

# ASSOCIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

Mariane dos Santos Wanzeler<sup>1</sup>; Valenthina Maria Temudo<sup>1</sup>; Derberson José do Nascimento Macêdo<sup>2</sup>; Larissa de Andrade Viana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) – Estudantes de Nutrição, Recife-PE; <sup>2</sup>Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) – Tutores de Nutrição, Recife-PE.

## Resumo

**Objetivo:** Reconhecer a associação entre a renda familiar e os aspectos demográficos, clínicos e nutricionais de crianças e adolescentes internadas em um hospital de referência. **Método:** Foi realizado um estudo do tipo transversal com dados retrospectivos e prospectivos, de crianças e adolescentes internados em um hospital de referência do nordeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante. Foi aplicado um questionário estruturado para a coleta dos dados sociodemográficos e clínicos. Para análise estatística foi utilizado o software SPSS versão 13.0 e atribuído os testes de correlação de Pearson para as variáveis numéricas e o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas. **Resultados:** A amostra foi composta por 379 indivíduos, havendo uma prevalência do sexo masculino (55,9%). A população foi composta principalmente por indivíduos eutróficos (83,1%) e 58,9% dos indivíduos foram classificados como vulneráveis segundo a renda per capita. Quando correlacionada a classificação segundo a renda, foram constatadas associações estatisticamente significantes com a desnutrição ( $p=0,002$ ), com a baixa estatura ( $p=0,034$ ), com a procedência ( $p=0,02$ ) e com o motivo do internamento hospitalar ( $p=0,020$ ). **Conclusão:** A renda se mostrou um fator determinante para as variáveis demográficas, clínicas e nutricionais.

Assim é necessário que políticas públicas sejam voltadas para minimizar as desigualdades sociais e dessa forma melhorar os índices de saúde da população menos favorecida.

**Palavras-chave:** Estado Nutricional; Pediatria; Renda.

## **Abstract**

### **Objective:**

Recognize the association between family income and the demographic, clinical and nutritional aspects of children and adolescents admitted to a referral hospital. **Methods:** A cross - sectional study with retrospective data was performed in a reference hospital in the Brazilian Northeast, using a questionnaire with those responsible for children from one month to fourteen years old and anthropometric evaluation was done with them. Statistical analysis was used SPSS software version 13.0 and assigned the Pearson correlation tests for the numerical variables and the chi-square test for the categorical variables. **Results:** There was a male prevalence (55.9%), the population was composed mainly of eutrophic individuals (83.1%) and 58.9% of the individuals were classified as vulnerable according to per capita income. When the classification according to income was correlated, were found statistically significant associations with malnutrition ( $p=0,002$ ), with the short stature ( $p=0,034$ ), with the origin ( $p=0,02$ ) and with the reason of the hospitalization ( $0,02$ ).

**Conclusion:** Income was a determining factor for the demographic, clinical and nutritional variables. Thus, public policies must be focused on minimizing social inequalities and thus improving the health indexes of the less favored population.

**Keywords:** Nutritional status; Pediatrics; Income.

## INTRODUÇÃO

A avaliação do estado nutricional é de fundamental importância para investigar se uma criança está crescendo dentro dos padrões recomendados ou se está se afastando dos mesmos. Identificar alterações no estado nutricional em crianças internadas é fundamental para o estabelecimento precoce de intervenções, prevenindo a instalação de subnutrição em situação de risco ou diminuindo sua gravidade quando já está presente<sup>1,2</sup>.

A desnutrição ainda é um problema de saúde significativo, particularmente, em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Nas últimas décadas houve expressiva redução na prevalência de desnutrição energético-proteica em crianças menores de cinco anos no mundo<sup>3</sup>, o que pode ser atribuído ao aumento nos anos de estudos maternos, melhor cobertura de saneamento básico e de assistência à saúde, bem como crescimento substancial do poder aquisitivo das famílias<sup>4</sup>.

Crianças vivendo em ambientes insalubres, com precários cuidados de higiene e contínua exposição a agentes infecciosos têm maiores probabilidades de adoecer, contribuindo tanto para a instalação de déficits nutricionais como também dificultando a recuperação nutricional<sup>5</sup>. Além disso existe uma grande disparidade quanto à localidade que o indivíduo se encontra inserido, como nas áreas rurais em comparação com as áreas urbanas, o qual refletem em grande medida importantes fatores estruturais e a dificuldade de o estado cobrir todas as demandas nas áreas mais distantes do país<sup>6</sup>.

Com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais do país, principalmente como forma de combater a fome e promover a Segurança alimentar e nutricional (SAN), o governo federal criou em 2003 um Programa de Transferência Condicionada de Renda, chamado Programa Bolsa Família (PBF)<sup>7,8</sup>. Considerando que uma das finalidades do PBF é melhorar o estado nutricional dos beneficiários, tem se observado que a redução da desnutrição tem sido acompanhada do aumento do sobrepeso, afetando especialmente as famílias com estado de insegurança alimentar grave<sup>9,10</sup>.

Considerando que as condições socioeconômicas se mostram fatores determinantes para a morbidade e mortalidade de crianças hospitalizadas, o objetivo do presente estudo foi associar a

classificação segundo a renda familiar com os aspectos demográficos, clínicos e nutricionais de crianças e adolescentes internadas em um hospital de referência.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo do tipo transversal com dados retrospectivos e prospectivos em um hospital de referência do nordeste brasileiro, através de informações obtidas por entrevista estruturada com o responsável legal ou acompanhante do paciente, além de aferidas as medidas antropométricas. A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante sob o número do CAAE 51877115.0.0000.5201 seguindo os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade de um mês a 14 anos completos, internados na clínica médica pediátrica, nas primeiras 48 horas da admissão, capazes de deambular e/ou de serem aferidas suas medidas reais com os métodos convencionais. Foram excluídos pacientes acamados, encefalopatas, amputados ou com desproporcionalidade dos membros, edemaciados, com alterações nutricionais secundárias à doenças crônicas e portadores de síndromes genéticas.

Foram coletados dados demográficos de procedência, naturalidade, escolaridade, raça; dados socioeconômicos como renda familiar, tipo e valor do auxílio governo; dados antropométricos como peso, altura e dados da admissão hospitalar relacionado a hipótese diagnóstica. O estado nutricional foi avaliado a partir do escore Z dos índices estatura/idade e IMC/idade e a classificação nutricional seguiu os critérios da Organização Mundial da Saúde 2006/2007 (OMS).

Para classificar a situação socioeconômica segundo a renda foram adotados os critérios propostos pelo governo federal em 2012 pela Secretaria de assuntos estratégicos (SAE) e foram classificados como vulneráveis segundo a renda aqueles que apresentaram renda familiar menor que meio salário mínimo per capita.

Para inclusão dos pacientes na pesquisa foi necessário a autorização prévia do seu responsável legal mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assim como foi

necessária a assinatura do Termo de Assentimento pela criança com idade igual ou superior a 8 anos ou adolescentes.

Quanto à análise dos dados foi utilizado o software SPSS versão 13.0, com atribuição dos testes de correlação de Pearson para as variáveis numéricas e o teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas, sendo considerados valores estatisticamente significantes quando menores de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 379 crianças e adolescentes, o qual apresentaram uma mediana de idade de 6,28 anos, sendo o sexo masculino o mais prevalente (55,9%).

Na tabela 1 está descrito as características socioeconômicas e demográficas da população estudada.

58,9% dos indivíduos foram considerados vulneráveis quanto à renda familiar per capita. Atrelado ao aspecto da renda foi constatado que a maior parte da população estudada recebia auxílio financeiro governamental (52,7%) e destes, em 90,9% o benefício foi o bolsa família.

Na admissão hospitalar foi observado que as doenças crônicas correspondiam a 28,7% das causas de internamento. Em relação às hipóteses diagnósticas da admissão, houve destaque para as doenças respiratórias (17,3%), seguido por doenças digestivas (13,6%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (12,2%).

No gráfico 1 está descrita a classificação do estado nutricional segundo os parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde 2006/2007 – OMS.

Como pode ser observado eutrofia foi o diagnóstico mais prevalente tanto no indicador IMC para idade como no de altura para idade.

De acordo com as associações realizadas, 76% dos indivíduos com baixa estatura foram classificados como vulneráveis segundo a renda familiar per capita ( $p=0,034$ ), e 66,6% dos indivíduos desnutridos segundo o IMC para idade também foram classificados como vulneráveis segundo a renda familiar per capita ( $p=0,002$ ).

Houve também uma associação estatisticamente significativa entre renda familiar per capita e a hipótese diagnóstica da admissão hospitalar ( $p=0,020$ ). Foi igualmente observado que a renda apresentou associação estatisticamente significativa com a procedência, uma vez que 61,27% dos classificados como renda vulnerável eram da região metropolitana.



Foi considerado de maneira geral que 92,9% dos indivíduos apresentam estatura adequada para idade. Entretanto, houve um destaque quanto a classificação de baixa estatura para idade para os indivíduos procedentes do interior do estado ( $p=0,018$ ).

## DISCUSSÃO

No vigente estudo pode-se verificar que se obteve a prevalência do sexo masculino e que a maioria dos indivíduos cursavam com eutrofia. Dados semelhantes foram encontrados por Cabral et al<sup>11</sup> no qual estudaram 321 crianças, e destas, 50,2% eram do sexo masculino e 80% eram eutróficos segundo a antropometria, assim como dados semelhantes foi visto por Santos & Coelho (2015)<sup>12</sup>.

A renda é um fator determinante que afeta diversos fatores em que resultados encontrados demonstram que as pessoas que apresentavam renda vulnerável eram aquelas que recebiam auxílio governo e que predominava o bolsa família. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Miglioli et al. no ano de 2014, com famílias que tinham crianças menores de cinco anos em um município de Pernambuco, demonstraram que as pessoas que apresentavam uma renda vulnerável e condições precárias de moradia também recebiam principalmente o bolsa família (73,8%)<sup>13</sup>. Um estudo realizado por Duarte, Sampaio e Sampaio (2009), onde avaliou-se a eficiência do bolsa família, permitiu inferir que 88% do valor do benefício é utilizado para consumo de alimento, concluindo que o Bolsa Família exerce impacto positivo sobre o consumo de alimentos dessas famílias<sup>14</sup>.

Oliveira et al (2010) realizou um estudo com crianças de um a quatro anos de idade, obtendo 40,3% de doenças do aparelho respiratório como primeira causa de hospitalização<sup>14</sup>, dados corroboram com os achados do presente estudo. Do mesmo modo que foi visto por Andrade et al (2011), Oliveira et al (2005) e por Lenz et al (2008), que realizaram seu estudo com crianças e adolescentes em que as doenças do aparelho respiratório prevaleceram<sup>15,16,17</sup>.

Foi evidenciado que os indivíduos que apresentaram baixa estatura e desnutrição foram classificados como vulneráveis segundo a renda familiar per capita, o qual também foi respaldado em um estudo realizado por Oliveira et al. com 446 crianças, de 6 a 84 meses cadastradas no bolsa família, no estado de Minas Gerais em 2007, em que o grupo que possuía uma renda vulnerável apresentava baixa estatura para idade (6,5%)<sup>18</sup>, assim como foi visto por Cabral et al (2013), em que a renda foi acompanhada por elevada predominância de desnutrição em crianças e adolescentes. Entretanto, outros estudos, como o de Motta & Silva (2001), Costa et al (2001) e Amistá & Silva (2015), que testaram as

mesmas variáveis em questão, observaram um aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil mesmo em famílias de baixa renda<sup>19,20,21</sup>, o que pode comparar que a transição nutricional acarretou sérias alterações ao longo do tempo. A diminuição progressiva da desnutrição e o aumento do excesso de peso, independente de idade, sexo ou classe social é uma realidade que há tempos é apresentado pelos estudos<sup>22</sup>.

Contraposto com o que foi visto no atual estudo em que o estado de saúde está relacionado com a renda familiar, Huber & Vinholes em um estudo em Santa Catarina em 2015, constataram que o estado nutricional da criança segundo os índices altura para idade e peso para idade não apresentaram relação com a mesma<sup>23</sup>.

Foi encontrado no atual estudo uma associação significativa entre a renda familiar e o motivo de internamento, do mesmo modo com o estado de saúde, o qual sugeriu que os fatores de moradia estavam relacionados com essas variáveis, pois diversos estudos descrevem essa relação, como o realizado por Oliveira et al em Minas Gerais (2007)<sup>24</sup> com 446 crianças onde descreveu que aquelas que consumiam água sem tratamento apresentaram três vezes mais chances de desenvolver baixa estatura em relação as que consumiam água tratada, da mesma maneira que outros estudos confirmaram estatisticamente a relação das condições de moradia com o desfecho nutricional, como o de Rissin et al realizado no estado de Pernambuco com crianças menores de cinco anos em 2006<sup>25</sup>.

Em relação a procedência foi evidenciado que aquelas famílias que apresentaram uma renda vulnerável em sua maioria eram da região metropolitana, e aquelas com um déficit estatural procediam do interior. Alguns estudos indicam que outros fatores podem ser determinantes para baixa estatura, como foi visto por Tagliari (2016)<sup>26</sup> que analisou 277 escolares entre 8 e 9 anos de idade de ambos os sexos, o qual a amostra foi dividida entre crianças do grupo urbano, da zona rural e da terra indígena em que a frequência de baixa estatura foi maior no grupo indígena. Resultados semelhantes foi encontrado em um estudo feito por Pereira e colaboradores (2017)<sup>27</sup>, onde o grupo que apresentou maior déficit estatural foi o de indígenas.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo e pela concordância evidenciada nos demais estudos, pode-se constatar que a renda se mostrou um importante determinante para as variáveis demográficas, clínicas e nutricionais. Assim, é de fundamental importância que as políticas públicas sejam direcionadas para minimizar as desigualdades sociais possibilitando melhores índices de saúde da população menos favorecida.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha GA, Rocha EJM, Martins CV. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. *J Pediatr* 2006; 82(1): 70-4
2. Silveira CRM, Mello ED, Carvalho PRA. Evolução do estado nutricional da pediatria em pacientes de um atendimento terciário hospital geral no Brasil. *Nutr Hosp* 2008; 23(6): 599-606.
3. Sarni ROS, Carvalho MFCC, Monte CMG, Albuquerque ZP, Souza FIS. Avaliação antropométrica, fatores de risco para desnutrição e medidas de apoio nutricional em crianças internadas em hospitais de ensino no Brasil. *J Pediatr* 2009 Mar; 85(3): 223-228.
4. Jesus GM, Castelão ES, Viera TO, Gomes DR, Vieira GO. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. *C & SC* 2014 Jan; 19(5): 1581-1588.
5. Barbosa MDS. Risco nutricional e desnutrição: prevalência e fatores associados em crianças menores de cinco anos [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
6. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* 2008; 34(6): 2-14.
7. BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. 76 p, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf). Acesso em 10 de agosto de 2018.
9. Wolf MR; Filho AAB. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil - uma revisão sistemática. *C & SC* 2013 Abr; 19(5): 1331-1338

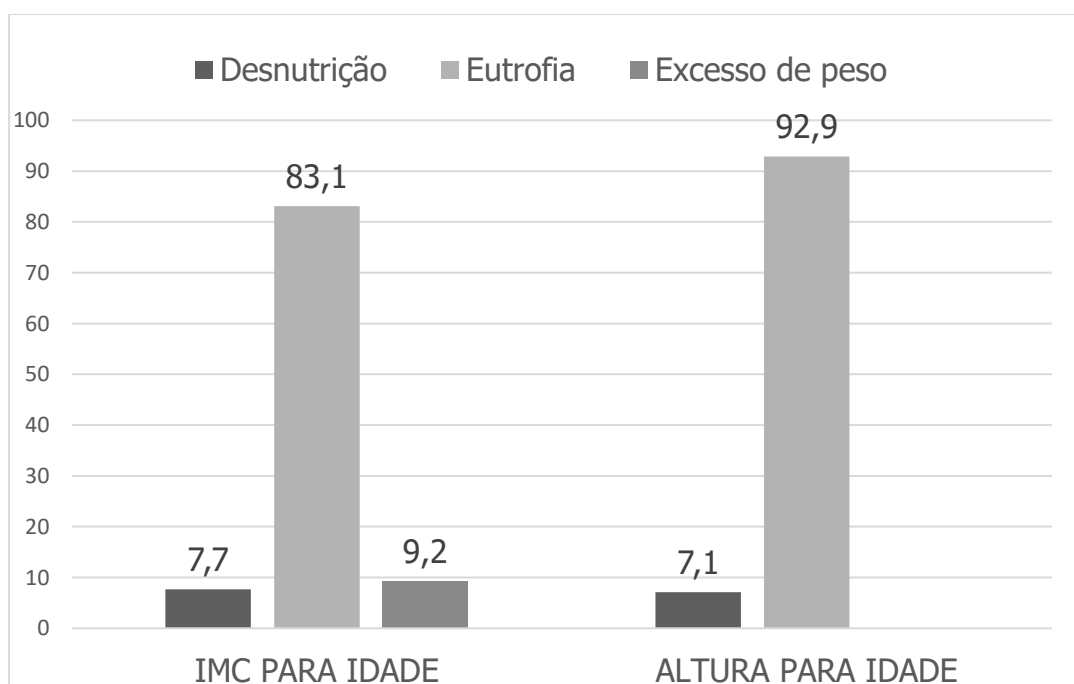
10. Uchimura KY, Bosi MLM, Lima FEL, Dobrykopf VF. Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. *C & SC* 2012 jan; 17(3): 687-694.
11. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do programa bolsa família. *IEA* 2013; 27(78): 71-87
12. Santos APT, Coelho HDS. Avaliação antropométrica de pré-escolares residentes em zona urbana e rural no município de Cajamar, São Paulo. *J Health Sci Inst.* 2015; 33(2): 172-178.
13. Miglioli TC, Fonseca VM, Junior SCG, Silva KS, Lira PIC, Filho MB. Fatores associados ao estado nutricional de crianças menores de cinco anos. *Rev Saúde Pública* 2015 nov.
14. Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 268-277
15. Andrade DA. Fatores associados às doenças respiratórias em menores de cinco anos no Centro-Oeste brasileiro. Goiânia. Dissertação [Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública] – Universidade Federal de Goiás; 2011
16. Oliveira AF, Oliveira FLC, Juliano Y, Lopez FA. Evolução nutricional de crianças hospitalizadas e sub acompanhamento nutricional. *Rev Nutr* 2005 Mai/Jun
17. Lenz MLM, Flores R, Pires NV, Stein AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam e Com* 2008 Jan-Mar; 12(3): 271-281.
18. Oliveira FCC, Cotta RMM, Sant'ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Programa bolsa família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. *C & SC* 2011; 16(7): 3307-3316
19. Motta MEFA, Silva GAP. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. *J. Pediatr* 2001 Jul-Agost; 77(4): 288-293

20. Costa MB, Silva JHA, Simões ACSR, Alves MJM. Obesidade infantil: características em uma população atendida pelo programa de saúde da família. *Rev Aps* 2001 Jul-Set; 14(3): 283-288
21. Amistá MJM, Silva, MV. Estado nutricional de crianças e adolescentes de um município do interior paulista e vínculo com programas de transferência de renda. *Segurança Alimentar e Nutricional* 2015; 22(2): 721-728.
22. Souza ET. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos UniFOA* 2010; 49-53.
23. Huber E, Vinholes DB. Estado nutricional de crianças internadas na pediatria de um hospital terciário. *Arq. Ciênc. Saúde* 2015 Jul-Set; 22(3): 91-95
24. Oliveira FCC, Cotta RMM, Ribeiro AQ, Sant'ana LFR, Priori SE, Franceschini SCC. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastrados no programa bolsa família. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011 Jan-Mar; 20(1): 7-18.
25. Rissin A, Filho MB, Benício MHA, Figueiroa JN. Condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006 Jan-Mar; 6(1): 59-67.
26. Tagliari IA, Ferreira MBR, Silva LR, Pizzi J, Leite N. Excesso de peso e baixa estatura em crianças de comunidade urbana, rural e indígena. *J Hum Growth Dev.* 2016; 26(1): 67-73.
27. Pereira IFS, Andrade LMB, Spyrides MHC, Lyra CO. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. *C & SC* 2017; 22(10): 3341-3352.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas de crianças e adolescentes internados em um hospital de referência do nordeste brasileiro, 2017.

<b>Raça</b>	N	%
Branços	105	29,1
Não brancos	256	70,9
<b>Procedência</b>		
Região metropolitana	222	58,9
Interior	144	38,2
Outros estados	11	2,9
<b>Renda</b>		
Vulnerável	205	58,9
Não vulnerável	143	41,1

Gráfico 1: Características nutricionais de crianças e adolescentes internados em um hospital de referência do nordeste brasileiro, 2017





**APÊNDICE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Gostaríamos de convidá-lo juntamente com o menor que o(a) senhor(a) acompanha a participar como voluntário(a) de nossa pesquisa, intitulada: “FATORES NUTRICIONAIS E SOCIOECONÔMICOS COMO DETERMINANTES DO INTERNAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE”. Essa pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “AVALIAÇÃO DOS MÉTODOS DE ESTIMATIVA DO PESO E ALTURA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO”, da pesquisadora Catarina Tenório Cerqueira, e tem como objetivos reconhecer o diagnóstico antropométrico e as condições sociodemográficas e econômicas e sua associação com o motivo do internamento hospitalar dos pacientes atendidos na clínica médica pediátrica do IMIP. Para sua participação será necessário apenas responder algumas perguntas sobre a identificação e história social e econômica do paciente e nos autorizar a pesar e medir o mesmo. Esclarecemos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir e retirar o seu consentimento. E que caso o(a) senhor(a) não deseje participar, não haverá nenhum prejuízo para o seu atendimento nessa instituição. Comunicamos também que não haverá qualquer tipo de custo ou remuneração financeira com a sua participação. As informações dessa pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo garantido o sigilo total de suas informações. Ao participar, o(a) senhor(a) receberá uma cópia desse termo e deverá guardá-la para que a qualquer momento possa entrar em contato conosco, para esclarecer alguma possível dúvida com relação à pesquisa ou a sua participação.

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) menor \_\_\_\_\_ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha

participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Recife \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

Assinatura do responsável do paciente

---

Assinatura do responsável pelo estudo

Dados dos pesquisadores:

Mayara Rayssa Vieira de Santana (santana-mayara@hotmail.com) – (81) 98870-7464

Larissa de Andrade Viana (larissa\_viana@hotmail.com) – (81) 99411-0122

Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP – IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP – IMIP está situado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122 4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br o CEP – IMIP funciona de segunda e sexta feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 horas (manhã) e 13:30 às 16:00 horas (tarde).

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Olá, \_\_\_\_\_

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) de nossa pesquisa, que se chama: “FATORES NUTRICIONAIS E SOCIOECONÔMICOS COMO DETERMINANTES DO INTERNAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE”. Essa pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “AVALIAÇÃO DOS MÉTODOS DE ESTIMATIVA DO PESO E ALTURA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO”, da pesquisadora Catarina Tenório Cerqueira. Para participar deste estudo, o seu responsável deverá autorizar e assinar o Termo de Consentimento. Essa pesquisa gostaria de reconhecer o diagnóstico antropométrico e as condições sociodemográficas e econômicas e sua associação com o motivo do internamento hospitalar dos pacientes atendidos na clínica médica pediátrica do IMIP. Você poderá participar, respondendo algumas perguntas sobre seus dados pessoais. Também queremos pesar e medir você, para sabermos seu peso e altura real. A qualquer momento você ou seu responsável podem desistir de participar da pesquisa, e isso não trará problema nenhum. Ao participar, você receberá uma cópia desse papel e seu responsável irá guardar, para caso você tenha alguma dúvida e queira conversar conosco.

Eu, \_\_\_\_\_ (assinatura ou polegar do paciente),  
ouvi, entendi e concordei com tudo que a pesquisadora me falou e que está escrito neste papel. Concordo em conversar com ela sobre meus dados pessoais e permito que a mesma possa me pesar e medir.

Recife \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

Assinatura do responsável pelo estudo

Contatos dos pesquisadores:

Mayara Rayssa Vieira de Santana (santana-mayara@hotmail.com) – (81) 98870-7464

Larissa de Andrade Viana (larissa\_viana@hotmail.com) – (81) 99411-0122

<b><u>QUESTIONÁRIO</u></b>	
<b>Código Questionário</b>	<b>Data da entrevista (dd/mm/aa)</b>
<b>Entrevistador:</b>	
<b>Local da Coleta:</b> (1) 3 HGP (2) Emergência	
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</u></b>	
<b>Nome Paciente</b>	
<b>Registro do Paciente</b>	<b>Data de Nascimento (dd/mm/aa)</b>
<b>HD</b>	
<b>Edema:</b> (1) Sim (2) Não	
<b>Sexo</b> (1) Masculino (2) Feminino	<b>Naturalidade</b>
<b>Raça</b> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	<b>Procedência</b>
<b>Frequenta escola?</b> (1) Sim (2) Não <b>Se sim, qual série?</b>	
<b>Peso Referido</b>	<b>Altura Referida</b>
<b>Perda de Peso Recente</b> (1) Sim (2) Não	<b>Se Sim, quantos kg?</b>
<b><u>IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE E/OU RESPONSÁVEL</u></b>	
<b>Nome</b>	
<b>Naturalidade</b>	<b>Sexo</b> (1) Masculino (2) Feminino
<b>Parentesco</b>	<b>Idade</b>

<b>Estudou</b> (1) Sim (2) Não		<b>Se sim, qual Escolaridade?</b>	
<b>Altura Mãe</b>		<b>Peso Mãe</b>	
<b>Altura Pai</b>		<b>Telefone</b>	
<b><u>DADOS SOCIOECONÔMICOS</u></b>			
<b>Quantas pessoas moram na casa?</b>		<b>Quanto é a renda da família? R\$ _____</b>	
<b>Recebe auxílio do governo?</b> (1) Sim (2) Não			
<b>Se sim, qual?</b>		<b>Qual o valor? R\$ _____</b>	
<b>Na casa tem luz elétrica?</b> (1) Sim(2) Não		<b>Tem banheiro com vaso sanitário?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>Qual o tipo de esgotamento sanitário?</b> (1) Rede pública (2) Fossa (3) Vala/Céu aberto			
<b>De onde vem a água que a família utiliza?</b>			
(1) Rede pública (2) Cisterna/água da chuva (3) Poço/Cacimba (4) Rio/igarapé			
<b>Qual o tratamento da água de beber?</b> (1) Não tratada (2) Filtrada (3) Fervida (4) Mineral			
<b>Possui televisão?</b> (1) Sim (2) Não		<b>Possui carro próprio?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>Possui moto própria?</b> (1) Sim (2) Não		<b>Possui bicicleta?</b> (1) Sim(2) Não	
<b>Possui celulares em uso?</b> (1) Sim (2) Não		<b>Possui Computador/Note?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>Tem acesso a internet?</b> (1) Sim(2) Não		<b>Possui máquina de lavar roupa?</b> (1) Sim(2) Não	
<b>Possui fogão?</b> (1) Sim(2) Não		<b>Possui geladeira?</b> (1) Sim(2) Não	
<b>Possui microondas?</b> (1) Sim(2)Não		<b>Possui linha de telefone fixo?</b> (1) Sim(2) Não	

<b><u>ANTROPOMETRIA</u></b>							
<b>Entrevistador I:</b>							
<b>Peso Real</b>	<b>Altura</b>	<b>Peso</b>	<b>Semi</b>	<b>Enverg</b>	<b>CSB</b>	<b>CJ</b>	<b>CT</b>
<b>(kg)</b>	<b>Real</b>	<b>Fita</b>	<b>Enverga</b>	<b>adura</b>	<b>(cm)</b>	<b>(cm)</b>	<b>(cm)</b>
	<b>(cm)</b>	<b>Broselo</b>	<b>dura</b>	<b>(cm)</b>			
		<b>w</b>	<b>(cm)</b>				
		<b>(kg)</b>					

#### NORMAS GERAIS – REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

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

- Artigos originais: 3000 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.
- Revisões: 3500 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.
- Relatos de casos: 2000 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.
- Cartas ao editor: 400 palavras no máximo. As cartas devem fazer referência a artigo publicado nos seis meses anteriores à publicação definitiva; até 3 autores e 5 referências; conter no máximo 1 figura ou uma tabela. As cartas estão sujeitas à editoração, sem consulta aos autores.

**Observação:**

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

Acessível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345\\_02\\_07\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html)

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

- **Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos:** Segundo resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de 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 registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: -site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). (<http://www.clinicaltrials.gov>).

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



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

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

### **ATENÇÃO:**

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

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

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

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

### **NORMAS DETALHADAS**

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

### **PÁGINA DE ROSTO:**

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas) no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- Título do artigo em inglês, no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo, 60 caracteres incluindo espaços).
- Nome COMPLETO de cada um dos autores, número do ORCID (essa informação é obrigatória – a falta da mesma impossibilitará a publicação do artigo), acompanhado do nome da instituição de vínculo empregatício ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados, preferencialmente, por extenso e na língua original da instituição; ou em inglês quando a escrita não é latina (Por exemplo: Grego, Mandarim, Japonês...).
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever "nada a declarar".
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.

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

### **RESUMO E ABSTRACT:**

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

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

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

### **PALAVRAS-CHAVE E KEYWORDS:**

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

### **TEXTO:**

Artigo original: dividido em Introdução (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); Método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico.

É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição); Resultados (claros e objetivos - o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo do texto); Discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

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

Relatos de casos: divididos em Introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); Descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e Discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

## **TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES**

É permitido no máximo 4 tabelas por artigo e 2 ilustrações, entre figuras e gráficos. Devem ser submetidas no mesmo arquivo do artigo. Em caso de aprovação, serão solicitadas figuras e gráficos com melhor resolução.

### **Tabelas**

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

usando linhas e colunas - não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do Excel ou do Powerpoint.

### **Gráficos**

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

### **Figuras**

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

### **FINANCIAMENTO**

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

### **DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Essa declaração deverá constar na página de rosto, antes do financiamento.

## **AGRADECIMENTOS**

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

## **REFERÊNCIAS**

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

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

### **1. Artigos em Periódicos**

*Até 6 autores: listar todos os autores:*

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

*Mais do que 6 autores:*

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

Grupos de pesquisa:

a. *Sem autor definido:*

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

b. *Com autor definido:*

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

c. *Sem autores:*

No-referred authorship. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325:184.

Volume com suplemento:

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

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

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

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in *Arabidopsis*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. In press 2002.

Artigos em português

*Seguir o estilo acima.*

## 2. Livros e Outras Monografias

Livros:

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

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

Capítulos de livros:

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

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

Conferência publicada em anais de Congressos:

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

Resumos publicados em anais de Congressos:

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

Teses de mestrado ou doutorado:

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

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

**3. Outros materiais publicados**



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

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

Leis, portarias e recomendações:

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

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

Brazil – Presidência da República. Decreto n° 6.871, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei n° 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas.

Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Available from:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm)

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

**4. Material Eletrônico**Artigo de periódico eletrônico:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002;102(6) [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na internet ou livro eletrônico:

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

*Homepage/web* \_\_\_\_\_ *site:*

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

*Parte de uma homepage ou de um site:*

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

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

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

Observação: *Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.*