemplos destes itens, açúcar, mel de abelha, óleos e sal de cozinha. O terceiro grupo é formado pelos alimentos processados, estes incluem alimentos elaborados a partir da adição de um ou mais ingredientes como açúcar e sal, óleo, vinagre ou outras substâncias relacionadas ao segundo grupo com o objetivo de aumentar a durabilidade do produto ou alterar o seu sabor, como por exemplo, peixes conservados em sal ou óleo, frutas em calda, pães e queijos.<sup>5</sup>

O quarto grupo é dos alimentos ultraprocessados, estes são consideradas formulações industriais produzidas com cinco ou mais ingredientes como, por exemplo, óleos, açúcar e sal, bem como conservantes, estabilizantes e antioxidantes.<sup>5</sup> Dentre as características que tornam estes itens mais atrativos para o consumo estão a praticidade, o baixo custo, a hiperpalatabilidade e a publicidade agressiva, que por muito tempo, eram pensadas com objetivo de atrair o público infantil.<sup>6</sup> A compra e consumo desse tipo de alimento aumentou

drasticamente nos últimos anos nas famílias brasileiras.<sup>7</sup> Por consequência, a ampliação da produção de ultraprocessados, bem como a mudança no estilo de vida dos indivíduos contribuíram para o aumento dos casos relacionados ao excesso de peso e obesidade na população.<sup>8</sup>

Sendo o hospital um ambiente voltado à promoção de saúde, evidencia-se a importância de utilizar o período intra-hospitalar para estimular hábitos alimentares mais saudáveis.<sup>9</sup> A alimentação ofertada aos pacientes durante a internação deve estar em conformidade com as principais diretrizes brasileiras, além de fornecer aporte nutricional adequado à condição clínica de cada paciente.<sup>10</sup> Logo, abordar a presença dos alimentos ultraprocessados nas dietas hospitalares é fundamental devido ao aumento do consumo destes, principalmente pelas crianças e adolescentes, bem como pelo incremento dos casos de sobrepeso e obesidade na população infantil.<sup>11, 12, 13</sup> Além do mais, estudos que levantam dados sobre o uso deste tipo de alimento em dietas hospitalares são inexistentes. À vista disso, este estudo teve por objetivo avaliar a presença de alimentos ultraprocessados, classificando os alimentos conforme os níveis de processamento, nos padrões de dietas pediátricas de um hospital universitário em Porto Alegre-RS.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo observacional que foi desenvolvido de forma descritiva em relação à composição das dietas pediátricas oferecidas na Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

Conforme a figura 1, a amostra é composta por um total de 25 dietas para crianças acima de dois anos. São elas as dietas normais, dieta pastosa, branda, hipercalórica, liquidificada, pobre em resíduos, dieta para colestase, para alergia à proteína do leite de vaca, para restrição severa de sódio, sem lactose, para doença celíaca, fibrose cística, líquida completa e líquida restrita. Todos os padrões de dieta são compostos por dois cardápios mensais, os quais são intercalados semanalmente. Cada cardápio é composto por seis refeições diárias: café da manhã, colação, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

Fizeram parte do estudo as dietas pediátricas prescritas para os pacientes com idade superior a dois anos. Foram excluídas da amostra as dietas enterais e dietas para doenças genéticas por terem essencialmente fórmulas industrializadas na sua composição.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa ocorreu a coleta dos dados de composição das dietas através do sistema informatizado de nutrição presente no hospital

(*Aghuse*). A partir das fichas técnicas foram identificados todos os alimentos utilizados nos cardápios e nas preparações culinárias. Cada alimento foi analisado quanto ao seu nível de processamento, com base nos quatro grupos da classificação NOVA proposta por Monteiro et al., (2016). As preparações culinárias também foram analisadas conforme o nível de processamento dos alimentos pertencentes a cada uma. Foram analisados os rótulos dos alimentos em que havia-se alguma dúvida quanto ao seu nível de processamento. Na segunda etapa os dados foram exportados para uma planilha do programa *Excel* onde foi confeccionada uma tabela contendo os cardápios das dietas analisadas, identificando os alimentos presentes conforme o seu nível de processamento. Os dados foram analisados através da função “tabela dinâmica” do programa *Excel* e os resultados obtidos foram descritos por frequência absoluta e relativa.

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética da instituição (número de aprovação: 29678420400005327) e obteve autorização do Serviço de Nutrição e Dietética para uso dos dados do seu sistema no *Aghuse*.

## RESULTADOS

No presente estudo foram analisadas 25 dietas pediátricas hospitalares prescritas para crianças maiores de dois anos totalizando 50 cardápios e 150 refeições. Conforme apresentado na tabela 1, é possível observar que as dietas são compostas, em sua grande maioria, por alimentos in natura ou minimamente processados, representando em média 54,3% (n=10.851) da oferta mensal de alimentos nos cardápios. Apenas quatro dietas apresentam menos de 50% da sua composição por alimentos in natura ou minimamente processados, são elas as dietas para alergia à proteína do leite de vaca para menores de três anos, colestase para menores de três anos, fibrose cística e líquida completa. Os ingredientes culinários, como sal, açúcar e óleo, representam em média 28,9% (n=5.768) da composição das dietas. Os alimentos com menor presença nas dietas são os processados, como por exemplo os enlatados, que representam em média 2,7% (n=551) da frequência de oferta. Entretanto, os alimentos ultraprocessados representam em média 13,9% (n=2789) da oferta de alimentos nas dietas, estando presentes em quantidades consideravelmente maiores que a média, como na líquida completa (25,9%, n=122) e restrição severa de sódio para menores de quatro anos (23%, n=155).

Através do levantamento de dados sobre as dietas mais prescritas em doze meses, foi possível identificar que a dieta normal foi a mais prescrita, representando mais da metade (68,2%, n=1.240) do total das prescrições médicas de dieta neste período. As demais prescrições juntas representam 31,8% (n=565) do total. Salienta-se que a oferta de alimentos

ultraprocessados nas dietas normais representa, em média, 15% (n=127) da oferta total de alimentos nos cardápios. Entretanto, este valor apresenta-se acima da média geral das dietas, que é de 13,9%.

Com relação à oferta dos alimentos ultraprocessados nas dietas identificou-se um total de 29 alimentos oferecidos, sendo os cinco mais frequentemente oferecidos o achocolatado em pó (23,5%, n=658), seguido pela margarina (18,5%, n=518), o pão de forma (11%, n=308), o pão francês com reforçador de farinha (6%, n=168) e a bolacha maria (3,5%, n=98).

A figura 2 apresenta a distribuição da oferta dos alimentos ultraprocessados nas refeições principais e intermediárias. Nota-se que a maior oferta destes alimentos ocorre no café da manhã (31%, n=854), no lanche da tarde (30%, n=844) e na ceia (24%, n=661), representando 85% (n=2.359) da oferta total de alimentos ultraprocessados. Alguns alimentos são ofertados mais de uma vez ao dia, como no caso do achocolatado em pó, pão de forma e margarina, ofertados três vezes ao dia em grande parte das dietas. O achocolatado em pó é ofertado no preparo do leite com achocolatado e no bolo de chocolate. A margarina, segundo alimento ultraprocessado mais ofertado, além de ser servida com pães nas refeições intermediárias, também é encontrada no almoço e no jantar em algumas preparações, como batata com molho de iogurte, escalope de frango com molho, lasanha, purê de batata e soufflé de cenoura.

A tabela 2 expõe as preparações culinárias que contém a presença de alimentos ultraprocessados e identifica o número de alimentos conforme o nível de processamento. Destaca-se a presença de batata em flocos no preparo dos consomês, o uso de suco concentrado em algumas sobremesas, como sagú com e sem creme e pudim de suco, o uso de pão de forma na torta de peixe, de nhoque pronto industrializado, bem como o uso de panquecas industrializadas no preparo da lasanha.

A figura 3 apresenta uma análise da composição dos cardápios quanto ao nível de processamento dos alimentos relacionando dois eixos, as preparações culinárias (por exemplo, leite com achocolatado e arroz) e os alimentos utilizados (por exemplo, iogurte sabor morango e fruta). Para isso, identificou-se as preparações que contém a presença de alimentos ultraprocessados e os alimentos ultraprocessados prontos para o consumo, bem como, as preparações que não contém alimentos ultraprocessados (AUP) e os alimentos in natura ou minimamente processados. Nota-se que as preparações livres de ultraprocessados e os alimentos in natura ou minimamente processados representam a maioria da oferta.

## DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a oferta de alimentos ultraprocessados nas dietas pediátricas hospitalares. Através da análise dos resultados foi possível observar que a maioria das dietas pediátricas do hospital em estudo são compostas, predominantemente, por alimentos in natura ou minimamente processados, ou seja, alimentos e preparações naturais e saudáveis. Entretanto, de modo geral, alimentos ultraprocessados estão presentes nas dietas pediátricas hospitalares, principalmente nas refeições intermediárias como café da manhã, lanche da tarde e ceia.

Contudo, ao se falar de dietas pediátricas hospitalares sabe-se que muitos pacientes apresentam necessidades dietoterápicas específicas, sendo prioridade fornecer o suporte nutricional necessário. Como, por exemplo, no caso da dieta para alergia à proteína do leite de vaca para menores de três anos, nota-se que, pela impossibilidade de ofertar o leite de vaca faz-se necessário substituí-lo por uma fórmula hipoalergênica ou alergênica, conforme a severidade da doença.<sup>14</sup> Logo, sendo as fórmulas alimentos ultraprocessados, ocorre um aumento da oferta destes e uma diminuição da oferta de alimentos naturais. No caso da dieta líquida completa identifica-se que a variedade dos alimentos e preparações ofertadas é menor do que nas demais dietas devido à sua restrição de consistência. Consequentemente, observa-se uma maior frequência de oferta de ultraprocessados como achocolatado e gelatina. No entanto, no caso da dieta para fibrose cística a menor oferta de alimentos in natura ou minimamente processados, em comparação com a média de oferta geral, parece ser explicado em razão da necessidade da oferta de uma dieta com maior aporte calórico.<sup>15</sup> No hospital são incluídas na dieta para fibrose cística algumas preparações e alimentos como pastel, batata e polenta frita, iogurte de morango, sobremesas com misturas prontas para pudim e sanduíche com embutidos.

Ao comparar a oferta de alimentos processados e ultraprocessados, nota-se que a oferta dos ultraprocessados é maior que a dos processados nas dietas pediátricas hospitalares. Alimentos processados são considerados como uma reformulação dos alimentos in natura ou minimamente processados, acrescidos dos ingredientes culinários para maior conservação, de forma a não transformar por completo o alimento natural.<sup>16</sup> Porém, o aumento da produção de alimentos ultraprocessados em comparação com os processados foi favorecida por meio da evolução da indústria e da tecnologia. Com o aprimoramento das técnicas de produção e a disseminação do uso de aditivos químicos, tornou-se possível elaborar alimentos cada vez mais industrializados, com maior durabilidade, hiperpalatáveis e de baixo custo para a indústria alimentícia.<sup>17, 18, 19</sup>

Com relação ao uso de alimentos ultraprocessados nas dietas pediátricas hospitalares nota-se que, apesar da oferta ser menor em comparação com os alimentos in natura ou minimamente processados, há uma frequência de oferta diária em praticamente todas as dietas. Alimentos como achocolatado em pó, pão industrializado e margarina estão presentes nas refeições intermediárias e são ofertados mais de uma vez ao dia para o público infantil e adolescente, favorecendo assim, o consumo excessivo e reforçando práticas alimentares indesejáveis. É sabido que o consumo regular de alimentos ultraprocessados está associado ao desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, bem como às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).<sup>20</sup>

Devido ao pioneirismo deste estudo e conseqüente ausência de outras pesquisas que avaliem a presença de AUP nas dietas pediátricas hospitalares, faz-se necessário comparar os resultados com estudos realizados fora do ambiente hospitalar, porém, com a mesma faixa etária. Um estudo avaliou a participação dos ultraprocessados na alimentação de escolares de escolas públicas, com idade entre oito e doze anos. Identificou-se que 25,2% do consumo médio de energia era proveniente dos AUP, sendo os alimentos mais frequentemente consumidos massas industrializadas (instantâneas), biscoitos doces, embutidos, achocolatado em pó e refrigerantes.<sup>21</sup> Com resultados ainda mais preocupantes, o estudo realizado por Sparrenberger et al. (2015) com crianças entre dois a dez anos atendidas em uma Unidade Básica de Saúde verificou que 47% do consumo médio de energia era oriundo dos alimentos ultraprocessados.<sup>22</sup> Outro estudo, também realizado com crianças de dois a nove anos atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, verificou que os AUP mais frequentemente consumidos eram as bebidas açucaradas com 70,4% e salgadinhos, macarrão instantâneo e biscoitos de pacote com 63,2%.<sup>23</sup> Salienta-se que o hospital em estudo não oferta uma série de alimentos ultraprocessados que aparecem como sendo alguns dos mais consumidos pelo público como, biscoitos recheados, refrigerantes, salgadinhos, macarrão instantâneo e etc. Porém, bebidas açucaradas como iogurte sabor morango, suco concentrado e achocolatado são ofertados no ambiente hospitalar.

Conforme os resultados encontrados neste estudo, a margarina, segundo AUP mais frequentemente ofertado, está presente em algumas preparações culinárias do almoço e jantar, além de ser servida em conjunto com os pães industrializados. A margarina é um produto com teores consideráveis de gordura trans, extremamente prejudicial à saúde.<sup>24</sup> Sua utilização nos cardápios é questionável e pode ser revista com o objetivo de reduzir a utilização e a frequência de oferta. O estudo de Backes et al. (2016) avaliou o consumo de alimentos ultraprocessados no lanche da tarde por escolares e identificou que o consumo dos AUP era frequente para 61,8% das crianças no lanche da tarde.<sup>25</sup> De fato, faz-se necessário avaliar a qualidade dos alimentos ofertados, bem como possibilidades de substituições mais saudáveis para compor os cardápios

das dietas pediátricas hospitalares, principalmente, nas refeições intermediárias, como café da manhã, lanche da tarde e ceia.

Entretanto, ao se falar de um hospital público universitário salienta-se que alguns pontos são determinantes na escolha dos alimentos ofertados, como por exemplo, o custo e a praticidade. A margarina, poderia ser substituída por manteiga, porém sua consistência mais endurecida e, principalmente, o custo mais elevado são algumas barreiras. Similarmente, o leite com achocolatado poderia ser facilmente substituído por café com leite, porém, há a questão de não ser bem aceito pelas crianças internadas devido à hábitos alimentares pré estabelecidos que apontam preferência pelo leite com achocolatado conforme apresentado em alguns estudos.<sup>1, 11, 26</sup>

Nota-se que ações contínuas de educação alimentar e nutricional atreladas às condutas de modificações nos cardápios no ambiente hospitalar são de extrema importância, visto que, ao apresentar os benefícios da mudança nas práticas alimentares aos pacientes e familiares torna-se mais efetiva a possibilidade de aceitação de escolhas mais saudáveis, tanto no ambiente hospitalar, quanto posteriormente em domicílio. Contudo, os achados deste estudo incluem a presença de alimentos ultraprocessados em praticamente todas as dietas analisadas, principalmente, nas refeições intermediárias (café da manhã, lanche da tarde e ceia). Entretanto, alimentos in natura ou minimamente processados representam mais da metade da composição dos cardápios. A presença de alimentos ultraprocessados nas refeições principais (almoço e jantar) é mínima, sendo mais frequentemente oferecidos nas sobremesas. Alguns alimentos industrializados como massa de panqueca e nhoque prontos são ofertados poucas vezes no mês e facilitam a rotina da produção de alimentos em virtude da larga escala. Ademais, um ponto extremamente positivo é o fato de não serem utilizados temperos prontos industrializados no preparo das refeições.

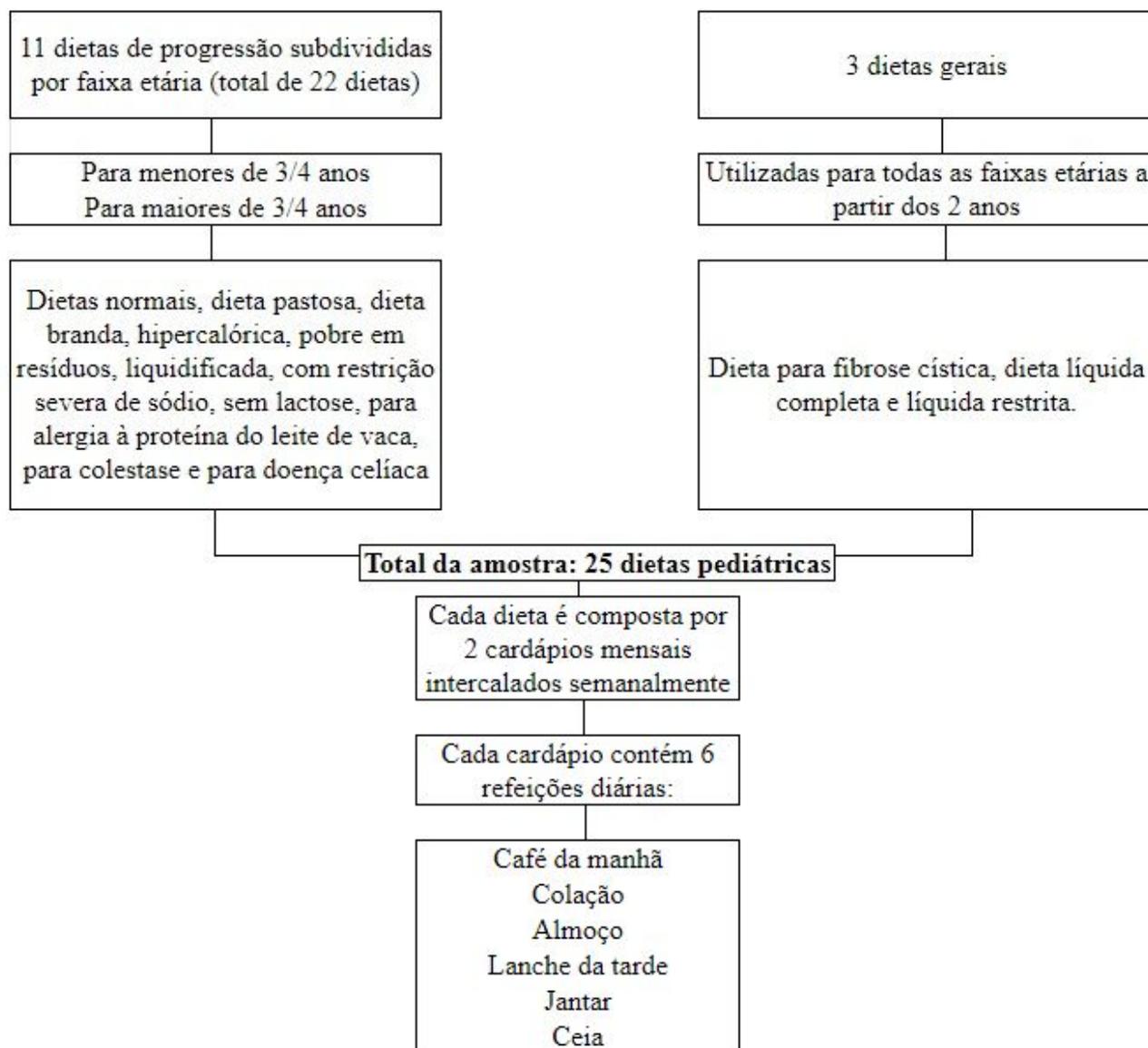
Os dados obtidos sugerem que, ao analisar a composição dos cardápios das dietas pediátricas hospitalares através dos níveis de processamento da classificação NOVA, é possível identificar os pontos de melhoria na qualidade da alimentação ofertada e promover reflexões sobre as possibilidades de mudanças. Ademais, salienta-se o pioneirismo deste estudo no ambiente hospitalar, logo, demonstra-se como um importante passo inicial para novos estudos sobre o tema, que elucidem a presença e oferta de alimentos ultraprocessados nas dietas pediátricas, também em outros hospitais do Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. BERTUOL, C.; NAVARRO, A. C. Consumo Alimentar e prevalência de obesidade/emagrecimento em pré-escolares de uma escola infantil pública. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 9, n. 52, p. 127-134, 2015.
2. MENEZES, L. S. P.; MEIRELLEST, M. ; WEFFORT, V. R. S. A alimentação na infância e adolescência : uma revisão bibliográfica. **Revista Médica de Minas Gerais**, 21(3 Supl1): S1-S144. v. 21, p. 89–94, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Guia Alimentar para a População Brasileira. 2a ed. Brasília: MS; 2014.
4. LOUZADA, M. L. da C. et al. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira. 1. ed. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da USP**, 2019
5. MONTEIRO, C. A. et al. Nasce a estrela NOVA. **World Nutrition**, v. 7, n. 7, p. 1–3, 2016.
6. HENRIQUES, P. et al. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 481-490, 2012.
7. MONTEIRO, C. A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: Evidence from Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n. 1, p. 5–13, 2011.
8. MARTINS, A. P. B. et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 656–665, 2013.
9. SILVA, M. A. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 596–599, 2011.
10. ROCHA, G. A.; ROCHA, E. J. M.; MARTINS, C. V. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 1, p. 70–74, 2006.
11. AZEVEDO, M. O. et al. Avaliação do consumo de alimentos açucarados por crianças menores de 5 anos. **BRASPEN J** 2017; 32 (2): 149-54, 2017.
12. COELHO, B. M. S.; MACEDO, M. A. D.; PEREIRA, T. G. Avaliação do consumo alimentar de adolescentes segundo a nova classificação de alimentos - nova. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, p. 32–39, 2017.
13. JARDIM, J.; SOUZA, I. Obesidade infantil no Brasil: uma revisão integrativa. **Journal of Management and Primary Health Care**. v. 8, n. 1, p. 66–90, 2017.
14. SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arq Asma Alerg Imunol**. 2018;2(1):39-82, 2018.
15. ATHANAZIO, et al . Diretrizes brasileiras de diagnóstico e tratamento da fibrose cística. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 219-245, 2017.
16. MENEGASSI, B. et al. A nova classificação alimentar: teoria, prática e dificuldades. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, pág. 4165-4176, 2018.
17. DREWNOWSKI, A. Nutrition transition and global dietary trends. **Nutrition**. Jul-Aug;16(7-8):486-7, 2000.

18. GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: Considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 4, p. 483–492, 2003.
19. NESTLE, M. Uma verdade indigesta: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos. 1ª edição. Brasil, **Editora Elefante**, 27 agosto 2019
20. MADRUGA, S. W. et al. Rastreamento de padrões alimentares da infância à adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, pág. 376-386, abril de 2012.
21. LACERDA, À. T. et al. PARTICIPAÇÃO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NA DIETA DE ESCOLARES BRASILEIROS E SEUS FATORES ASSOCIADOS. **Rev. paul. pediatra**, São Paulo, v. 38, e2019034, 2020.
22. SPARRENBERGER, K. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de uma Unidade Básica de Saúde. **J. Pediatr. (Rio J)**. Porto Alegre, v. 91, n. 6, p. 535-542, Dec. 2015.
23. LIBANIO, I. F. F. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados em crianças atendidas pelo serviço de Atenção Básica na região Sul do Brasil. **International Journal of Nutrology**. 12. 035-040, 2019.
24. HISSANAGA, V. M.; PROENÇA, R. P. C; BLOCK, J. M. Ácidos graxos trans em produtos alimentícios brasileiros: uma revisão sobre aspectos relacionados à saúde e à rotulagem nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 517-530, Aug. 2012.
25. BACKES, J. B. et al. CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS NO LANCHE DA TARDE DE ESCOLARES. *In*: Seminário de Iniciação Científica, XXIV, 2016. Ijuí, RS. Relatório técnico-científico, Ijuí, 2016. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaocohecimento/article/view/8277/7002>> Acesso em: 21 de dez. 2020.
26. CANELLA, D. S. et al. Consumo de hortaliças e sua relação com os alimentos ultraprocessados no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 50, 2018.

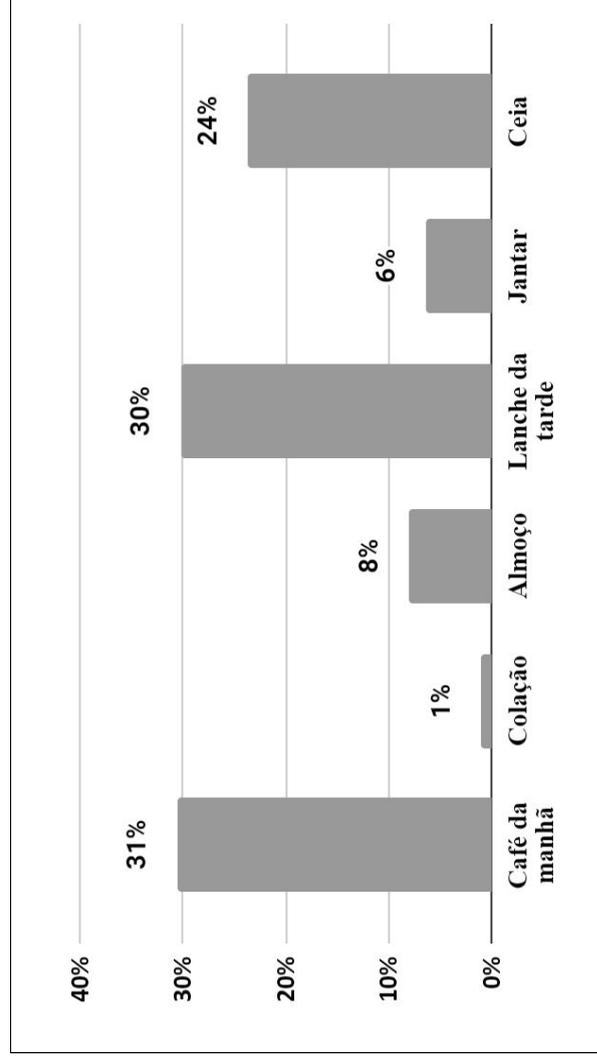
**Figura 1:** Fluxograma de composição da amostra.



**Tabela 1:** Frequência de oferta mensal de alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e ultraprocessados nos cardápios das dietas pediátricas hospitalares.

Dieta	n total	In natura ou minimamente processados		Ingredientes culinários		Processados		Ultraprocessados	
		%	%	%	%	%	%	%	%
Alergia à proteína do leite de vaca para menores de 3 anos	784	48,8		30,6		2,5		17,9	
Alergia à proteína do leite de vaca para maiores de 3 anos	798	51,5		30,0		2,5		15,9	
Brandia para menores de 4 anos	773	54,0		28,2		2,3		15,3	
Brandia para maiores de 4 anos	833	54,2		27,0		2,1		16,5	
Colestase para menores de 3 anos	855	49,3		38,7		3,0		8,3	
Colestase para maiores de 3 anos	817	54,4		27,6		2,3		15,5	
Doença celíaca para menores de 3 anos	1062	55,9		32,6		3,2		8,0	
Doença celíaca para maiores de 3 anos	1115	59,2		29,7		3,2		7,7	
Fibrose cística	1058	48,3		27,5		4,8		19,1	
Hiperclorídica para menores de 4 anos	868	54,1		24,6		2,4		18,7	
Hiperclorídica para maiores de 4 anos	837	55,5		26,0		2,5		15,8	
Líquida completa	470	49,7		23,8		0,4		25,9	
Líquida restrita	336	58,3		41,6		0		0	
Liquificada para menores de 4 anos	776	59,0		28,4		3,2		9,2	
Liquificada para maiores de 4 anos	775	58,8		28,5		3,3		9,2	
Normal para menores de 4 anos	784	54,5		27,2		2,6		15,4	
Normal para maiores de 4 anos	836	55,5		26,0		2,5		15,9	
Pastosa para menores de 4 anos	787	53,4		27,7		3,3		15,5	
Pastosa para maiores de 4 anos	855	51,5		17,8		3,0		17,5	
Pobre em resíduo para menores de 4 anos	812	52,7		35,1		2,5		9,5	

Pobre em resíduo para maiores de 4 anos	743	50,9	34,5	2,3	12,1
Restrição severa de sódio para menores 4 anos	671	57,6	16,3	2,8	23,0
Restrição severa de sódio para maiores de 4 anos	721	64,3	15,8	2,6	17,1
Sem lactose para menores de 4 anos	791	53,9	34,5	2,5	8,9
Sem lactose para maiores de 4 anos	802	54,4	32,9	2,8	9,7
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>19.959</b>	<b>54,3</b>	<b>28,8</b>	<b>2,7</b>	<b>13,9</b>



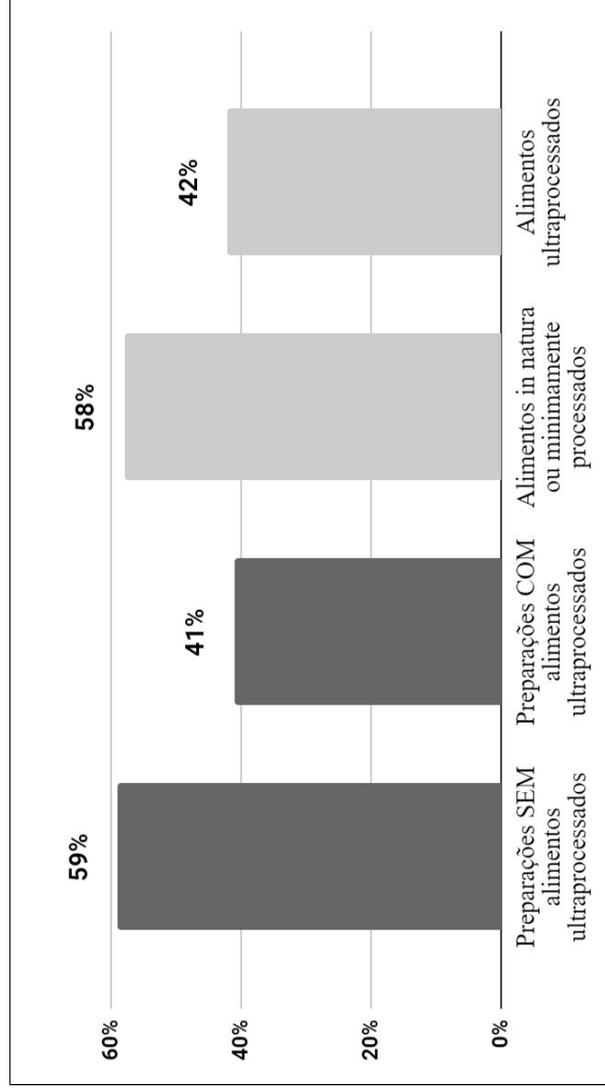
**Figura 2:** Distribuição da oferta de alimentos ultraprocessados nas refeições dos cardápios das dietas pediátricas hospitalares.

**Tabela 2:** Número de alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e ultraprocessados nas preparações culinárias que contém a presença de alimentos ultraprocessados.

<b>Preparação (ficha técnica)</b>	<b>Alimentos in natura ou minimamente processados</b>	<b>Ingredientes culinários</b>	<b>Alimentos processados</b>	<b>Alimentos ultraprocessados</b>
Cuca industrializada * com margarina	3	3		2
Fórmula de primeiro semestre com achocolatado				2
Pão * com chimia	2	2		2
Pão * com margarina	2	2		2
Sanduíche *	2	1	1	3
Leite com achocolatado hiper 1,0 kcal/ml	1			1
Leite com achocolatado	1			1
Leite com achocolatado hiper	1			2
Suco natural hiper laranja	1	1		1
Banana com creme	2	1		1
Batata com molho de iogurte	6	2		1
Bolinho de arroz	6	2		1
Bolo de chocolate diet sem glúten e sem lactose	4	1		3
Bolo de milho diet sem glúten e sem lactose	3	1	1	2
Consomê de legumes	3	2		1
Consomê de milho	2	2	1	1
Lasanha à bolonhesa	7	2	2	2
Nhoque industrializado	2	2		1
Pão diet sem glúten e sem lactose	5	3		1
Papa de bolacha	1			1
Pastel de carne	1	2		1

Pastel de queijo			1	1	1
Pudim de suco concentrado	1		1		1
Pudim com mistura industrializada	1				1
Puré de batata	2		1		1
Sagú sem creme	1		1		1
Sagú com creme de baunilha	4		1		2
Souflê de cenoura	6		2		1
Torta de peixe	6		2		1

\* Alimentos industrializados comprados prontos para o consumo.



**Figura 3:** Análise da composição das preparações e dos alimentos ofertados nos cardápios das dietas pediátricas hospitalares.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho foi idealizado a partir da demanda do Serviço de Nutrição e Dietética de analisar a composição dos padrões de dietas pediátricas do hospital através dos níveis de processamento dos alimentos e foi elaborado durante o período do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Contudo, a importância deste estudo está em elucidar questões pertinentes na rotina hospitalar e promover bons frutos a partir da discussão gerada. Compreende-se que os resultados obtidos serão essenciais para promover novas condutas relacionadas à oferta de alimentos ultraprocessados no ambiente hospitalar, visto que ao identificar os alimentos e as refeições em que são ofertados facilita-se a possibilidade de mudança. Estudos adicionais com a composição das dietas prescritas para os pacientes adultos poderão ser elaborados, a fim de debater os resultados obtidos de forma geral.

## REFERÊNCIAS

- ATHANAZIO, et al. Diretrizes brasileiras de diagnóstico e tratamento da fibrose cística. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 219-245, 2017.
- AZEVEDO, et al. Avaliação do consumo de alimentos açucarados por crianças menores de 5 anos. **BRASPEN J** 2017; 32 (2): 149-54, 2017.
- BACKES et al. CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS NO LANCHE DA TARDE DE ESCOLARES. *In*: Seminário de Iniciação Científica, XXIV, 2016. Ijuí, RS. Relatório técnico-científico, Ijuí, 2016. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/8277/7002>> Acesso em: 21 de dez. 2020.
- BARBOSA et al. Avaliação e suporte nutricional na criança com colestase. **Rev Med Minas Gerais** 2013; 23 (Supl 2): S34-S40, 2013.
- BATISTA, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de saúde pública**, v. 19 Supl 1, p. S181-91, 2003.
- BERTUOL, C.; NAVARRO, A. C. Consumo Alimentar e prevalência de obesidade/emagrecimento em pré-escolares de uma escola infantil pública. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 9, n. 52, p. 127-134, 31 ago, 2015.
- BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira[Internet]**. 2. ed. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. RESOLUÇÃO N 163, DE 13 DE MARÇO DE 2014 - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CONANDA. **SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS**, p. 1-43, 2014b.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática., 2016.
- CABRAL, J.; KRANZ, L. F.; ROSA, R. Perfil das internações por causas externas no SUS entre crianças e adolescentes no município de Porto Alegre, 2010-2013. **Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul: Casos, Análises e Práticas**, v. 2, p. 2010-2013, 2013.
- CANELLA, D. S. et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PLoS ONE**, v. 9, n. 3, 2014.
- CANELLA, D. S. et al. Consumo de hortaliças e sua relação com os alimentos ultraprocessados no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 50, 2018.
- COELHO, B. M. S.; MACEDO, M. A. D.; PEREIRA, T. G. Avaliação do consumo alimentar de adolescentes segundo a nova classificação de alimentos - nova. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, p. 32-39, 2017.

- COSTA, C. S. et al. Comportamento sedentário e consumo de alimentos ultraprocessados entre adolescentes Brasileiros: Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE), 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1–12, 2018a.
- COSTA, C. S. et al. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 148–159, 5 jan. 2018b.
- COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: O enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. SUPPL. 2, p. 332–340, 2008.
- DREWNOWSKI, A. Nutrition transition and global dietary trends. **Nutrition**. 2000 Jul-Aug;16(7-8):486-7, 2000.
- FERREIRA, H.; FRANÇA, A. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas à internação hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 6, p. 491–496, 2002.
- FIOLET, T. et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort. **BMJ (Online)**, v. 360, 2018.
- GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: Considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutricao**, v. 16, n. 4, p. 483–492, 2003.
- GIANNINI, D. Recomendações nutricionais do adolescente. **Adolescência e Saúde**, v. 4, n. 11, p. 12–18, 2007.
- HENRIQUES, P. et al. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 481-490, 2012.
- HISSANAGA; PROENÇA; BLOCK. Ácidos graxos trans em produtos alimentícios brasileiros: uma revisão sobre aspectos relacionados à saúde e à rotulagem nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 517-530, Aug. 2012.
- IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 - Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
- JARDIM, J.; SOUZA, I. Obesidade infantil no Brasil: uma revisão integrativa. **Journal of Management and Primary Health Care**. v. 8, n. 1, p. 66–90, 2017.
- LACERDA, et al. PARTICIPAÇÃO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NA DIETA DE ESCOLARES BRASILEIROS E SEUS FATORES ASSOCIADOS. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, e2019034, 2020.
- LIBANIO et al. Consumo de alimentos ultraprocessados em crianças atendidas pelo serviço de Atenção Básica na região Sul do Brasil. **International Journal of Nutrology**. 12. 035-040, 2019.
- LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. Obesity in children and young people: A crisis in public health. **Obesity Reviews, Supplement**, v. 5, n. 1, p. 4–104, 2004.
- LOUZADA, M. L. da C. et al. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia

- alimentar para a população brasileira. 1. ed. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da USP**, 2019.
- LUDWIG, D. S. Technology, diet, and the burden of chronic disease. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 305, n. 13, p. 1352–1353, 2011.
- MADRUGA, S. W. et al. Rastreamento de padrões alimentares da infância à adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, pág. 376-386, abril de 2012.
- MARTINS, A. P. B. et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 656–665, 2013.
- MELO, K. M. et al. Influence of parents' behavior during the meal and on overweight in childhood. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1–6, 2017.
- MENEGASSI, B. et al. A nova classificação alimentar: teoria, prática e dificuldades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, pág. 4165-4176, 2018.
- MENEZES; MEIRELLEST; WEFFORT. A alimentação na infância e adolescência : uma revisão bibliográfica. **Revista Médica de Minas Gerais** 2011; 21(3 Supl1): S1-S144. v. 21, p. 89–94, 2011.
- MONTEIRO, C. A. et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 11, p. 2039–2049, 2010.
- MONTEIRO, C. A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: Evidence from Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n. 1, p. 5–13, 2011.
- MONTEIRO, C. A. Consumo de alimentos e estado nutricional da população brasileira. *In: Reunião Plenária do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*, VI, 2012, Brasília, DF. Apresentação em evento. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/plenarias/apresentacoes/2012/consumo-alimentar-e-estado-nutricional-da-populacao-brasileira>> Acesso em: 28 de set. de 2020.
- MONTEIRO, C. A. et al. Nasce a estrela NOVA. **World Nutrition**, v. 7, n. 7, p. 1–3, 2016.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impact of transnational “big food” companies on the south: A view from brazil. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 7, 2012.
- MOREIRA, P. et al. Comparing different policy scenarios to reduce the consumption of ultra-processed foods in UK: Impact on cardiovascular disease mortality using a modelling approach. **PLoS ONE**, v. 10, n. 2, p. 1–14, 2015.
- NESTLE, M. Uma verdade indigesta: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos. 1ª edição. Brasil, **Editora Elefante**, 27 agosto 2019
- OPAS. Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. **66ª Sessão do Comitê Regional da OMS**, p. 1–36, 2014.
- OPAS. **Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

- RAUBER, F. et al. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 25, n. 1, p. 116–122, 2015.
- RIBEIRO, V.; ALVES, T.; FATAL, L. Pacientes pediátricos hospitalizados: evolução do estado nutricional e fatores associados A Artigo Original. v. 33, n. 1, p. 32–40, 2018.
- RIO GRANDE DO SUL, P. A. LEI Nº 15.216, DE 30 DE JULHO DE 2018. - Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável e proíbe a comercialização de produtos que colaborem para a obesidade, diabetes, hipertensão, em cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Est. **ASSEMBLEIA LEGISLATIVA Gabinete de Consultoria Legislativa**, 2018.
- ROCHA, G. A.; ROCHA, E. J. M.; MARTINS, C. V. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 1, p. 70–74, 2006.
- SBP. **Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação**. 2. ed. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.
- SCHNABEL, L. et al. Association Between Ultra-Processed Food Consumption and Functional Gastrointestinal Disorders: Results From the French NutriNet-Santé Cohort. **American Journal of Gastroenterology**, v. 113, n. 8, p. 1217–1228, 2018.
- SCHNABEL, L. et al. Association between Ultraprocessed Food Consumption and Risk of Mortality among Middle-aged Adults in France. **JAMA Internal Medicine**, v. 179, n. 4, p. 490–498, 2019.
- SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. SUPPL. 2, p. 209–223, 2008.
- SILVA, M. DA C.; NASCIMENTO, M. S.; CARVALHO, L. M. F. Ingestão de alimentos industrializados por crianças e adolescentes e sua relação com patologias crônicas: uma análise crítica de inquéritos epidemiológicos e alimentares. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.**, v. 5, p. 94–101, 2018.
- SOLÉ et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arq Asma Alerg Imunol**. 2018;2(1):39-82, 2018.
- SOUZA, A. et al. Critical analysis of labeling and household measures of margarine, vegetable cream, butter, cream cheese, and palm oil. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, SP, v. 39, n. 1, p. 1-16, abr. 2014.
- SOUZA, N. et al. (Mal)nutrition and the new epidemiological trend in a context of development and inequalities. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2257–2266, 2017.
- SOUZA, R. L. A. et al. Hospitalizações por doenças crônicas em crianças menores de cinco anos no sistema público de saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 1–7, 2019.

SPARRENBARGER, et al . Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de uma Unidade Básica de Saúde. **J. Pediatr. (Rio J)**. Porto Alegre , v. 91, n. 6, p. 535-542, Dec. 2015 .

TAVARES, et al. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 1, p. 82–87, 2012.

WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **World Health Organization - Technical Report Series**, n. 916, 2003.

WOF. Atlas of Childhood Obesity. **World Obesity Federation**, v. 1, n. October, p. 213, 2019.

WHO, **Obesity and overweight**, 2018. Disponível em:  
<<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>> Acesso em: 10 de set. 2019.

WHO. **World Health Statistics 2012**. Parte II. 34-36., 2012. Disponível em:  
<<http://www.who.int>> Acesso em: 02 de set. 2019.

WHO. **World Health Statistics 2014**. Parte II. 40-41, 2014. Disponível em:  
<<http://www.who.int>> Acesso em: 05 de set. de 2019.

Revista Paulista de  
**PEDIATRIA**  
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

## ESCOPO E POLÍTICA

### MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A *Revista Paulista de Pediatria* é uma publicação trimestral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. O objetivo é divulgar pesquisa de qualidade metodológica relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Os artigos estão disponíveis na íntegra em português e inglês, em formato eletrônico e acesso aberto. Está indexada nas bases Pubmed Central, Medline, Scopus, Embase (Excerpta Medica Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR, Sumários de Revistas Brasileiras e Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Scientific Information System).

### ACESSO ABERTO

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

### PROCESSO DE REVISÃO

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

### TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

- **Artigos originais:** incluem principalmente estudos epidemiológicos e clínicos, ou . Estudos experimentais podem ser aceitos, mas não são o foco principal da Revista.

- **Relatos de casos:** incluem artigos que relatam casos relatos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.
- **Artigos de revisão:** análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.
- **Cartas ao editor:** refletem o ponto de vista do missionista a respeito de outros artigos publicados na Revista.
- **Editoriais:** encomendados pelos editores para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

### NORMAS GERAIS

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

- Artigos originais: **3000 palavras** (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.
- Revisões: **3500 palavras** (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.
- Relatos de casos: **2000 palavras** (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.
- 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 clínicos só serão aceitos 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/bvsmis/saudelegis/gm/2008/prt1345\\_02\\_07\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html)

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

- **Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos:** Segundo resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: -site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). (<http://www.clinicaltrials.gov>).
- É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *Revista Paulista de Pediatria*. Além disto, deve ser declarado na carta qual foi o papel de cada autor na elaboração do estudo e 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, número do ORCID (essa informação é obrigatória – a falta da mesma impossibilitará a publicação do artigo), 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 ±. 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), conforme os exemplos a seguir.

### 1. Artigos em Periódicos

*Até 6 autores: listar todos os autores:*

Jih WK, Lett SM, des Vignes 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 USA*. In press 2002.

*Artigos em português:*

Seguir o estilo acima.

## 2. Livros e Outras Monografias

### *Livros:*

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 publicados

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

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 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](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:*

Abood 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 na 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/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

## SUBMISSÃO ONLINE

Para submeter o seu artigo, acesse: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rpp-scielo>. Para acessar os documentos obrigatórios: <http://www.rpped.com.br/documents-requireds>.

A Revista Paulista de Pediatria não cobra taxas para avaliação e/ou publicação de artigos

## ANEXO 2 - CARTA DE APROVAÇÃO



### HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Comissão Científica

**Projeto** 2020/0035

**Título** DESCRIÇÃO DA OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NOS PADRÕES DE DIETAS PEDIÁTRICAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador** VERA LUCIA BOSA

**Equipe de Pesquisa:**

THAIS ORTIZ HAMMES

ESTER ZOCHE

KAHENA ZARTH

**Data de** 20/03/2020

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)



Assinado digitalmente por:  
PATRICIA ASHTON PROLLA

Grupo de Pesquisa e Pós-graduação  
23/03/2020 11:07:38

<https://www.ufrgs.br/pesquisa/publicacao/destaoposconferencia/arquivo/1108710>

impresso em: AGHUse-Pesquisa por ANDERSON ZANARDO MACHADO em 20/03/2020 15:53:01