

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA**

LUÍSA REBECHI ZAMPIERI

**ESTILOS PARENTAIS NA ALIMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS
EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Porto Alegre

2023

LUÍSA REBECHI ZAMPIERI

**ESTILOS PARENTAIS NA ALIMENTAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS
EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – ênfase em Saúde da Criança como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Criança.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Bosa

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Zampieri, Luísa Rebechi
Estilos Parentais na alimentação e fatores
associados em crianças hospitalizadas / Luísa Rebechi
Zampieri. -- 2024.
63 f.
Orientadora: Vera Lúcia Bosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde - Programa Saúde da
Criança, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Comportamento alimentar. 2. Relação parental. 3.
Nutrição da Criança. 4. Família. 5. Criança. I. Bosa,
Vera Lúcia, orient. II. Título.

RESUMO

Introdução: A hospitalização é um evento estressor que desencadeia alterações psicossociais significativas para a dinâmica criança-família, inclusive na alimentação. O processo de alimentação da criança necessita de participação ativa do cuidador, uma vez que as interações entre pais e filhos durante as refeições influenciam o comportamento alimentar da criança. Essa interação cuidador-criança durante a refeição é chamada de estilo parental na alimentação. São bem estabelecidos quatro estilos alimentares parentais: responsivos (autoritativo) e não responsivos (autoritário, indulgente e negligente). Desta forma, o objetivo do presente estudo é analisar as práticas parentais e fatores sociodemográficos e nutricionais associados em crianças hospitalizadas, em busca de auxiliar o desenvolvimento de intervenções efetivas para promoção de melhores desfechos em saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com pacientes pediátricos e seus cuidadores. Foram incluídas crianças de 6 meses a 14 anos incompletos admitidas na internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O consumo alimentar foi avaliado pelos Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN. O estilo parental foi classificado através do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação. **Resultados:** Foram avaliados 204 pares de cuidador-criança. A maioria das crianças eram do sexo masculino (57,8%), com idade mediana de 4,5 anos (1,9 - 8) e 77% das crianças já haviam sido hospitalizadas anteriormente. Entre os responsáveis, 86,3% são mulheres, sendo a maioria mães (77,9%) que possuíam companheiro (69,1%). Em relação à renda mensal familiar, 46,1% possuíam renda abaixo de dois salários-mínimos. O estilo parental mais prevalente foi o indulgente (64,2%). Observou-se que cuidadores com baixa exigência tinham a percepção de que as crianças aceitavam bem os alimentos (n=88, 67,2% [p<0,001]), já cuidadores com alta exigência percebiam algum grau de dificuldade na aceitação alimentar (n=19, 40,4% [p<0,001]) (n=10, 50%, [p<0,001]), e resistência para experimentar novos alimentos (n=35, 40,4% [p<0,001]) (n=17, 85%, [p<0,001]). O estilo parental autoritário foi associado à maior frequência de refeições pelas crianças (n=19, 95% [p=0,035] [p=0,038] [p=0,031]). Rendas familiares menores foram associadas ao estilo parental autoritativo (n=28, 65,1% [p=0,034]) e renda maiores foram associadas ao estilo parental indulgente (n=71, 57,7% [p=0,034]).

Conclusão: O estudo encontrou que o estilo parental mais frequente foi não responsivo (indulgente) e que fatores sociodemográficos, como a renda familiar e nutricionais, como frequência das refeições e aceitação alimentar podem estar associadas ao comportamento do cuidador em relação à alimentação da criança. Desta forma, ressalta-se a importância dos cuidadores enquanto responsáveis pela promoção de uma relação alimentar saudável com a criança dentro da sua situação econômica e social dentro e fora do hospital.

Palavras-chave: Comportamento alimentar; Criança; Família; Relação Parental; Nutrição da Criança

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization is a stressful event that can lead to significant psychosocial changes in the child-family dynamic, including aspects of feeding. Feeding a child requires active participation from the caregiver, as interactions between parents and children during meals significantly influence the child's eating behavior. This caregiver-child interaction at mealtime is referred to as the parental feeding style. Four parental feeding styles are well-established: responsive (authoritative) and non-responsive (authoritarian, indulgent, and neglectful). Therefore, the purpose of this study is to analyze parental practices and associated sociodemographic and nutritional factors in hospitalized children, aiming to assist in the development of effective interventions to promote better health outcomes. **Methods:** This is a cross-sectional study with pediatric patients and their caregivers. Included were children aged 6 months to under 14 years, admitted to the pediatric unit of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dietary intake was assessed using the Food Consumption Markers from SISVAN. Parental style was classified through the Parental Feeding Style Questionnaire. **Results:** A total of 204 caregiver-child pairs were evaluated. Most of the children were male (57.8%), with a median age of 4.5 years (range 1.9 - 8), and 77% had been hospitalized previously. Among the caregivers, 86.3% were women, most of whom were mothers (77.9%) and had a partner (69.1%), with a monthly income below two minimum wages (46.1%). The most prevalent parental style was indulgent (64.2%). Caregivers with low demands perceived that children accepted food well (n=88, 67,2% [p<0,001]), whereas caregivers with high demands perceived some difficulty in food acceptance (n=19, 40,4% [p<0,001]) (n=10, 50%, [p<0,001]) and reluctance to try new foods (n=35, 40,4% [p<0,001]) (n=17, 85%, [p<0,001]). The authoritarian parental style was associated with a higher frequency of meal consumption by the children (n=19, 95% [p=0,035] [p=0,038] [p=0,031]). Lower family incomes were linked to the authoritative parental feeding style (n=28, 65,1% [p=0,034]) and higher incomes to the indulgent parental feeding style (n=71, 57,7% [p=0,034]). **Conclusion:** The study found that the most frequent parenting feeding style was non-responsive (indulgent), and that sociodemographic factors, such as family income, and nutritional factors, such as meal frequency and food acceptance, can be associated with the caregiver's behavior regarding the child's nutrition. Thus, the importance of caregivers is emphasized as they play a crucial role in promoting a healthy feeding relationship with the child within their economic and social context both inside and outside the hospital.

Keywords: Feeding behavior; Child; Family; Parenting; Child Nutrition.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CFSQ	Caregiver's Feeding Styles Questionnaire
DAP	Dificuldade Alimentar Pediátrica
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IMC	Índice de Massa Corporal
QEPA	Questionário de Estilos Parentais na Alimentação
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Estilos parentais segundo Baumrind e posteriormente modificados por Maccoby e Martin	13
Figura 2	Dimensões do estilo parental	14
Figura 1 (artigo)	Estilos parentais na alimentação de cuidadores de crianças hospitalizadas	31
Figura 2 (artigo)	Associação dos estilos parentais na alimentação e percepção do cuidador sobre aceitação alimentar pela criança	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das crianças em internação hospitalar	26
Tabela 2	Caracterização dos cuidadores de crianças hospitalizadas	28
Tabela 3	Dados sobre os marcadores de consumo alimentar das crianças hospitalizadas	30
Tabela 4	Associação do consumo alimentar com o estilo parental entre cuidadores e crianças internadas	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REFERENCIAL TEÓRICO	09
	2.1 Cuidado do paciente hospitalizado	09
	2.2 Comportamento alimentar infantil	10
	2.3 Estilo parental na alimentação	12
3	JUSTIFICATIVA	17
4	PERGUNTA E HIPÓTESE DE PESQUISA	18
5	OBJETIVOS	19
	5.1 Objetivo geral	19
	5.2 Objetivos específicos	19
6	RESULTADOS	20
	6.1 Artigo “Estilo parental na alimentação e fatores associados em crianças hospitalizadas”	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
8	REFERÊNCIAS	42

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para crianças menores de seis anos

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para crianças maiores de seis anos

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores

APÊNDICE D - Questionário sociodemográfico, clínico e nutricional

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário de Marcadores de Consumo Alimentar SISVAN

ANEXO 2 - Questionário de Estilos Parentais na Alimentação

ANEXO 3 - Normas para submissão da Revista Paulista de Pediatria

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil é um acontecimento causador de estresse e trauma para a criança, já que, junto à internação, vem a ruptura do meio social e de suas atividades cotidianas (SANTOS *et al.*, 2016). A alimentação durante a internação hospitalar também se torna mais um desafio, uma vez que diversos sintomas físicos, como náuseas, vômitos e inapetência, somado aos aspectos emocionais levam à diminuição da aceitação alimentar. Com isso, pais e cuidadores apresentam preocupação em relação à nutrição dos filhos, devido sua importância para a recuperação e a manutenção da saúde da criança. Muitas vezes, modificando seu comportamento no momento das refeições com a criança no ambiente hospitalar (SUEIRO *et al.*, 2019).

A infância é uma fase determinante para o estabelecimento de práticas e hábitos alimentares que persistem durante toda a vida (GIBSON *et al.*, 2012; LAUS *et al.*, 2017). A alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode também representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta (ROSSI *et al.*, 2008). O processo de alimentação da criança necessita de participação ativa do cuidador, uma vez que as interações entre pais e filhos durante as refeições podem influenciar de maneira positiva ou negativa no comportamento alimentar da criança saudável (RAHILL, KENNEDY e KEARNEY, 2020). A forma como os pais interagem com os filhos durante a refeição é chamada de estilo parental na alimentação. Existem quatro estilos alimentares parentais no contexto alimentar: responsivos (autoritativo) e não responsivos (autoritário, indulgente e negligente) (HUGHES *et al.*, 2008). O estilo parental responsivo, idealmente adotado na interação entre pais-filhos, está associado a desfechos positivos para as crianças, como menor frequência de comportamentos alimentares não saudáveis e maior nível de otimismo e autoconfiança. Em contrapartida, cuidadores permissivos estão associados a práticas desfavoráveis, como diminuição da capacidade de autorregulação alimentar (MARANHÃO *et al.*, 2018).

Tendo isso em vista, o objetivo do presente estudo é analisar os estilos parentais e os fatores sociodemográficos e nutricionais associados em crianças hospitalizadas, em busca de auxiliar o desenvolvimento de intervenções efetivas para promoção de melhores desfechos em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidado do paciente pediátrico hospitalizado

A hospitalização infantil é um acontecimento causador de estresse e trauma para a criança, já que, junto à internação, vem a ruptura do meio social e de suas atividades cotidianas (SANTOS *et al.*, 2016). Isso se traduz em diversos problemas como: longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva - muitas vezes com efeitos indesejáveis advindos do próprio tratamento - dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, sofrimento, dor e o medo constante da possibilidade de morte (BEZERRA *et al.*, 2016).

Com isso, a criança necessita adaptar-se ao novo ambiente e sua nova rotina, sendo submetida repetidas vezes a procedimentos invasivos e dolorosos. No ambiente hospitalar, muitas vezes as crianças enfrentam limitações de atividades, tanto pela situação clínica quanto pela falta de espaço físico, podendo contribuir para aumentar o sofrimento físico e psíquico (FERREIRA *et al.*, 2019).

A alimentação durante a internação hospitalar também se torna mais um desafio. Diversos sintomas podem acompanhar comumente as doenças e influenciar a aceitação alimentar da criança, como febre, náuseas e vômitos, diarreia, dores, incapacidade de se alimentar além de alterações no paladar devido ao efeito colateral de medicamentos. Outros fatores como a distância da família, horários irregulares, sabor da alimentação fora da rotina diária e o estado emocional também são aspectos importantes na redução da ingestão alimentar e deterioração do estado nutricional ao longo da internação (MORIMOTO, 2002). A falta de apetite na criança enferma pode levar a uma importante redução da ingestão de nutrientes, de energia e, conseqüentemente, é determinante como fator prognóstico de saúde (HAZARD *et al.*, 2021).

Para a família, a hospitalização da criança significa a perda da normalidade, insegurança na função parental, alterações financeiras, e dor pelo sofrimento do filho (ALMEIDA *et al.*, 2006). A família é considerada uma unidade primária do cuidado, pois ela é o espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apoiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços para amenizar ou solucionar

problemas. A cultura familiar é determinada pelo conjunto de princípios implícitos e explícitos que norteiam os indivíduos na sua concepção de mundo, maneira de sentir, experienciar e de se comportar (ROSSATO; BOER, 2002).

Diante disso, os pais procuram formas de atenuar suas necessidades físicas, centradas na terapêutica, mas também estão atentos ao seu bem-estar emocional. Eles parecem conseguir integrar na assistência, aspectos emocionais, psicológicos e do corpo biológico propriamente dito (MENEZES, 2013).

A preocupação em relação à nutrição das crianças é frequente e pode ser motivada pela importância crucial da nutrição para a recuperação e a manutenção da saúde da criança. A hospitalização em si já é um evento estressante para a criança e seus pais, e a alimentação desempenha um papel crucial nesse contexto. Os pais muitas vezes têm preocupações sobre a aceitação dos alimentos pela criança, especialmente se ela estiver enfrentando sintomas como perda de apetite, náuseas ou desconforto alimentar devido à condição de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A ansiedade dos pais em relação à alimentação da criança no hospital também pode ser influenciada pelo papel ativo que desempenham no processo. Os cuidadores muitas vezes assumem a responsabilidade de auxiliar na alimentação, garantindo que a criança receba a quantidade necessária de nutrientes para apoiar a recuperação (ALMEIDA *et al.* 2006).

Essa participação ativa pode gerar preocupações adicionais, como a eficácia das escolhas alimentares e a capacidade da criança de aceitar a comida oferecida. No entanto, as restrições alimentares impostas pelo ambiente hospitalar, como dietas específicas ou limitações nos tipos de alimentos disponíveis, podem influenciar a postura mais permissiva e inadequada dos cuidadores no momento das refeições realizadas na internação hospitalar. Como uma forma de compensar essas restrições, eles podem permitir que a criança consuma uma variedade maior de alimentos quando fora do ambiente hospitalar (SUEIRO *et al.*, 2019)

2.2 Comportamento alimentar infantil

A infância é considerada uma janela de oportunidades crucial para a saúde, o aprendizado, o desenvolvimento e o bem-estar social e emocional das crianças e que tem papel determinante nos hábitos durante a vida adulta. A neurociência

comprova que o cérebro da criança tem grande plasticidade, fazendo com que essa etapa seja marcada pelo rápido desenvolvimento cognitivo e social (UNICEF, 2018). As conexões neuronais estabelecidas nesse período formam a base das estruturas que dão sustentação à aprendizagem ao longo da vida. Nessa fase aprendemos as habilidades emocionais, cognitivas e sociais, e desenvolvemos nossa capacidade intelectual, aptidões e competências com maior facilidade. A formação de padrões alimentares que serão levados para toda a vida e que serão importantes para a formação do comportamento alimentar são estabelecidos na infância (BIRCH; DOUB, 2014).

O comportamento alimentar caracteriza o modo como as pessoas se alimentam (LAUS *et al.*, 2017) As respostas comportamentais associadas ao ato da alimentação interferem na qualidade de vida e, quando inadequadas, favorecem o surgimento de algumas doenças crônico-degenerativas (MACHADO; COTTA; SILVA, 2014). A fim de compreender os hábitos e as preferências alimentares infantis, é necessário reconhecer as premissas acerca da rede de influências da alimentação infantil. Story *et al* (2002) classificam as influências do comportamento alimentar em quatro categorias, entre elas:

- a) Determinantes individuais: relacionados a escolhas e comportamentos alimentares incluindo atitudes, crenças, conhecimento, autoeficácia, preferências e fatores biológicos e demográficos;
- b) Determinantes interpessoais: os ambientes sociais, que incluem família, amigos e redes de pares têm grande impacto nas escolhas e nos comportamentos alimentares através de mecanismos como modelagem, reforço, apoio social e normas percebidas;
- c) Ambientes comunitários: incluem o ambiente onde pessoas comem ou procuram alimentos. A configuração física dentro da comunidade influencia quais alimentos estão disponíveis e acessíveis (escolas, creches, restaurantes, lojas de conveniência);
- d) Sociais: exercem um papel indireto, mas têm um importante efeito em como as pessoas se alimentam, incluindo fatores socioeconômicos, normas culturais, publicidade de alimentos e políticas de alimentação e agricultura.

O comportamento alimentar da criança é determinado inicialmente pela família e posteriormente por processos psicossociais e culturais (VENTURA; BIRCH 2008). A interação cuidador-criança e as expectativas geradas no momento da refeição podem afetar o comportamento de uma criança na hora das refeições por uma ampla variedade de fatores, como o estilo de alimentação dos pais, composição da dieta, preferências alimentares dos pais e das crianças, práticas dos pais de alimentação da criança, disponibilidade de alimentos em casa, consumo de alimentos fora ou de refeições feitas em casa, crenças sobre nutrição e má interpretação dos sinais de fome e saciedade da criança (SCAGLIONI *et al.*, 2008).

Dessa forma, o ambiente familiar mostra impacto significativo no desenvolvimento do comportamento alimentar. Assim, os adultos devem fornecer um bom modelo desse comportamento para as crianças, sendo a família, o primeiro aliado nas ações preventivas ou intervencionistas, que irão moldar o padrão dietético infantil que pode durar ao longo de toda vida.

2.3 Estilo parental na alimentação

A formação do comportamento alimentar tem início na infância, nos primeiros meses de vida e, com o tempo, se configura como o resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). O aleitamento materno, a introdução dos alimentos complementares após os seis meses de vida, os hábitos alimentares familiares e as condições socioeconômicas exercem papel fundamental nessa formação (PETERS *et al.*, 2013).

A família é considerada o primeiro e o principal agente de socialização, transferindo e moldando comportamentos e estilos de vida às crianças, muitas vezes por meio de seus próprios hábitos. As primeiras experiências alimentares se iniciam no ambiente familiar. É no ambiente familiar que esse aprendizado se inicia e é onde acontecem as primeiras experiências alimentares (LARSON *et al.*, 2009).

Os principais cuidadores são responsáveis, em parte, pelo comportamento alimentar não saudável das crianças e para que haja a mudança de hábitos alimentares inadequados, é necessário melhorar o comportamento alimentar da família como um todo (ROSSI *et al.*, 2008). Embora os familiares não sejam as únicas influências alimentares, eles exercem papel primordial, principalmente nos primeiros anos de vida da criança e são mediadas pelos estilos parentais.

A literatura reconhece que os estilos parentais de alimentação são descritos como o resultado de atitudes e comportamentos de interação com a criança no momento da refeição, com comportamentos alimentares característicos associado a eles. Representam uma característica dos pais ou cuidadores e o clima emocional nas quais as práticas são aplicadas, variando de acordo com as dimensões de afeto, capacidade de resposta, exigência e grau de controle do comportamento da criança (BIRCH; DAVISON, 2001).

O modelo de classificação de Diana Baumrind impulsionou o estudo dos estilos parentais, definindo três tipos: autoritativo, autoritário e permissivo. O diferencial entre a proposta de Baumrind e a nova proposta de Maccoby e Martin (1983) é o desmembramento da classificação do estilo permissivo em dois: o indulgente e o negligente (Figura 1).

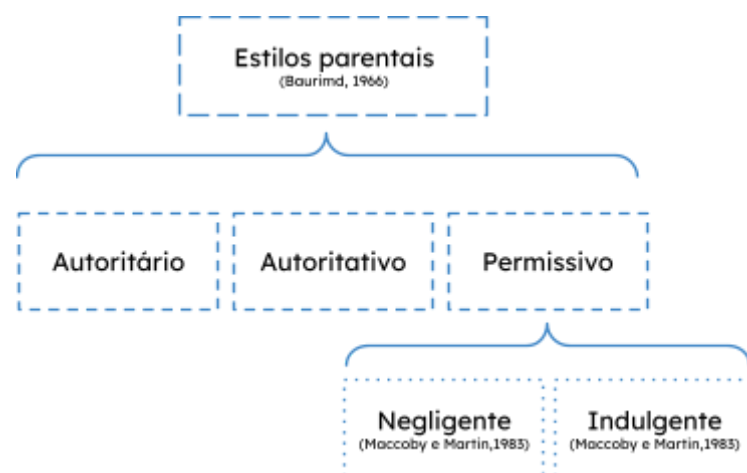


Figura 1: Estilos parentais segundo Baumrind e posteriormente modificados por Maccoby e Martin

Segundo Hughes et al., (2008), os estilos parentais na alimentação baseiam-se em duas dimensões: exigência e responsividade (Figura 2). A dimensão exigência que se refere ao quanto os pais incentivam a alimentação dos seus filhos, enquanto a dimensão responsividade se refere à forma como os pais incentivam a alimentação dos seus filhos.



Figura 2: Dimensões do estilo parental

A partir de uma composição dessas duas dimensões, temos as quatro categorias de estilo parental na alimentação: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente (HUGHES et al., 2008):

Estilo autoritativo

É caracterizado por cuidadores com alta responsividade e exigência que são classificados como autoritativos. Este perfil de cuidador estabelece regras que são enfatizadas através de uma comunicação clara e aberta. As atitudes corretas são reconhecidas e as erradas são corrigidas. São carinhosos na interação, responsivos às necessidades e frequentemente solicitam a opinião dos filhos (BAUMRIND, 1966).

Maranhão *et al.* (2018) realizaram um estudo transversal com 301 pré-escolares com objetivo de analisar a prevalência de Dificuldades Alimentares Pediátricas (DAPs), sua associação com fatores epidemiológicos, práticas alimentares pregressas e repercussão sobre o estado nutricional entre 2014 e 2015. Destacaram que o perfil responsivo das mães foi fator protetor para o desenvolvimento das DAPs e reforçam a importância do aspecto comportamental e da interação entre mãe e filho. Outro estudo avaliou que o estilo parental autoritativo associou-se com uma ocorrência mais frequente de refeições em família por semana (BERGE *et al.*, 2010).

Estilo autoritário

É descrito como a soma de um alto nível de controle e de pouca responsividade. Os cuidadores são rígidos, radicais e autocráticos. Impõem alto grau de exigência, estabelecendo regras restritas, independentemente da participação da criança. Normalmente, dão ênfase à obediência pelo respeito à autoridade e à ordem. A punição é a forma de controle e não valorizam o diálogo nem a autonomia, bem como apresentam baixa responsividade aos questionamentos que a criança possa fazer (BAUMRIND, 1966). O estilo parental autoritário tem por característica o controle excessivo na alimentação infantil, levando a uma redução na capacidade de autorregulação da criança. Somado a isso, os pais que restringiram o acesso dos filhos a alimentos ricos em gordura e açúcar aumentaram a atenção e a seleção desses alimentos pelas crianças (FISHER; BIRCH, 2000).

Estilo indulgente

O estilo indulgente é a combinação entre o baixo nível de controle e o alto nível de responsividade. Os pais não estabelecem regras nem limites para a criança e não exigem responsabilidade nem maturidade, exercendo tolerância de modo excessivo. São carinhosos, comunicativos e receptivos, com tendência a realizar qualquer desejo da criança (BAUMRIND, 1966). Os cuidadores indulgentes têm sido frequentemente associados a piores desfechos de saúde das crianças, como excesso de peso, obesidade, menor ingestão de grãos integrais e maior Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (HENNESSY *et al.*, 2010; HUGHES *et al.*, 2008; TOVAR *et al.*, 2015). Um estudo feito com 296 famílias norte-americanas demonstrou que os filhos de pais indulgentes possuíam menor capacidade de “resposta à saciedade”(FRANKEL *et al.*, 2014), e esta, por sua vez, foi associada à obesidade e ao consumo de alimentos ultraprocessados (VEDOVATO *et al.*, 2021).

Estilo negligente

O estilo negligente é o resultado de baixos níveis de controle e responsividade. Esses pais não são carinhosos e nem exigentes. Apresentam pouca interatividade social e não vigiam o comportamento de seus filhos. Respondem apenas às necessidades básicas, gerando certo distanciamento. Estão preocupados e focados em seus próprios interesses (BAUMRIND, 1966). Um estudo demonstrou

que mães negligentes amamentam exclusivamente por menos tempo e interagem menos com os filhos durante as refeições (MACHADO *et al.*, 2018).

Visto que os pais/cuidadores desempenham um papel fundamental na ingestão alimentar das crianças por meio de práticas parentais e de alimentação, identificar o estilo parental na alimentação possibilita elaboração de técnicas comportamentais direcionada considerando o perfil de cada cuidador.

3 JUSTIFICATIVA

A hospitalização é um evento estressor que desencadeia alterações psicossociais significativas para a dinâmica criança-família. O fato de estar distante dos demais membros da família e lidar com situações de sofrimento inerentes ao ambiente hospitalar, bem como a adaptação a uma nova rotina, são aspectos importantes desse processo (SANTOS *et al.*, 2016). Junto a isso, a alimentação da criança também sofre alterações e se torna alvo de preocupação dos pais e cuidadores (OLIVEIRA *et al.*, 2015; BEZERRA *et al.*, 2016).

Os pais influenciam na preferência alimentar das crianças e em seu padrão alimentar por meio da disponibilidade de alimentos ofertados para a criança, pelo uso de práticas de alimentação e pelo seu próprio comportamento alimentar (BIRCH; DAVISON, 2001).

O estilo parental de alimentação do principal cuidador sobre a criança hospitalizada é de extrema importância, pois as ações dos pais alteram o comportamento alimentar da criança. Nesse sentido, a participação dos estilos de alimentação do cuidador deve ser considerado parte essencial do manejo profissional durante a internação hospitalar (HUGHES *et al.*, 2008).

Considerando o exposto, é necessário que o profissional de saúde saiba reconhecer os estilos parentais. Desta forma, realizar melhores orientações aos pais e cuidadores acerca de suas posturas e analisar de que forma o ambiente e o comportamento familiar podem ser modificados e se aproximarem do mais adequado. Com isso, propiciar intervenções que promovam melhores desfechos na qualidade de vida dessas famílias.

4 PERGUNTA E HIPÓTESE DE PESQUISA

4.1 Pergunta de pesquisa

Crianças hospitalizadas apresentam com maior frequência cuidadores com estilos parentais não responsivos?

4.2 Hipótese de pesquisa

Estilos parentais não responsivos são mais frequentes em crianças hospitalizadas.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar os estilos parentais e fatores associados em crianças hospitalizadas.

5.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o estilo parental de cuidadores de crianças hospitalizadas;
- b) Avaliar o contexto socioeconômico e práticas parentais dos cuidadores;
- c) Identificar os marcadores de consumo alimentar de crianças hospitalizadas;
- d) Associar os estilos parentais responsivo (autoritativo) e não responsivos (autoritário, negligente, indulgente) de alimentação e o contexto socioeconômico e práticas parentais dos cuidadores
- e) Associar os estilos parentais responsivo (autoritativo) e não responsivos (autoritário, negligente, indulgente) de alimentação e o consumo alimentar das crianças hospitalizadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo encontrou que o estilo parental de alimentação em crianças hospitalizadas é majoritariamente não responsivo. Além disso, fatores sociodemográficos, como a renda familiar e fatores nutricionais, como frequência das refeições e a percepção sobre a aceitação alimentar da criança sofrem modificações no comportamento do cuidador.

A análise dos dados revela que a percepção dos cuidadores sobre a alimentação infantil está intrinsecamente ligada aos comportamentos alimentares adotados durante a hospitalização. Observa-se que a compreensão dos cuidadores sobre as preferências alimentares das crianças, suas percepções sobre aceitação alimentar e a influência dos fatores socioeconômicos oferecem conhecimentos significativos para o desenvolvimento de intervenções eficazes. A associação entre estilos parentais e frequência de refeições destaca a importância de estratégias adaptadas às necessidades específicas de cada criança e sua família.

Contudo, o estudo apresenta as seguintes limitações. Primeiramente, o número amostral não foi suficiente para a realização de controle das análises por confundidores, uma vez que, com isso, seria possível aumentar a confiabilidade dos achados significativos. Além do fato deste estudo ser transversal, não sendo possível avaliar os resultados a médio ou longo prazo. Outra característica do estudo é o amplo escopo da faixa etária trabalhada.

Os estilos parentais são um tema bastante estudado atualmente, porém de forma escassa na população hospitalizada. Mais estudos são necessários nessa população visando avaliação da associação entre dados nutricionais e clínicos do cuidador, como estado nutricional e consumo alimentar. Sugere-se que em estudos posteriores se leve em consideração fatores clínicos associados como cronicidade da doença, tempo de internação e presença de dificuldades alimentares, além de características etárias com base no desenvolvimento da criança, a partir do momento que os determinantes da alimentação e o estilo parental podem ser diferentes de acordo com a idade da criança e o contexto em que ela está inserida.

Portanto, reconhecer o impacto dos estilos parentais na alimentação no contexto hospitalar não apenas evidencia a importância de considerar as práticas familiares durante a internação, mas também ressalta a necessidade de intervenções sensíveis e personalizadas para promover uma relação alimentar saudável e favorecer o bem-estar das crianças hospitalizadas. Desta forma, a identificação de padrões associados a diferentes estilos parentais proporciona uma base sólida para a implementação de programas de aconselhamento nutricional direcionados, que visam melhorar a relação alimentar durante o período de hospitalização e, por extensão, influenciar positivamente os hábitos alimentares após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Lusyanny Parente *et al.* Overweight relationship with dietary behavior and lifestyle in brazilian students. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, [S.L.], n. 1, p. 17-23, 28 fev. 2016. Fundación alimentación saludable.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12873/361parente>.
- ALMEIDA, Maria Inez et al. O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. **Escola Anna Nery**, v. 10, p. 36-46, 2006.
- BAUMRIND, Diana. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. **Child Development**, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 887, dez. 1966. JSTOR. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/1126611>.
- BERGE, Jerica M. *et al.* Parenting Style and Family Meals: cross-sectional and 5-year longitudinal associations. **Journal Of The American Dietetic Association**, [S.L.], v. 110, n. 7, p. 1036-1042, jul. 2010. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2010.04.011>
- BEZERRA, Júlia Carmo; OLIVEIRA, Luciana Carla Barbosa de; MAIA, Eulália Maria Chaves. Stress and quality of life in children with chronic kidney disease hospitalized. **Psicologia, Saúde & Doença**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 382-388, 10 nov. 2016. Sociedad Portuguesa de Psicologia da Saúde. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170306>.
- BIRCH, Leann L; DOUB, Allison e. Learning to eat: birth to age 2 y. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, [S.L.], v. 99, n. 3, p. 723-728, 22 jan. 2014. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
- BIRCH, Leann Lipps; DAVISON, Kirsten Krahnstoever. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatric Clinics Of North America**, [S.L.], v. 48, n. 4, p. 893-907, ago. 2001. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70347-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70347-3)
- BORGES, Rogério Boff *et al.* Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. **Clinical & Biomedical Research**, [S.L.], v. 40, n. 4, apr. 2021. ISSN 2357-9730. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542>.
- FERREIRA, Lucas Batista *et. al.* Cuidar de enfermagem às famílias de crianças e adolescentes hospitalizados. **Rev. Enferm UFPE**. [S.L.], v.13, n.1, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005939>.
- FISHER, Jennifer Orlet; BIRCH, Leann Lipps. Parents' Restrictive Feeding Practices are Associated with Young Girls' Negative Self-evaluation of Eating. **Journal Of The American Dietetic Association**, [S.L.], v. 100, n. 11, p. 1341-1346, nov. 2000. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223\(00\)00378-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223(00)00378-3)
- FRANKEL, Leslie A. *et al.* Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. **Appetite**, [S.L.], v. 76, p. 166-174, maio 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.077>
- GIBSON, E. L. *et al.* A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviors aimed at reducing obesity risk. **Obesity Reviews**, [S.L.], v. 13, p. 85-95, 6 fev. 2012. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789x.2011.00939.x>

HAZZARD, Emily et al. Healthcare professionals' perspectives on the role of dietitians within multidisciplinary head and neck cancer teams: a qualitative multi-site study. **Nutrition & Dietetics**, v. 78, n. 5, p. 506-515, 2021.

HENNESSY, Erin et al. Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. **Appetite**, [S.L.], v. 54, n. 2, p. 369-377, abr. 2010. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.004>

HUGHES, Sheryl O. et al. Indulgent Feeding Style and Children's Weight Status in Preschool. **Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 403-410, out. 2008. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/dbp.0b013e318182a976>.

LARSON, Nicole et al. A Review of Environmental Influences on Food Choices. **Annals Of Behavioral Medicine**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. 56-73, 3 out. 2009. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-009-9120-9>

LAUS, Maria Fernanda et al. Determinantes ambientais do comportamento alimentar. In: DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria (org.). **Mudanças alimentares e Educação Alimentar e Nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.118 - 138.

MACCOBY, E; & MARTIN, J. A. .Socialization in the context of the family: parent-child interaction. **Handbook of Child Psychology**, New York: Wiley, v. 4, p:1-101, 1983.

MACHADO, Juliana Costa; COTTA, Rosângela Minardi Mitre, SILVA; Luciana Saraiva da. Abordagem do desvio positivo para a mudança de comportamento alimentar: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, [S.L.], v. 36, n. 2, p 134–140, 2014.

MARANHÃO, H. S.; et al. Dificuldades Alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. **Revista Paulista de Pediatria**, Natal, v. 36, n. 1, p. 45-51, 30 out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;1;00004>

MENEZES, Marina. A Criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização. 2010. 411 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MORIMOTO, I. M. I. Melhoria da Qualidade na Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar: Um Modelo Prático. 2002. 262 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós - Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OLIVEIRA, Mariana Rebouças de, et al. Câncer infantil: percepções de cuidadoras sobre alimentação, dinâmica familiar e emocional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 560-567, 30 dez. 2015. Fundacao Edson Queiroz. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p560>.

PETERS, Jacqueline et al. Parental influences on the diets of 2- to 5-year-old children: systematic review of qualitative research. **Journal Of Early Childhood Research**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 3-19, 12 nov. 2013. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1476718x13492940>

RAHILL, Stephanie; KENNEDY, Aileen; KEARNEY, John. A review of the influence of fathers on children's eating behaviours and dietary intake. **Appetite**, [S.L.], v. 147, p. 104540, abr. 2020. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2019.104540>.

ROSSATO, Angélica Laurini; BOER, Noemi. O impacto emocional da hospitalização em crianças de seis a dez anos. **Disciplinarum Scientia**, v. 3, n. 1, p. 145-164, 2002.

SANTOS, Priscila Mattos dos et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 4, p. 646-653, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>.

SCAGLIONI, Silvia *et al.* Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. **British Journal Of Nutrition**, [S.L.], v. 99, n. 1, p. 22-25, fev. 2008. Cambridge University Press (CUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0007114508892471>.

STORY, Mary T. *et al.* Management of Child and Adolescent Obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. **Pediatrics**, [S.L.], v. 110, n. 1, p. 210-214, 1 jul. 2002. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.110.s1.210>

SUEIRO, Isis de Moura et al. Fatores intervenientes para o cuidado de enfermagem na alimentação da criança hospitalizada em quimioterapia. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, [S.L.], v. 9, p. 1-19, 10 set. 2019. Universidad Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769231138>.

TOVAR, Alison *et al.* Low demanding parental feeding style is associated with low consumption of whole grains among children of recent immigrants. **Appetite**, [S.L.], v. 95, p. 211-218, dez. 2015. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.006>

UNICEF. Desenvolvimento Infantil - 2018. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil; 2018.

VEDOVATO, Gabriela Milhassi *et al.* Ultra-processed food consumption, appetitive traits and BMI in children: a prospective study. **British Journal Of Nutrition**, [S.L.], v. 125, n. 12, p. 1427-1436, 23 set. 2020. Cambridge University Press (CUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0007114520003712>

VENTURA, Alison K; BIRCH, Leann L. Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 15, 2008. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>

APÊNDICE A - Termo de consentimento para menores de seis anos

TCLE PARA RESPONSÁVEIS - PACIENTE MENORES DE SEIS ANOS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 20220535

Título do Projeto: desenvolvimento de instrumento para triagem de dificuldade alimentar pediátrica.

O(A) paciente pelo qual você é responsável está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento de triagem para rastrear dificuldades alimentares pediátricas, identificar a prevalência de dificuldades alimentares no público pediátrico, avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com dificuldades alimentares, identificar as alterações funcionais da deglutição, habilidade motora-oral e variáveis fonoaudiológicas, além de desenvolver um protocolo assistencial proporcionar alta segura para este público. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de nutrição e dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você autorizar, a participação na pesquisa envolverá responder questionários com informações sobre você e o paciente.

A participação na pesquisa possui risco mínimo aos convidados, sendo eles relacionados à perda de confidencialidade das informações fornecidas e desconforto pelo tempo de resposta à escala.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são ajudar a identificar a prevalência de dificuldades alimentares em crianças hospitalizadas, sendo uma etapa de um estudo que tem como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta de triagem para rastrear dificuldades alimentares. Através do desenvolvimento deste instrumento e todas as etapas previstas, espera-se que seja possível detectar o risco e promover o tratamento e encaminhamento de forma precoce aos profissionais responsáveis pelo cuidado, mensurar a qualidade de vida dos cuidadores, desenvolver e colocar em prática o protocolo assistencial que tem como objetivo proporciona e aprimorar as orientações de alta para os responsáveis e pacientes com dificuldade alimentar pediátrica.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar, ou ainda, desistir da participação e retirar sua autorização, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que a pessoa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da participação na pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome ou da pessoa pela qual você é responsável não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Vera Lúcia Bosa, pelo telefone (51) 996830417, com o pesquisador Haissa Iaronka Cardoso, pelo telefone (53) 999660023, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

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

Nome do responsável do paciente

Assinatura

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Local e Data: _____ / ____ / ____

APÊNDICE B - Termo de consentimento para maiores de seis anos

TALE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MAIORES QUE 6 ANOS E MENORES DE 18 ANOS) E PARA LEGALMENTE INCAPAZ

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O assentimento informado para a criança/adolescente não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais e/ou responsáveis. O assentimento assinado pela criança demonstra a sua cooperação na pesquisa.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento de triagem para rastrear dificuldades alimentares pediátricas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de Nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Seus pais e/ou responsáveis permitiram que você participasse deste estudo. Com esta pesquisa, queremos saber informações a respeito da sua alimentação. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 6 meses a 14 anos de idade. A pesquisa será feita no/a Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde as crianças irão acompanhar seus pais e responder alguns questionários. Para isso, serão usados questionários padronizados e validados, que são considerados seguros, mas é possível ocorrer risco de perda de confidencialidade e cansaço ao responder as perguntas. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que estão informados no final do texto; mas há coisas boas que podem acontecer como ajudar a identificar a prevalência de dificuldades alimentares em crianças hospitalizadas, sendo uma etapa de um estudo que tem como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta de triagem para rastrear dificuldades alimentares.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos científicos, mas sem identificar as crianças que participaram.

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) responsável por esta pesquisa, Vera Lúcia Bosa, pelo telefone (51) 996830417, com o pesquisador Haissa Iaronka Cardoso, pelo telefone (53) 999660023, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Agradecemos a sua autorização e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa desenvolvimento de instrumento para triagem de dificuldade alimentar pediátrica.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do coordenador da pesquisa

APÊNDICE C - Termo de consentimento para cuidadores

TCLE PARA RESPONSÁVEIS - CUIDADOR TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 20220535

Título do Projeto: desenvolvimento de instrumento para triagem de dificuldade alimentar pediátrica.

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento de triagem para rastrear dificuldades alimentares pediátricas, identificar a prevalência de dificuldades alimentares no público pediátrico, avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com dificuldades alimentares, identificar as alterações funcionais da deglutição, habilidade motora-oral e variáveis fonoaudiológicas, além de desenvolver um protocolo assistencial proporcionar alta segura para este público.

Se você autorizar, a participação na pesquisa envolverá responder questionários com informações sobre você e o paciente.

A participação na pesquisa possui risco mínimo aos convidados, sendo eles relacionados à perda de confidencialidade das informações fornecidas e desconforto pelo tempo de resposta à escala.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são ajudar a identificar a prevalência e o impacto das dificuldades alimentares na qualidade de vida dos cuidadores, sendo uma etapa de um estudo que tem como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta de triagem para rastrear dificuldades alimentares. Através do desenvolvimento deste instrumento e todas as etapas previstas, espera-se que seja possível detectar o risco e promover o tratamento e encaminhamento de forma precoce aos profissionais responsáveis pelo cuidado, mensurar a qualidade de vida dos cuidadores, desenvolver e colocar em prática o protocolo assistencial que tem como objetivo proporcionar e aprimorar as orientações de alta para os responsáveis e pacientes com dificuldade alimentar pediátrica.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar, ou ainda, desistir da participação e retirar sua autorização, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que a pessoa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da participação na pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome ou da pessoa pela qual você é responsável não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Vera Lúcia Bosa, pelo telefone (51) 996830417, com o pesquisador Haissa Iaronka Cardoso, pelo telefone (53) 999660023, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

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

Nome do responsável do paciente

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Assinatura

Local e Data: _____ / ____ / ____

APÊNDICE D - Questionário sociodemográfico, clínico e nutricional

DADOS GERAIS DO CUIDADOR E CONDIÇÕES SOCIAIS

Nome do entrevistado

Data de nascimento entrevistado

Parentesco com o paciente

- Mãe
- Pai
- Avó Materna
- Avô Materno
- Avó Paterna
- Avô Paterno
- Outro

Se outro, descreva o parentesco

Sexo

- Masculino
- Feminino

Cor da Pele/Raça Cuidador se identifica

- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela
- Branca

Situação conjugal

- Casado (a) ou mora com companheiro (a)
- Solteiro (a), sem companheiro (a) ou separado (a)
- Viúvo (a)
- Divorciado (a)

Quem é considerado o cuidador principal da criança?

- Mãe
- Pai
- Avó Materna
- Avô Materno
- Avó Paterna
- Avô Paterno
- Pai e mãe
- Outro

Se outro, descreva o parentesco	_____
Você mora com o paciente?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantas pessoas moram com você em sua residência (contando com você e o paciente)?	<input type="radio"/> 1 a 2 pessoas <input type="radio"/> 3 pessoas <input type="radio"/> 4 pessoas <input type="radio"/> 5 pessoas <input type="radio"/> 6 ou mais pessoas
O domicílio tem acesso à rede geral de distribuição de água?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
A criança realiza acompanhamento na unidade básica de saúde (posto de saúde) de referência do bairro em que reside?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica
A criança possui acompanhamento com pediatra?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos anos de ensino básico completo você tem? Ensino fundamental completo: 8-9 anos Ensino médio completo: 11-12 anos	_____ (escrever somente o número)
Se ensino básico completo, possui	<input type="radio"/> Somente ensino básico <input type="radio"/> Graduação completo <input type="radio"/> Graduação incompleto <input type="radio"/> Pós-graduação completo <input type="radio"/> Mestrado completo <input type="radio"/> Doutorado completo
Você trabalha?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Alguém da sua família recebeu rendimento bruto mensal de aposentadoria, pensão, auxílio Brasil (antigo bolsa família), bpc, aluguel ou outra origem?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, 1 pessoa <input type="radio"/> Sim, 2 pessoas <input type="radio"/> Sim, 3 pessoas <input type="radio"/> Sim, 4 ou mais pessoas (Considerar somente familiares que residem com a/o paciente)
Quantas pessoas geram renda na família?	<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Uma <input type="radio"/> Duas <input type="radio"/> Três <input type="radio"/> Quatro <input type="radio"/> Cinco <input type="radio"/> Seis ou mais
Qual a renda mensal da família, incluindo a renda de trabalho mais aposentadorias, em quantidades de salários mínimos?	<input type="radio"/> < 1 SM (< R\$1.302,00) <input type="radio"/> 1 a 2 SM (R\$ 1.302,00 a R\$ 2.604,00) <input type="radio"/> 2 a 3 SM (R\$ 2.604,00 a R\$ 3.906,00) <input type="radio"/> 3 a 4 SM (R\$ 3.906,00 a R\$ 5.208,00) <input type="radio"/> 4 a 5 SM (R\$ 5.208,00 a R\$ 6.510,00) <input type="radio"/> 5 ou +SM (> R\$ 6.510,00) <input type="radio"/> Não sabe
Quem é considerado o chefe de família (pessoa que mais contribui com a renda no domicílio)?	<input type="radio"/> Entrevistado <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filhos <input type="radio"/> Pai ou mãe <input type="radio"/> Irmãos ou tios <input type="radio"/> Genro/nora <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Não se aplica

HISTÓRICO ALIMENTAR DO PACIENTE

A criança já foi hospitalizada anteriormente?

- Não
 Sim
(Se for a primeira internação, marcar "não".)

Se sim, quantas vezes?

(Não considerar internação ATUAL. Se não lembra, escrever "777")

Alguma dessas internações foi por pneumonia aspirativa?

- Não
 Sim

Via de alimentação usual do paciente:

- Via oral exclusiva
 Via oral + enteral
 Via oral + parenteral
 Via oral + enteral + parenteral
 Via enteral exclusiva
 Via enteral + via parenteral
(Considerar alimentação antes da internação)

Motivo do uso da NE

- Disfagia
 Recusa/seletividade alimentar
 Intervenção cirúrgica
 Distúrbio do TGI
 Outro
 Desnutrição

Se outro, qual?

Paciente já iniciou introdução alimentar?

- Não
 Sim
 Não sabe

Na sua percepção, em relação à alimentação, a criança:

- Aceita bem os alimentos
 Possui dificuldade para aceitar alguns alimentos
 Possui dificuldade de aceitar vários alimentos

A criança apresentou/apresenta resistência para experimentar novos alimentos?

- Não
 Sim

Se sim, qual foi sua conduta nessa situação?

- Não ofertou o alimento novamente
 Ofertou mais algumas vezes e a criança não aceitou
 -
 Ofertou mais algumas vezes e a criança aceitou
 -
 Não se aplica
(Marcar não se aplica, caso a resposta anterior tenha sido não)

A criança apresenta limitações e/ou só realiza consumo de certos tipos de alimentos?

- Não
- Textura (crocante, macio, cremoso, etc)
- Consistência (pastoso, líquidos, sólidos, etc.)
- Temperatura (quente, frio, morno, etc)
- Cores
- Grupos alimentares (grãos, carnes, leite e derivados, ultraprocessados, etc)
- Outro

Se outro, qual?

A criança apresenta dificuldade para avançar/progredir nas texturas/consistências alimentares?

- Não
- Sim

Durante as refeições/mamadas, a criança:

- Se engasga com frequência
- Tosse durante ou depois de comer/mamar
- Apresenta esforço respiratório durante ou após
- Vomita
- Apresenta ânsia de vômito
- Apresenta sinais de recusa (distancia o rosto, afasta a comida/utensílio)
- Não mastiga a comida direito
- Não apresenta dificuldades/especificidades

Como foi a alimentação da criança até os 6 meses?

- Aleitamento materno exclusivo
- Aleitamento materno
- Fórmula infantil
- Líquidos (água, chá, suco)
- Leite de vaca
- Iniciou alimentação complementar (papas/frutas) antes dos 6 meses
- Não recebeu alimentação via oral até os 6 meses

Se aleitamento materno exclusivo, até quanto tempo?

- < 1 mês
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Ainda está em aleitamento materno

A criança recebeu aleitamento materno depois dos 6 meses?

- Não
- Sim
- Não se aplica

Se sim, até que idade?

(Em meses - se a resposta anterior for "não" preencher com 999)

Se VO não contraindicada, com que idade foi realizada a introdução de outros alimentos além do leite?

(em meses, se VO contraindicada escrever "777")

A criança usa mamadeira?

- Não
- Sim

A criança usa chupeta?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
------------------------	--

A criança fez uso de sonda em algum momento?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
--	--

Se sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> < 1 mês <input type="checkbox"/> 1 mês <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em uso de nutrição enteral (Marcar não se aplica, caso a resposta anterior tenha sido não)
---------------------------	--

Qual idade a criança tinha quando fez o uso da sonda?	<input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 2 a 4 anos <input type="checkbox"/> 4 a 6 anos <input type="checkbox"/> > 6 anos <input type="checkbox"/> Não sabe
---	--

Qual motivo do uso da sonda?	<input type="radio"/> Disfagia orofaríngea <input type="radio"/> Desnutrição <input type="radio"/> Disfunção respiratória <input type="radio"/> Outros/Não lembra <input type="radio"/> Intervenção cirúrgica <input type="radio"/> Recusa/seletividade alimentar <input type="radio"/> Distúrbio do TGI
------------------------------	--

Cor da Pele/Raça Criança	<input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca
--------------------------	---

Cidade de residência	_____
----------------------	-------

Bairro de residência	_____
----------------------	-------

Data da internação	_____
--------------------	-------

Motivo da internação	_____
----------------------	-------

Paciente é acompanhado por qual equipe?	<input type="radio"/> Pediatria geral <input type="radio"/> Pneumologia pediátrica <input type="radio"/> Gastrologia pediátrica <input type="radio"/> Hepatologia pediátrica <input type="radio"/> Oncologia pediátrica <input type="radio"/> Reumatologia pediátrica <input type="radio"/> Urologia pediátrica <input type="radio"/> Psiquiatria infantil <input type="radio"/> Hematologia pediátrica <input type="radio"/> Cirurgia pediátrica <input type="radio"/> Ortopedia <input type="radio"/> Medicina intensiva pediátrica (emergência) <input type="radio"/> Outro
---	--

Se outro, qual?	_____
-----------------	-------

Diagnóstico principal (CID)	_____
-----------------------------	-------

(Colocar CID com letra maiúscula)

ANEXO 1 - Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar SISVAN

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

CNS DO CIDADÃO:* _____

Nome do Cidadão:* _____

Data de nascimento:* / / Sexo:* Feminino Masculino Local de Atendimento: _____

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS**, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

ANEXO 2 - Questionário de Estilos Parentais na Alimentação

Questionário de Estilos Educativos Parentais na Alimentação

Este questionário tem como objetivo conhecer a forma como você interage com seu (sua) filho (a) na hora da refeição. Circule a resposta que melhor descreve a frequência com que essas situações

ocorrem. Se você não tem certeza, circule a resposta que mais se aproxima da forma como você interage

com seu (sua) filho (a), em cada situação descrita.

QUANTAS VEZES DURANTE A REFEIÇÃO VOCÊ:

	Nenhuma	Poucas Vezes	As vezes	Muitas Vezes	Sempre
1) Usa de força física com a criança para que ela coma (por exemplo, fazendo com que a criança fique na cadeira para comer).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Promete algo à criança, que não seja comida, como recompensa por comer (por exemplo, "se você comer o feijão, podemos jogar bola depois do almoço").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Incentiva a criança a comer, "enfetando" a comida para torná-la mais interessante (por exemplo, fazendo figuras/desenhos com os legumes ou verduras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Faz perguntas para a criança sobre a comida, durante a refeição (por exemplo, pergunta à criança se a comida está gostosa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Pede para a criança comer, pelo menos, um pouco da comida que está no prato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Explica os benefícios da comida para que a criança coma (por exemplo, "o leite é bom para a sua saúde, porque ele vai fazer você ficar forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Diz algo à criança que demonstre a sua desaprovação pelo fato dela não ter comido a refeição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Permite que a criança escolha o que ela quer comer na refeição, entre os alimentos que já estão servidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Elogia a criança quando ela come (por exemplo, "Que menino(a) legal! Você está comendo o seu feijão!").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUANTAS VEZES DURANTE A REFEIÇÃO VOCÊ:

	Nenhuma	Poucas Vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
10) Sugere que a criança coma, dizendo, por exemplo, "a comida está esfriando"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Apressa a criança no momento da refeição (por exemplo, fala para a criança: "Vamos mais rápido, coma logo a sua comida").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Diz para a criança que irá tirar alguma coisa dela, se ela não comer a comida (por exemplo, "Se você não comer a comida não vai brincar depois do jantar").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Diz para a criança comer algum dos alimentos que está no prato (por exemplo, "coma o macarrão").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Avisa a criança que vai tirar dela algum alimento, se ela não comer a refeição (por ex "Se você não comer, você não vai ganhar a sobremesa").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Diz alguma coisa positiva sobre a comida que a criança está comendo, durante a refeição (por exemplo, "como está gostoso o arroz")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Dá comida na boca da criança para que ela coma a refeição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Ajuda a criança a comer durante a refeição (por exemplo, cortando o alimento em pedaços menores).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Incentiva a criança a comer usando outros alimentos como recompensa (por exemplo: "Se você comer, você vai ganhar a sobremesa").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Implora para que a criança coma a refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3 - Normas para submissão da Revista

RPPED

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A *RPPed* é uma publicação anual da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos nas áreas de saúde e pesquisa de doenças em recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. Seu objetivo é divulgar pesquisas de qualidade metodológica relacionadas aos temas de interesse. Os artigos estão disponíveis na íntegra em formato eletrônico e acesso aberto. A *RPPed* está indexada nas bases *Web of Science*, *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)*, *Sumários de Revistas Brasileiras, Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Scientific Information System)* e *Directory of Open Access Journals (DOAJ)*.

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 sob a 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 pelo menos dois revisores, especialistas na área, cegos em relação à autoria do artigo a ser examinado, acompanhado de formulário específico para revisão. Uma vez feita essa 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. Há a possibilidade de pedidos de revisão e de recusa em todas as etapas, até que se dê a decisão final pelo editor-chefe.

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

- **Artigos originais:** incluem principalmente estudos epidemiológicos e clínicos. Estudos experimentais podem ser aceitos, mas não são o foco principal da Revista.
- **Relatos de casos:** incluem artigos que descrevem casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.
- **Artigos de revisão:** análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado, enviados de forma espontânea pelos autores. A *RPPed* prioriza as revisões sistemáticas, só aceitando outros tipos de revisão diante de temas inovadores.
- **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/de tema relevante a ser publicado na Revista.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

NORMAS GERAIS

As submissões devem ser feitas somente em inglês, a partir de 1º de novembro de 2021. 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: **3.000 palavras** (sem incluir: resumo em inglês e português, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.
- Revisões: **3.500 palavras** (sem incluir: resumo em inglês e português, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.
- Relatos de casos: **2.000 palavras** (sem incluir: resumo em inglês e português, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.
- Cartas ao editor: **400 palavras no máximo.** As cartas devem fazer referência a artigos publicados nos seis meses anteriores à publicação definitiva; ter até 3 autores e 5 referências; conter no máximo 1 figura ou uma tabela. As cartas estão sujeitas a editoração, sem consulta aos autores.

Observação:

Ensaio clínico só será aceito mediante a apresentação do 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html

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

- **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 de pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaio 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 ReBEC deve constar na página de rosto entre parênteses: “(O número de registro do caso clínico é: -site)”. Para casos anteriores a junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da *International 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 nem não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *RPPed*. Além disso, 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. A carta 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 *RPPed*, 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) Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta;
 - 5) Página de rosto;
 - 6) Documento principal com o resumo, palavras-chave, texto, referências bibliográficas, tabelas, figuras e gráficos — Não colocar os nomes dos autores neste arquivo;
 - 7) Arquivos suplementares quando pertinente.
- **Para artigos originais**, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A *RPPed* 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 a divulgação científica do caso clínico.
 - **Para revisões de literatura**, cartas ao editor e editoriais, não há necessidade dessa aprovação.
 - **As revisões sistemáticas**, submetidas a partir de agosto de 2021, precisam estar registradas na plataforma PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Review*), no site: <https://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>. O número do registro deve ser incluído no resumo, na seção *Data source* (Fontes de Dados).

A *RPPed* 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 inglês e português; texto 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 título e notas de rodapé.

PÁGINA DE ROSTO

Formatar com os seguintes itens:

- **Título do artigo, em inglês e português, (evitar abreviaturas):** 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).
- **Ensaio clínico:** O número de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC) deve constar entre parênteses: "(O número de registro do caso clínico é: -site)".
- **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 "The authors declare that there is no conflict of interests".
- **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) e no resumo. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.
- **Contribuição dos autores:** colocar a contribuição de cada autor utilizando os descritores: study design; data collection; data analysis; manuscript writing; manuscript revision; study supervision.
- **Declaração: somente em artigos originais.** Declarar que "o banco de dados que deu origem ao artigo está disponível em repositório aberto (colocar o nome do repositório) ou a pedido, com autor correspondente".

RESUMO

Deve estar em inglês e português, com o máximo de 250 palavras. Não usar abreviaturas. Deve ser estruturado de acordo com as seguintes orientações:

- **Resumo de artigo original:** deve conter as seções: Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusions. (*Resumo: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões*).
- **Resumo de artigos de revisão:** deve conter as seções: Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusions. (*Resumo: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusões*).
- **Resumo de relato de casos:** deve conter as seções: Abstract: Objective, Case description and Comments. (*Resumo: Objetivo, Descrição do caso e Comentários*).

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

PALAVRAS-CHAVE

Deve estar em inglês e português. Fornecer, abaixo do resumo, 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

É importante obedecer às regras gramaticais e à fluência da língua inglesa.

- **Artigo original:** dividido em *Introduction* (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); *Method* (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); *Results* (claros e objetivos — o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo do texto); *Discussion* (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 essa 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 *Introduction* (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); *Case report*

propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e *Discussion* (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 e 2 ilustrações (entre figuras e gráficos) por artigo. Devem ser submetidas no mesmo arquivo do artigo, sendo colocadas no final, depois das referências bibliográficas. Em caso de aprovação, serão solicitadas figuras e gráficos com melhor resolução.

Tabelas

As tabelas devem ser digitadas com fonte mínima 11. Para evitar o uso de tabelas na horizontal, a *RPPed* recomenda que os autores usem no máximo 100 caracteres em cada linha de tabela. É permitido até 4 tabelas por artigo, sendo respeitado os limites de uma lauda para cada uma. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo \pm . Digitar as tabelas no processador de textos *Word*, usando linhas e colunas — não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do *Excel* ou do *Powerpoint*.

Numerais nas tabelas: quando os números forem inteiros, usar, no máximo, uma casa decimal. Para números decimais — de preferência — duas casas decimais. No **p-valor**, usar 3 casas decimais. No **odds ratio** ou **risco relativo** e **intervalos de confiança**, usar 2 casas decimais.

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 *RPPed* não aceita gráficos digitalizados.

Figuras

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar na legenda. 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 a carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou por 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 *RPPed* não aceita figuras digitalizadas.

Numerais

Numerais inteiros (ordinais ou cardinais) de zero a dez, além de cem e mil, devem ser escritos por extenso.

Números iguais a 10 mil ou maiores devem ser escritos com o algarismo seguido da palavra que designa a ordem de grandeza.

Usar ponto de milhar em todos os numerais, exceto em indicações de grama e seus derivados, exemplo: Foram estudados 2.000 recém-nascidos com peso até 1000g.

Nas tabelas: quando os números forem inteiros, usar, no máximo, uma casa decimal. Para números decimais — de preferência — duas casas decimais. No **p-valor**, usar 3 casas decimais. No **odds ratio** ou **risco relativo** e **intervalos de confiança**, usar 2 casas decimais.

FINANCIAMENTO

Sempre antes da Declaração de Conflitos de Interesse. Os apoios da CAPES, CNPq e outras instituições devem conter nome por extenso e país. Não repetir o apoio nos agradecimentos. Se não houver, informar: *The study did not receive any funding.*

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

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 interesses, escrever: *The authors declare that there is no conflict of interests.* 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 na folha de rosto** para evitar conflito de interesses 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 em ordem crescente 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", disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/>

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 Suppl2: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.

2. Livros e Outras Monografias

Livros:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, Van Dorsten 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, Eckhart 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 sepsé 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. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União, 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 (DF): 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 (DF): Diário Oficial da União; 2009. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm

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

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002;102 [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/website:

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/cate-gory/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/defiohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

SUBMISSÃO ONLINE

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

A **RPPed** não cobra taxas para avaliação e/ou publicação de artigos