

**Aspectos clínicos, nutricionais e sociodemográficos de adolescentes internados em um hospital de referência do nordeste Brasileiro.**

**Clinical, nutritional and sociodemographic aspects of adolescents admitted to a reference hospital in northeastern Brazil.**

**<sup>1</sup>Felipe de Figueirôa Faria; <sup>2</sup>Pedro Vecchione Magalhães da Rocha; <sup>3</sup>Derberson José do Nascimento Macêdo**

<sup>1</sup> Acadêmico do 8º período do curso de nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.  
Rua Aníbal Ribeiro Varejão, 202, Apto 502, Candeias, Jaboatão dos Guararapes - PE. E-mail:  
[felipe\\_figueiroa@hotmail.com](mailto:felipe_figueiroa@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmico do 8º período do curso de nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.  
Rua Coronel Anísio Rodrigues Coelho, 527, Apto 602, Boa Viagem, Recife - PE. E-mail:  
[pedrovecchione@gmail.com](mailto:pedrovecchione@gmail.com)

<sup>3</sup> Nutricionista. Departamento de Nutrição. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista – Recife – PE – Brasil. E-mail:  
[derbersonjose@gmail.com](mailto:derbersonjose@gmail.com).

## Resumo

**Objetivos:** avaliar os aspectos clínicos, nutricionais e sociodemográficos de adolescentes internados em um hospital de referência do nordeste brasileiro. **Métodos:** Estudo do tipo transversal com caráter descritivo, originado de um banco de dados secundário, realizado na clínica médica pediátrica de um hospital de referência do Nordeste brasileiro. Foram incluídos os pacientes que apresentaram os critérios de elegibilidade, internados entre agosto de 2016 e outubro de 2019. As variáveis com distribuição normal foram testadas quanto à sua normalidade pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para existência de associação foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste exato de *Fisher* para as variáveis categóricas. O nível de significância foi de  $p < 0,05$ . O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** A amostra total foi de 90 adolescentes, sendo igualmente, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Quanto ao estado nutricional, o mais prevalente foram pacientes eutróficos. Já relacionando à renda familiar, foi constatado que 87,8% eram classificados como baixa renda. **Conclusão:** Foi constatado que a renda familiar tem grande relação com o estado nutricional, bem como nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e neurológicas. Entretanto, no presente estudo, não houve correlações estatisticamente significantes para tal indício.

**Palavras-chave:** Renda Familiar; Adolescência e Estado Nutricional

## **Abstract**

**Objectives:** to evaluate the clinical, nutritional and sociodemographic aspects of adolescents admitted to a reference hospital in northeastern Brazil. **Methods:** Cross-sectional study with a descriptive character, originating from a secondary database, carried out in the pediatric medical clinic of a reference hospital in Northeastern Brazil. Patients who met the eligibility criteria, hospitalized between August 2016 and October 2019, were included. Variables with normal distribution were tested for their normality using the Kolmogorov-Smirnov test. For the existence of an association, the chi-square test and Fisher's exact test were used for categorical variables. The significance level was  $p < 0.05$ . The study was approved by the Ethics and Research Committee. **Results:** The total sample consisted of 90 adolescents, equally 50% female and 50% male. As for the nutritional status, the most prevalent were eutrophic patients. Regarding family income, it was found that 87.8% were classified as low income. **Conclusion:** It was found that short stature was more present in hospitalized patients with endocrine, nutritional, metabolic and neurological diseases, as well as being more prevalent in individuals with low income. However, without presenting statistically significant corrections.

**Keywords:** Income; Adolescence and Nutritional Status

## INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase que se estende até, aproximadamente, o final da segunda década de vida. Trata-se de uma construção artificial, moldada pelo próprio indivíduo, diante da organização social e cultural de uma sociedade. Pode ser compreendida como uma fase de transição, onde o indivíduo não é mais infantil, porém ainda não chegou a fase adulta. É o momento em que o sujeito começa a apresentar para a sociedade aquilo que um dia será a sua ocupação (MOLEIRO et al, 2018; COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2004).

Até os 11 anos de idade, os caracteres sexuais primários infantis são fundamentalmente iguais. Por volta dos 12 anos, inicia-se a diferenciação significativa entre os dois sexos, tendo como causador principal, a puberdade. Nos meninos, normalmente, os primeiros sinais de maturação se dão com o aparecimento de pelos, principalmente os pubianos, assim como o crescimento do pênis e a mudança vocal. Também convém citar o surgimento de pelos axilares e a produção de espermatozoides. Nas meninas, a iniciação da maturidade sexual se dá através do crescimento das mamas e o arredondamento do quadril. A seguir, com o passar dos anos, ocorre a menarca, completando o crescimento dos pelos púbicos e a formatação das mamas conforme a fase adulta (MOLEIRO et al, 2018; COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2004).

Para culminar, também há o desenvolvimento estatural do adolescente, que pode ser afetado de diversas formas. O déficit estatural é resultante de um complexo conjunto de fatores, que retratam as influências ambientais negativas sobre esse indivíduo. Esse comprometimento da estatura está associado à desnutrição infantil, com consequências sobre a morbidade e mortalidade na infância, menor desempenho educacional, menor produtividade na fase adulta e seguimento da pobreza (GARCIA; ROCALLI,2020).

Desta forma, compreende-se que o serviço necessário para extinguir a desnutrição compreende um ramo muito além do simples olhar clínico. É concebido que o trabalho com adolescentes deve abranger fatores socioeconômicos, psicossociais e culturais, sempre

buscando alcançar os espaços que frequentam ou estão inseridos diariamente. Compete aos profissionais em questão auxílio na elaboração de políticas públicas saudáveis, para a criação de ambientes favoráveis à saúde, para suprir a necessidade da comunidade e a orientação do sistema de saúde (MOURÃO; VESSAMI; JAIME, 2020).

Nesta fase da vida, o crescimento, tanto estatural quanto celular, se torna otimizado, tendo como consequência o aumento da taxa metabólica basal (TMB), e para isso existem as recomendações adequadas para suprir as necessidades dessa fase. As DRIs (Dietary Reference Intakes) têm como finalidade, estimar as necessidades energéticas e nutritivas da população. No entanto, o gasto energético total de um adolescente varia muito, principalmente porque a atividade física se torna um fator determinante, tendo em vista a sua mudança de composição corporal e o grau de maturação física. A adequação do consumo energético para adolescentes se torna melhor monitorada através da avaliação da massa corporal e da antropometria (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2018).

O alto ganho de massa corporal deve acompanhar, necessariamente, um aumento na ingestão energética. Todavia, diante da realidade desigual atual do nosso país, a insegurança alimentar se torna prevalente, assim como a vulnerabilidade social. Indivíduos com alojamento temporário, uso excessivo de álcool e drogas ilícitas, abuso sexual familiar, entre tantas outras adversidades, terminam por dificultar a saúde da população (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2018).

Em contrapartida, a inserção e popularização das redes *fast foods* também ocasionou um cenário dificultoso. A ingestão diária média de gorduras, açúcar e sal cresceu consideravelmente, com o passar dos anos entre os adolescentes. As principais fontes de alimentos e bebidas de gorduras e sal vêm dos derivados do leite, como pizza, queijos e manteiga, bem como de carnes processadas e alimentos fritos em óleo, bem como refrigerantes

e outras bebidas açucaradas, as quais contém adição de açúcar (QUIROGA; VITALLE, 2022; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2018).

A intervenção precoce e adequada na adolescência proporciona benefícios a longo prazo para saúde e no âmbito socioeconômico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza trabalhar especificamente no grupo etário da adolescência, pois é fundamental, do ponto de vista de saúde pública, a melhoria do cenário nacional e mundial. Foi relatado que a obesidade, atualmente, é a doença mais prevalente nesta faixa etária, seguido de transtornos na alimentação e doenças relacionadas a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, como a depressão (QUIROGA; VITALLE, 2022).

Apesar do esforço realizado pela melhora deste cenário público, o sufoco por parte da população adolescente em clamar por melhores condições continua expressivo. Talvez uma das causas dessa insuficiência se dê pela falta de dados gerais sobre as condições atuais do nosso país e dos seus serviços de saúde (QUIROGA; VITALLE, 2022). Portanto, esse estudo teve por objetivo analisar os aspectos clínicos, nutricionais e sociodemográficos de adolescentes internados em um hospital de referência do nordeste brasileiro.

## **MÉTODOS**

O estudo utilizou o banco de dados secundário desenvolvido no âmbito do projeto “Avaliação dos Métodos de Estimativa do Peso e Altura de Crianças e Adolescentes Atendidas em um Hospital Terciário de Referência do Nordeste Brasileiro”, que teve como objetivo principal avaliar os métodos de estimativa de peso, fazendo uma comparação das medidas estimadas com as aferidas em crianças e adolescentes atendidos em um hospital brasileiro de referência.

O estudo foi do tipo transversal de caráter descritivo, onde foi utilizado o banco de dados da pesquisa citada que teve início em março de 2016 até o período de outubro de 2019, realizado

na clínica médica pediátrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado no Recife – PE.

A amostra foi composta por pacientes hospitalizados na clínica médica pediátrica, sendo foi aplicada a técnica de amostragem não probabilística com todos os pacientes que apresentaram os critérios de elegibilidade durante o período de coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: pacientes admitidos com idades entre 10 a 18 anos e 11 meses, de ambos os sexos, capazes de deambular e/ou de serem aferidas suas medidas antropométricas reais com os métodos convencionais até 48 horas após a admissão, dentro do prazo de coleta, após autorização através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), para crianças com idade  $\geq$  que 8 anos e adolescentes. Devido à grande diversidade de doenças, foram excluídos os pacientes que preencheram um ou mais critérios listados a seguir: acamados, amputados ou com desproporcionalidade dos membros (Ex: osteogênese imperfeitas, nefropatas, dentre outras); edemaciados; portadores de síndromes genéticas (Ex: Síndrome de Down, acondroplasia, Encefalopatia Crônica não progressiva – ECNP, dentre outras), pacientes internados a mais de 48 horas na clínica médica pediátrica e aqueles cujo responsáveis se recusaram a assinar os termos.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores e acadêmicos de Nutrição previamente treinados, através de entrevista com aplicação de um questionário estruturado, referente aos parâmetros antropométricos e características sociodemográficas, econômicas e biológicas dos indivíduos, mediante consentimento, através de assinatura do TCLE e TALE, que deveria ser preenchido em até 48 horas após a internação.

As medidas antropométricas (peso e estatura/comprimento) e classificação da condição nutricional foram baseadas nas recomendações da Organização Mundial de Saúde. O

diagnóstico nutricional foi estabelecido por meio dos indicadores antropométricos: estatura-para-idade (E/I) e índice de massa corporal-para-idade (IMC/I) expressos em unidades de desvio padrão (escore Z) relativos ao padrão estabelecido pela OMS, (2006). Devido à grande variedade de classificações do diagnóstico nutricional proposto pela OMS, a classificação foi categorizada. Para avaliação de Peso/Idade e IMC/Idade o diagnóstico nutricional nos valores de Escore-Z foram de: desnutrição  $< -2$ ; eutrofia  $\geq -2$  e  $\leq +2$ ; Sobrepeso  $> +2$  e  $< +3$ ; Obesidade  $> +3$ . Segundo parâmetro Estatura/Idade: baixa estatura  $< -2$ ; e estatura adequada  $\geq -2$ .

Os dados obtidos foram digitados em dupla entrada utilizando os *softwares* Epi-Info 6.04, para dupla orientação e o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0 e Excel 2003 para armazenar, processar e analisar os dados. As variáveis com distribuição normal foram testadas quanto à sua normalidade pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, descritas sob a forma de médias e dos respectivos desvios padrões, e as variáveis com distribuição não gaussiana apresentadas sob a forma de medianas e dos respectivos intervalos interquartílicos. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absolutas e relativas. Para verificar a existência de associação foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste exato de *Fisher* para as variáveis categóricas. Adotou-se como nível de significância estatística o valor de  $p < 0,05$  e o nível de significância de 5% para rejeição de hipótese de nulidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, de acordo com resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com número CAAE 51877115.0.0000.5201.

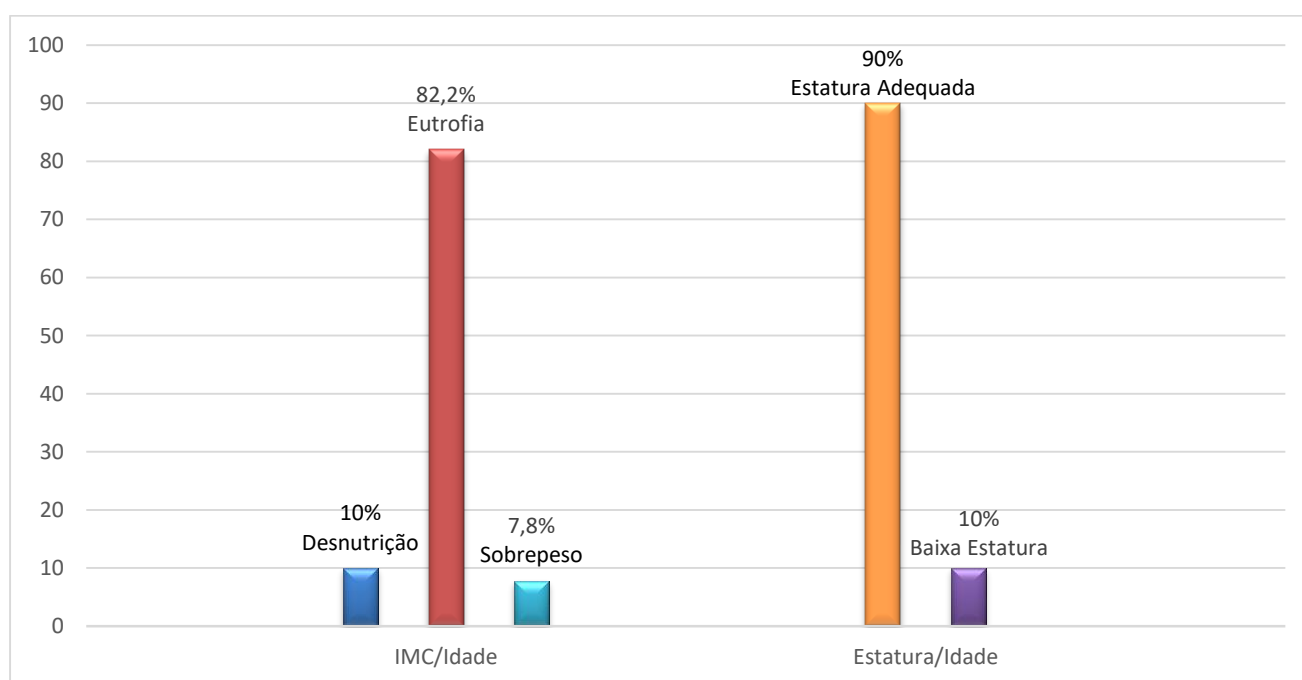
## **RESULTADOS**

O estudo foi realizado com 90 adolescentes com idade média de 11,8 anos (com DP:  $\pm 1,4$ ), que preencheram os critérios de inclusão para a pesquisa durante a coleta de dados, sendo igualmente 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino e procedentes, principalmente, da



Região Metropolitana da cidade do Recife. Como pode ser visto no Gráfico 1, houve uma prevalência de estatura adequada, segundo o parâmetro Estatura/Idade, e um predomínio de eutrofia segundo o parâmetro IMC/Idade.

**Gráfico 1** – Classificação da Estatura para Idade e IMC para idade de adolescentes hospitalizados em um hospital de referência do nordeste brasileiro.



Quando correlacionado o diagnóstico clínico com o estado nutricional, foi constatado que houve predominância de baixa estatura nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e nas doenças neurológicas, como pode ser observado na Tabela 1. Entretanto, sem apresentar correlação estatisticamente significativa ( $P = >0,05$ ).

**Tabela 1** – Correlação entre o diagnóstico e o estado nutricional de adolescentes hospitalizados em um hospital de referência do nordeste brasileiro

Hipótese Diagnóstica na Admissão Hospitalar	Estatura para Idade								P
	Baixa estatura		Estatura adequada		Total		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>Doenças do Sistema Digestório</b>	1	5,9	16	94,1	17	100	0,494		
<b>Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas</b>	2	13,3	13	86,7	15	100			
<b>Doenças do Sistema Geniturinário</b>	1	12,5	7	87,5	8	100			
<b>Doenças Neurológicas</b>	2	25	6	75	8	100			
<b>Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	0	0	7	100	7	100			
<b>Outras</b>	3	8,57	32	91,42	35	100			
<b>Total</b>	9	10	81	90	90	100			
	<b>IMC para Idade</b>								
	<b>Desnutrição</b>		<b>Eutrofia</b>		<b>Sobrepeso</b>		<b>Total</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
<b>Doenças do Sistema Digestório</b>	4	23,5	11	64,7	2	11,8	17	100	0,531
<b>Doenças Endócrinas, Nutricionais e</b>	2	13,3	13	86,7	0	0	15	100	
<b>Doenças do Sistema Geniturinário</b>	0	0	8	100	0	0	8	100	
<b>Doenças Neurológicas</b>	0	0	6	75	2	25	8	100	
<b>Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	1	14,3	6	85,7	0	0	7	100	
<b>Outras</b>	2	5,7	30	85,71	3	8,5	35	100	
<b>Total</b>	9	10	74	82,2	7	7,8	90	100	

Já em relação a correlação da renda per capita com o estado nutricional, foi constatado a superioridade de baixa estatura em pacientes com baixa renda. Como pode ser visto na Tabela 2. Entretanto, sem apresentar correlação estatisticamente significativa ( $P = >0,05$ ).

**Tabela 2** – Correlação entre renda per capita e o estado nutricional de adolescentes hospitalizados em um hospital de referência do nordeste brasileiro

<b>Renda per capita</b>		<b>Estatura para Idade</b>						
	<b>Baixa estatura</b>		<b>Estatura adequada</b>		<b>Total</b>		<b>P</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
<b>Baixa Renda</b>	9	11,4	70	88,6	79	100	0,238	
<b>Renda Adequada</b>	0	0	11	100	11	100		
<b>Total</b>	9	10	81	90	90	100		
		<b>IMC para Idade</b>						0,577
<b>Baixa Renda</b>	<b>Desnutrição</b>		<b>Eutrofia</b>		<b>Sobrepeso</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	
	8	10,1	64	81	7	8,9	79	
<b>Renda Adequada</b>	1	9,1	10	90,9	0	0	11	
<b>Total</b>	9	10	74	82,2	7	7,8	90	

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos internamentos foram por doenças do sistema digestório, seguida pelas doenças endócrinas, nutricionais e geniturinárias. Já na Tabela 2, se mostrou mais comum os adolescentes de renda baixa, onde grande parte, de acordo com os índices Altura/Idade e IMC/Idade, foram classificados como eutróficos e de estatura adequada através dos pontos de corte utilizados no estudo.

## DISCUSSÃO

Foi constatado uma equivalência na quantidade de adolescentes do sexo feminino (n = 45) e do sexo masculino (n = 45). Em relação a classificação do IMC/I, procedeu em maioria eutrófica, o que corrobora com um estudo onde 277 crianças e adolescentes admitidos em uma unidade intensiva pediátrica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi encontrado uma prevalência de 69,34% para indivíduos eutróficos (CARUCCIO et al; 2018).

De acordo com Almeida et al., (2016), o Brasil apresenta diversas localidades onde a insegurança alimentar, acompanhado de uma baixa renda, resultam em um calamitoso problema

de saúde na população. Especialmente a região nordeste, pois apresentam os mais elevados percentuais de pobreza do país, além do maior percentual de famílias em áreas rurais. Diversas são as formas de combate a essa calamidade sociodemográfica. Em contrapartida, no presente estudo foi relatado uma adequação no estado nutricional dos indivíduos. Isto é, 82,2% dos adolescentes apresentaram IMC/I eutrófico, bem como 90% dos mesmos designaram-se em A/I adequada.

Resultados semelhantes foram encontrados em Ferreira et al., (2016), onde de 404 pacientes estudados internados em um hospital privado de São Paulo, 97 indivíduos possuíam 10 a 19 anos de idade. Desses adolescentes, 56,7% designaram-se em estado nutricional eutrófico. Dados semelhantes foram encontrados em um outro estudo, em que 235 crianças e adolescentes internados em um hospital filantrópico no município de Aracaju foram avaliadas nutricionalmente, resultando em diagnóstico predominantemente eutrófico (49,33%) (SANTOS et al; 2022).

Oliveira et al., (2010), constatou em seu estudo que as doenças do aparelho respiratório são as mais prevalentes causas de internação hospitalar (40,3%) no âmbito público, seguidas de doenças infecciosas e parasitárias (21,6%), causas externas (2,5%) e doenças do aparelho geniturinário (2,2%). No entanto, os achados desse trabalho encontram resultados divergentes, sendo o principal motivo de internação as doenças do sistema digestório (18,8%), sendo seguidas de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (16,6%).

No presente estudo, houve uma maior frequência dos pacientes classificados com baixo peso sendo de baixa renda, entretanto, sem apresentar uma correlação estatisticamente significativa. Desse modo, um estudo avaliou 277 escolares entre 8 e 9 anos de ambos os sexos, dividindo o espaço amostral em crianças do grupo urbano, da zona rural e da terra indígena, relatando que a maior frequência de baixa estatura, que foi causada pelo baixo peso, foi por

parte do grupo indígena (TAGLIARI; 2016). Também foi atestado, por Pereira et al, (2017) que o grupo que apresentou o maior déficit estatural, causado pela desnutrição, foi o grupo indígena.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa onde famílias que tinham crianças menores de 5 anos em um município de Pernambuco, demonstraram que as pessoas que apresentavam condições precárias de vida e renda vulnerável, recebiam o bolsa família como principal fonte de renda (73,8%) (MIGLIOLI et al; 2014). Em contrapartida, foi encontrado em Silva et al., (2018), que crianças e adolescentes, com idade média de 11,76 anos, apresentaram uma estimativa de 95% de peso adequado, de acordo com os parâmetros Peso/Idade, Estatura/Idade e IMC/Idade, assim como em Arruda et al., (2016), em que de 121 adolescentes estudados em um município da Amazônia, 76% encontravam-se eutróficos, enquanto apenas 15% apresentaram baixo peso.

De acordo com Bernades (2022), a prevalência encontrada de insegurança alimentar nesse público foi de 42,7%, bem como 79,8% por parte dos seus responsáveis, expondo assim, a influência da renda familiar no estado nutricional do adolescente. Em Wanzeler et al., (2018), de 379 crianças e adolescentes, com idade média de 6,28 anos, 58,9% dos indivíduos foram considerados vulneráveis quanto a renda familiar per capita, o que impacta diretamente no estado nutricional dos sujeitos. Um outro estudo também sugere que, de 79 famílias vulneráveis avaliadas, 49,4% encontravam-se em insegurança alimentar, estando 87,2% em insegurança alimentar leve e as demais em moderada e grave (MORAIS et al; 2018).

Foi encontrado, no atual estudo, um agradável cenário de estado nutricional entre os indivíduos, tendo em vista os valores de IMC/I e A/I. Entretanto, cerca de 10% dos adolescentes em questão apresentaram desnutrição, semelhante ao estudo de Oliveira et al, (2016) no qual, das 71 crianças e adolescentes hospitalizados, 9,6% apresentaram baixo ou muito baixo peso para idade, 9,7% com magreza ou magreza acentuada pelo índice P/A, 16,9% com comprometimento da estatura e 32,4% desnutridos pela circunferência muscular do braço.

Todavia, apesar do cenário ocasionado pela desnutrição no país, tanto em adolescentes quanto em crianças, o sobrepeso, e possivelmente a obesidade, também são fatores bastante presentes na população. De acordo com Bezerra et al. (2018), um estudo feito em Recife constatou que, de 619 jovens de 12 a 17 anos, 28,3% apresentaram sobrepeso. Resultados semelhantes foram encontrados em Nascimento; Rodrigues, (2020), em que de 50.778 crianças e adolescentes residentes na região nordeste do Brasil, verificou-se média de desnutrição, sobrepeso e obesidade de 1,9%, 12,5% e 7,4%, respectivamente, assim como em Conde et al., (2018), que também apresentou prevalência de excesso de peso entre os adolescentes. Outrossim, 25% dos adolescentes brasileiros apresentam excesso de peso, atestando a realidade alarmante do país (BLOCH et al, 2016).

## **CONCLUSÃO**

Pode-se constatar que, de acordo com a pesquisa realizada, houve uma prevalência de eutrofia e estatura adequada em adolescentes, bem como suas associações à renda familiar, seguida da doença do sistema digestório como principal causa de internação hospitalar. Com base nos principais achados e na concordância evidenciada através dos demais estudos, conclui-se que a renda familiar constitui um fator fundamental para o adolescente no âmbito clínico, nutricional e sociodemográfico. Entretanto, não foram constatadas correlações estatisticamente significantes entre a influência do diagnóstico sobre o estado nutricional, assim como a renda sobre o mesmo, conseqüentemente sendo necessários mais estudos que possam confirmar tais achados. Desse modo, é primordial adotar políticas públicas que minimizem a desigualdade e favoreçam o contexto social em que o adolescente está inserido.

## REFERÊNCIAS

1. MOLEIRO, P., LUZ, A., CASCAIS, M., DIAS, I., ABREU, N. Quais os diagnósticos mais frequentes na adolescência? A realidade de uma consulta de Medicina do Adolescente. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, 2018.  
<https://www.scielo.br/j/eins/a/RfBFV4pgHNBMMSpNbwdSXCc/?lang=pt&format=pdf>
2. MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J.L. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1237-1239, 2018.
3. QUIROGA, F.L; VITALLE, M.S.S; O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico; 2022. Disponível em:  
<https://scielosp.org/article/physis/2013.v23n3/863-878/>
4. COLL, Cesar; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesus (Org.). Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. v. 2.
5. GARCIA, L.R.S; RONCALLI, A.G; Determinantes socioeconômicos e de saúde da desnutrição infantil: uma análise da distribuição espacial; 2020. Disponível em:  
<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7739/6379>
6. CARUCCIO, L.D; BOSA, V.L; MARASCHIN, T; CARVALHO, P.R.A.C; Avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes na admissão em uma unidade de terapia intensiva pediátrica; 2018. Disponível em:  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/25278>

Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/25278>

**7.** ALMEIDA, J.A., et al. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Sergipe. v.22. n. 2. p. 479 -488, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bWcvL5GfS6DTXrb8k6FCpbq/?lang=pt>

**8.** OLIVEIRA, B.R.B; VIERA, C.S; COLLET, N; LIMA, R.A.G; Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil; 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QnpGnSMwKyyYgFZ3JdtDhmG/?format=pdf&lang=pt#:~:t=ext=S%C3%A3o%20elas%3A%20doen%C3%A7as%20infecciosas%20e,afec%C3%A7%C3%B5es%20perinatais%20e%20causas%20externas8>.

**9.** MIGLIOLI, T.C; Estado nutricional de mães e filhos menores de cinco anos em Pernambuco: marcadores antropométricos, anemia e deficiência de vitamina A; 2014 Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/8425/teresa\\_miglioli\\_iff\\_dou\\_2014.pdf;jsessionid=1C39A9AA9BB8141972F081D7F38B8399?sequence=2](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/8425/teresa_miglioli_iff_dou_2014.pdf;jsessionid=1C39A9AA9BB8141972F081D7F38B8399?sequence=2)

**10.** TAGLIARI, I.A; FERREIRA, M.B.R; SILVA, L.R; PIZZI, J; LEITE, N; Excesso de peso e baixa estatura em crianças de comunidades urbana, rural e indígena; 2016

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

**11.** ONIS M, ONYANGO AW, BORGHI E, Siyam A, NISHIDA C, SIEKMANN J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636412/>

**12.** PEREIRA, T.S; PEREIRA, R.C; ANGELIS-PEREIRA, M.C; Influência de intervenções educativas no conhecimento sobre alimentação e nutrição de adolescentes de uma escola



pública; 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/rK7CxmYPBp9KyYNWRsmGKwt/?lang=pt>

**13.** BERNADES, M.S; [IN]SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA; 2022. Disponível em:

[https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/65915/IA%20entre%20adolescentes\\_ver\\_s%c3%a3o%20final\\_reposit%c3%b3rio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/65915/IA%20entre%20adolescentes_ver_s%c3%a3o%20final_reposit%c3%b3rio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**14.** WANZELER, M.S; TEMUDO, V.M; MACÊDO, D.J.N; VIANA, L.A; Associação do estado nutricional e perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes internadas em um hospital de referência do nordeste brasileiro;; 2018. Disponível em:

<https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/348/1/Associa%C3%A7%C3%A3o%20do%20estado%20nutricional%20e%20perfil%20sociodemogr%C3%A1fico.pdf>

**15.** MORAIS, D, C; SPERANDIO, N; DUTRA, L.V; FRANCESCHINI, S.C.C; SANTOS, R.H.S; PRIORE, S.E; Indicadores socioeconômicos, nutricionais e de percepção de insegurança alimentar e nutricional em famílias rurais; 2018 Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8650443/18375>

**16.** FERREIRA, M.V; HIROSE, E.Y; GASPARINI, S.C; VIANNA, T.F.S; RODRIGUES, A.L.C.C; SUITER, E; YAMAGUTI, A; SEVERINE, A.N; Perfil de crianças e adolescentes internados em um hospital privado do Estado de São Paulo; 2016. Disponível em:

<https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/nutricaobrasil/article/view/213/2058>

**17.** Silva, C.G; Takami, Elena, Y.G; ; Takami, E. Y.G; de Oliveira, K. F; Viana, S.D. L; Estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em comunidade carente; 2018. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6987342>

**18.** SANTOS, M.C; BISPO, A.J.B; SANTOS, M.A.M; MELO, H.H.M.A; SANTOS, A.C.A; SILVEIRA, B.S.L; SANTOS, T.A.M; Avaliação nutricional de crianças e adolescentes internados em um hospital filantrópico no município de Aracaju; 2022. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36219/30362>

**19.** ARRUDA, J.C.F; ESPINOSA, M.M; LOPES, M.A.L; GUIMARÃES, L.V; MARTINS, M.S.A.S; GUERRA, L.D.S; Insegurança Alimentar e Nutricional de Adolescentes em município de Amazônia legal brasileira; 2016. Disponível em:

<https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/319>

**20.** NASCIMENTO, M.M; RODRIGUES, M.S; Estado nutricional de crianças e adolescentes residentes na região nordeste do Brasil: uma revisão de literatura; 2020. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/158105/160308>

**21.** CONDE, W.L; MAZZETI, C.M.S; SILVA, J.C; SANTOS, L.K.S; SANTOS, A.M.R; Estado nutricional de escolares adolescentes no Brasil: a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares 2015; 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2018.v21suppl1/e180008/pt>

## ANEXO 1

### NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

#### **Instruções Aos Autores**

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos.

Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido, podendo ser enviado em qualquer um dos três idiomas. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

#### **Direitos autorais**

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a

fonte. Os manuscritos aprovados deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

## **Aspectos Éticos**

### **1. Ética**

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, que a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada, seja mencionada na seção de métodos do artigo, incluindo número e data do parecer e submetida no sistema ScholarOne. Para artigos que dispensem a aprovação do Comitê de Ética colocar no sistema ScholarOne uma declaração assinada pelo autor informando dispensa do documento. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema Ithenticate para identificação de plágio.

### **2. Conflitos de interesse**

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação do manuscrito e política de publicação de artigo

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista.

Portanto, o racional deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da revista.

Após a checagem o manuscrito é então avaliado pelo editor chefe que o envia ao editor associado, para que seja submetido à análise e parecer de dois revisores Ad Hoc para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre seus pareceres, é solicitada a opinião de um terceiro revisor. Da mesma forma, o editor associado pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

A partir de seus pareceres e do julgamento do editor associado, do editor executivo e do editor chefe, o manuscrito recebe uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com revisão menor; 3) recomendado, mas com revisão maior; 4) rejeitado. Na classificação dois e três os pareceres são enviados ao(s) autor(es), que tem oportunidade de revisão e reenvio à revista acompanhado de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; e na condição quatro, o manuscrito é devolvido ao(s) autor(es). No caso de aceite, o artigo é publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial.

Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os editores associados, executivo e/ou chefe se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da revista. Revisores de idioma corrigirão erros

eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

### **Seções da Revista**

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo obrigatório incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa, ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas e integrativas só serão aceitas a convite dos editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto, e para as revisões sistemáticas, seguir as recomendações do PRISMA statement. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. Recomenda-se o registro dos protocolos de revisões sistemáticas, como PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>), o qual não é obrigatório, mas em se fazendo deverá ser mencionado no artigo.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e

exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos e fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. Para cada desenho de estudo deve-se seguir as recomendações internacionais, utilizando suas respectivas listas de checagem, como STROBE statement, para estudos observacionais, STARD statement, para estudos de acurácia diagnóstica, CONSORT statement, para ensaios clínicos, etc.

No caso de ensaio clínico é obrigatório o registro do protocolo em bases de dados especializadas, como o ClinicalTrial.gov (<https://clinicaltrials.gov/>) ou Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) (<https://ensaiosclinicos.gov.br/>).

Trabalhos qualitativos são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. O artigo qualitativo deve apresentar explicitamente análises e interpretações fundamentadas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única, neste caso, pode ser acrescentado o item “Considerações finais”.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação online (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na revista, podendo ter no máximo 600 palavras e até 10 referências.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

## **Notas**

**1.** Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências.

**2.** Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.



3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).

4. Cover Letter: texto de encaminhamento do manuscrito para a revista que deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, que todos os autores revisaram a versão submetida, que o artigo não foi submetido a outra revista, o autor responsável pela troca de correspondência e as fontes, tipo de auxílio e nome da agência financiadora.

### **Apresentação dos manuscritos**

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

### **Estrutura do manuscrito**

Identificação título do trabalho (português ou espanhol e em inglês), nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor) e o número do ORCID dos autores.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os artigos originais e notas de pesquisa os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Relatos de caso/Série de casos devem ser

estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de revisão sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores e seleção dos estudos), Resultados e Conclusões. Para o informes técnico-institucionais e artigos especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas e fotografias) deverão ser inseridas após a seção de referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores.

A revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

**-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)**

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

#### **-E-book**

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington (D.C): National Academy Press; 2001.

#### **-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)**

(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

**-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)**

(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano.

Páginas inicial e final)

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília (DF): Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

**-Trabalho apresentado em evento (não publicados)**

(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

**-Dissertações e Teses**

(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília (DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

### **-Documentos de Natureza Governamental**

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data).

Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade): casa editora e Data (ano, mês e dia);

Seção, volume, número, paginação. [data de acesso]. Site disponível

Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU 27 de junho 2011.

[acesso em 2020 set 20]. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): DOU 20 de setembro de 1990. [acesso em 2022 set 15]. Available from:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília (DF): DOU 4 de março de 2008. [acesso em 2022 set 15].

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Outubro de 2019. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim\\_sifilis\\_2019\\_internet-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view)

World Health Organization (WHO). Ear and hearing care: indicators for monitoring provision of services. Geneva: WHO; 2019. [access in 2022 set 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/ear-and-hearing-care-indicators-for-monitoring-provision-of-services>

#### **-Artigo Publicado em Periódico**

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Stewart JE, Bentley JE. Hearing loss in pediatrics: what the medical home needs to know. *Pediatr Clin North Am*. 2019 Abr; 66 (2): 425-36.

#### **-Artigo Publicado em Número Suplementar**

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, et al. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a coronavirus disease 2019 (COVID-19) Diagnosis. *Clin Infect Dis*. 2021 Jul; 73 (Supl. 1): S24-S31.

**-Citação de Editorial, Cartas**

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. A Pesquisa Qualitativa, um foco da RBSMI [Editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022; 22 (2): 197.

Souza ASR, Katz L, Amorim MMR. Esforços para combater a mortalidade materna por COVID-19 no Brasil [Carta]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022; 22 (2): 453-4.

**-Artigo Publicado em periódico eletrônico**

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em 2006 jun 26]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf).

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: <http://dermatology.cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7.

Available from: [http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m\\_samj/ m\\_samj\\_v96\\_ n8\\_a12.pdf](http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_a12.pdf)

#### **-Artigo aceito para publicação em periódico**

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).

Yang AF, San Chun K, Yu L, Walter JR, Kim D, Lee JY, et al. Validation of a hand-mounted wearable sensor for scratching movements in adults with atopic dermatitis, J Am Acad Dermatol. 2022. (No prelo).

#### **-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom**

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2nd ed.Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### **-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico**

##### **→ Homepage**

Autoria. Título. [suporte]. Local; Ano [acesso ano mês dia]. Disponibilidade de acesso



Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso em 2004 mar 3]. Disponível em: <http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>

Para outras informações consulte o site

ICMJE: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### **Submissão dos manuscritos**

A submissão é feita, exclusivamente online, através do Sistema de gerenciamento de artigos:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem informar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito é original não está sendo submetido a outro periódico, bem como a participação de cada autor no trabalho.

### **Disponibilidade da RBSMI**

A revista é open and free access, não havendo, portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para cópia e disseminação com propósitos educacionais.