

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
NUTRIÇÃO

ALEITAMENTO MATERNO E FATORES DE RISCO PARA O
DESMAME PRECOCE EM LACTENTES HOSPITALIZADOS EM UM
CENTRO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE

LARISSA GOMES DA SILVA E MARIA GABRIELA ARAÚJO DE MOURA

RECIFE – PE

2017

LARISSA GOMES DA SILVA E MARIA GABRIELA ARAÚJO DE MOURA

**ALEITAMENTO MATERNO E FATORES DE RISCO PARA O
DESMAME PRECOCE EM LACTENTES HOSPITALIZADOS EM UM
CENTRO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade Pernambucana de
Saúde como requisito básico para a conclusão do Curso de Nutrição.

Orientador(a): Ilílian Kleisse
Ferreira da Silva.

Coorientador(a): Conciana Maria
Andrade Freire Neves

Monografia aprovada em: _____

Avaliador 1

Avaliador 2

RECIFE - PE

2017

RESUMO

Objetivo: Avaliar a duração do aleitamento materno e fatores associados em pacientes hospitalizados em um centro de referência no nordeste do Brasil.

Métodos: Estudo transversal, realizado em clínicas médicas pediátricas de um hospital de referência em Recife (PE), com 77 lactentes com idade entre 0 e 12 meses. Foram excluídas crianças com patologias que impossibilitem a sucção ao peito, que estivessem em terapia nutricional enteral por sonda ou a impossibilidade de avaliação antropométrica pelas curvas da Organização Mundial de Saúde. A coleta dos dados foi realizada por observação de prontuário associado a entrevista estruturada. As análises estatísticas foram feitas no programa SPSS, versão 20.0 e analisadas com base em frequências absolutas e percentuais.

Resultados: A amostra foi composta por lactentes com idade média de 4 meses e média de peso ao nascer de 2980g. Dos entrevistados 53,2% dos lactentes estavam em aleitamento materno, destes apenas 26% estavam em aleitamento exclusivo e com relação ao desmame 36,4% sofreram antes dos 4 meses de vida e/ou nunca foram amamentados, sendo introduzido precocemente fórmulas adequadas para idade ou leite integral. A maioria das famílias residia no interior de Pernambuco e detinham renda *per capita* menor que meio salário mínimo. A média de idade materna foi de 24,9 anos, com tempo de escolaridade menor que oito anos.

Conclusão: O desmame precoce pode sofrer influência de fatores socioeconômicos. Programas de saúde que analisam essas variáveis podem identificar mulheres com alto risco para a ocorrência do desmame precoce e proporcionar-lhes uma atenção mais sistematizada.

Palavras Chave: Amamentação. Desmame Precoce. Pobreza.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the duration of breastfeeding and associated factors in hospitalized patients in a reference center in northeastern Brazil.

Methods: A cross-sectional study was carried out in pediatric medical clinics at a reference hospital in Recife (PE), with 77 infants aged 0-12 months. Children with pathologies that prevented breast suction, who were under nutritional enteral therapy by catheter or the impossibility of anthropometric evaluation by the curves of the World Health Organization were excluded. Data collection was performed by chart observation associated with a structured interview. Statistical analyzes were done in the SPSS program, version 20.0 and analyzed based on absolute and percentage frequencies.

Results: The sample consisted of infants with a mean age of 4 months and mean birth weight of 2980g. Of the interviewees, 53.2% of the infants were breastfed, only 26% of them were exclusively breastfed and 36.4% of the infants were breastfed before 4 months of age and / or never breastfed. age or whole milk. Most families resided in the interior of Pernambuco and had per capita income less than half a minimum wage. The mean maternal age was 24.9 years, with a schooling time of less than eight years.

Conclusion: Early weaning may be influenced by socioeconomic factors. Health programs that analyze these variables can identify women at high risk for early weaning and provide them with more systematized attention.

Keywords: Breastfeeding. Early weaning. Low Income.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 7 |
| MÉTODOS | 9 |
| RESULTADOS | 10 |
| DISCUSSÃO | 12 |
| REFERÊNCIAS | 15 |
| ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 19 |
| ANEXO B - NORMAS DA REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA PARA PUBLICAÇÃO | 21 |
| ANEXO C- QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA INTITULADA: “ERROS NA PRÁTICA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E REPERCUSSÕES DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS | 26 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|-----------|-----------|
| TABELA 1 | 11 |
| TABELA 2 | 11 |
| GRAFICO 1 | 12 |

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) como importante estratégia para reduzir a mortalidade infantil. É definido AME quando oferecido o leite materno até o sexto mês de vida da criança sem nenhum complemento.¹ A interrupção desse processo é denominada desmame precoce cuja prevalência é maior na zona rural quando comparada com outras populações com condições mais favoráveis e residente da zona urbana, o que acarreta no aumento da morbimortalidade e comprometimento do crescimento e desenvolvimento das crianças.²

A duração do aleitamento materno sofre influência de diversos fatores como: biológicos, socioeconômicos, culturais e demográficos.³ Estudo realizado no município de Cáceres – MT observou que problemas nas mamas seja na sua morfologia ou relacionados com a dificuldade de amamentação estão entre as causas principais do desmame precoce. O mesmo estudo verificou que as avós maternas apresentaram-se como um fator desestimulante para a manutenção do AME, pois possuem conhecimento empíricos embasados em crenças culturais onde muitas vezes convergem com o conhecimento científico. Mães que trabalham fora do lar também geram um risco, pois não recebem informações suficientes dos profissionais de saúde quanto a ordenha e armazenamento correto do leite materno ordenhado.⁴

A introdução de bicos artificiais para os bebês nas primeiras semanas, ainda é uma prática em nosso país, servindo de alerta de que aquela mãe que está oferecendo a alimentação para seu filho necessita de esclarecimentos e informações reduzindo a probabilidade do desmame. Precariedade nas condições de vida da mãe e do bebê também está interligada à interrupção do aleitamento materno exclusivo.⁵

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), foi visto que de 1974-2008, crianças de zero a doze meses tiveram um aumento significativo no aleitamento materno no Brasil.⁶ Contudo, apesar da existência de ações de promoção, proteção e atenção básica além da iniciativa do Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru a nível hospitalar, a prática de introdução da alimentação precoce com uso de chás, sucos, águas, outros tipos de leite e outros alimentos, ainda é bastante comum.⁷

Este fato pode ser visto como um problema de saúde pública, pois é crescente o número de mães que optam por outros tipos de alimento, por razões muitas vezes enraizadas nos aspectos culturais da população, que acredita que os alimentos podem trazer tantos ou maiores benefícios que o leite materno para o seu filho.⁸ Pensamentos esses, que levam a frases como do tipo “meu leite é fraco”, “meu leite secou”, “o bebê não quis pegar o peito”, entres outras que fazem com que as mães lancem mão de fórmulas infantis ou leite de vaca.⁹

O uso de fórmulas infantis só é recomendado na insuficiência ou ausência do aleitamento materno, no qual elas fornecem nutrientes em níveis adequados, quando preparadas corretamente. Porém, quando comparado sua atuação no estado fisiológico e imunológico da criança, ela não possui tanta eficiência quanto o leite materno.⁵ Conseqüentemente, o desmame precoce leva a uma prevalência maior de doenças como a diarreia e a infecções respiratórias, que são as principais causas de mortalidade infantil.⁶

O consumo de leite de vaca integral também é bastante consumido por crianças menores de um ano, visto que possui um custo mais reduzido quando comparado as fórmulas. Contudo, é um alimento nutricionalmente inadequado para essa população por apresentar uma quantidade limitada de vitaminas, minerais e carboidratos não satisfazendo assim as necessidades das crianças, além de possuir elevada quantidade de proteína. Sendo assim, o leite de vaca é considerado um alimento alergênico, pois seu consumo regular pode levar a uma sensibilização da mucosa intestinal.¹⁰

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o aleitamento materno e fatores de risco para o desmame precoce em lactentes hospitalizados em um centro de referência da cidade do Recife.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal, realizados com pacientes em idade entre 0 e 12 meses (amostra por conveniência), internados em clínicas médicas pediátricas do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, em Recife (PE), no período de fevereiro à agosto de 2017, atendendo os critérios de elegibilidade.

Como critério de exclusão: crianças portadoras de síndrome genéticas, ou outras patologias que impossibilitem a sucção ao peito relacionadas a distúrbio de deglutição ou que fizessem uso de terapia nutricional enteral (TNE) por sonda ou que a avaliação antropométrica pelas curvas da OMS¹¹ não fosse possível. Também foram excluídos da pesquisa lactentes cujas genitoras apresentassem patologias que impossibilitassem o aleitamento materno.

Após o esclarecimento sobre a pesquisa, todos os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CAE: 01540612.7.1230000.5201). A coleta dos dados foi realizada por observação de prontuário associado a entrevista estruturada na qual consta os dados relativos às condições socioeconômicas, clínicas, nutricionais, hábito alimentar, orientação dietética e avaliação antropométrica de acordo com as curvas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.¹¹

Para a análise estatística, utilizou-se o pacote estatístico SPSS, versão 20.0 para Windows. O software Excel 2013 foi utilizado para efetuar a construção do banco de dados. Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais. Após tabulados, os dados foram analisados de acordo com a literatura vigente.

RESULTADOS

Participaram do estudo 77 genitoras, cujos filhos tinham idade de até 12 meses completos e responderam perguntas de um questionário estruturado (Anexo C). A amostra apresentou quantidade ligeiramente maior de crianças do sexo masculino (55,8%), com relação à faixa etária a média de idade foi de 4 meses ($\pm 3,1$ DP) e média de peso ao nascer de 2980g (± 715 DP).

No momento do estudo, 53,2% dos lactentes estavam em aleitamento materno, destes apenas 26% estavam em aleitamento exclusivo e com relação ao desmame 36,4% sofreram antes dos 4 meses de vida e/ou nunca foram amamentados. A maioria das famílias participantes a maioria residia no Recife e região metropolitana do estado de Pernambuco (62,4%) e detinham renda *per capita* menor que meio salário mínimo (60,8%). A média de idade materna foi de 24,9 anos ($\pm 6,9$ DP), e as mesmas haviam estudado oito anos ou menos (39%). Quanto à ocupação materna, 79,2% não trabalhavam fora do lar e 80,5% moravam com o companheiro. Dados referentes à moradia encontram-se na Tabela 1.

O tipo de alimento introduzido precocemente na alimentação das crianças variou conforme sua idade, sendo mais comum, no primeiro mês, o consumo de leite não materno (64,9%) e dentre esse leite foi observado que 38,9% das crianças consumiam leite modificado para idade, porém com diluição incorreta (Gráfico 1). Quando questionado as genitoras sobre orientação nutricional a maioria referiu ter recebido e por meio de profissional nutricionista (Tabela 2). Foi observado em prontuário que o motivo prevalente de internamento dessas crianças foi doenças infecciosas (24,7%), seguido por doenças respiratórias (18,3%) e doenças gastrointestinais (12,6%).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo condições de moradia dos lactentes acompanhados durante a internação hospitalar (N=77). Recife, 2017.

| VARIÁVEIS | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>N° de residentes no domicílio</i> | | |
| 2 a 3 | 23 | 29,9 |
| 3 a 6 | 45 | 58,4 |
| >6 | 9 | 11,7 |
| <i>Tipo de Moradia</i> | | |
| Tijolos | 73 | 94,8 |
| Outros | 4 | 5,2 |
| <i>Esgoto sanitário</i> | | |
| Sim | 64 | 83,1 |
| Não | 13 | 16,9 |
| <i>Coleta de lixo</i> | | |
| Sim | 67 | 87,0 |
| Não | 10 | 13,0 |
| <i>Água encanada</i> | | |
| Sim | 67 | 87,0 |
| Não | 10 | 13,0 |

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo orientações sobre amamentação de lactentes entrevistadas durante internação hospitalar (N=77). Recife, 2017.

| VARIÁVEIS | N | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| <i>Orientação nutricional</i> | | |
| Sim | 65 | 84,4 |
| Não | 12 | 15,6 |
| <i>Quem orientou</i> | | |
| Nutricionista | 63 | 81,8 |
| Outros profissionais de saúde | 14 | 18,2 |

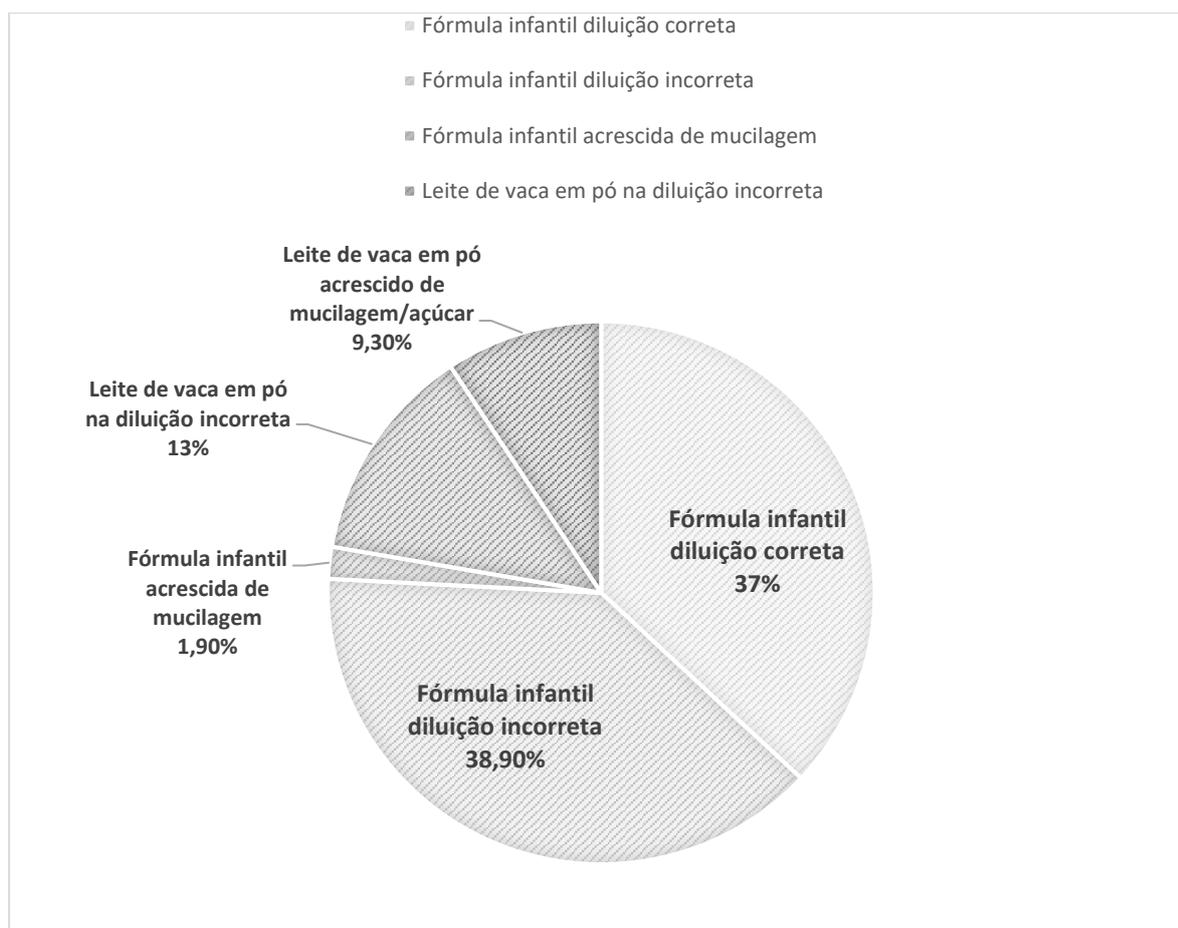


Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo consumo de leite não materno de lactentes acompanhados durante internação hospitalar (N=77). Recife, 2017

DISCUSSÃO

Diversos são os fatores relacionados com as vantagens do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, entretanto a realidade vem sendo diferente do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹² No atual estudo foi verificado que 36,4% das crianças sofreram desmame antes dos 4 meses de vida ou nunca foram amamentadas. Estudos realizados em uma maternidade de Teresina-PI e na Unidade Básica de Saúde Palmares, na cidade de Inês - MA foi visto que das mães entrevistadas 88,2% e 40% delas relataram que amamentaram seus filhos até 3-4 meses de vida, respectivamente^{13,14}. Um estudo de caráter transversal realizado em domicílio com mães residentes da cidade de São José do Piauí – PI foi observado que 3,57% das mães nunca amamentaram, 64,28% das mães desmamaram seus filhos com até 4 meses de idade e 32,15% desmamaram seus filhos a partir dos

5 meses.² Dados esses que vão de encontro com os achados do presente estudo, no qual podemos observar que ainda ocorre um elevado número de desmame precoce das crianças antes do sexto mês de vida.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são vistos em alguns estudos na literatura como fatores que podem interferir negativamente no tempo de aleitamento materno, devido à falta de conhecimento na condução desse lactente e de mitos que retratam que a amamentação por si não é capaz de recuperar o peso e favorecer o crescimento da criança.¹⁵ No presente estudo não foi observado uma associação do nascimento prematuro e peso ao nascer com inclusão alimentar em tempo inadequado.

Com relação à situação socioeconômica e de moradia dos pacientes entrevistados foi observado que a renda *per capita* era menor que meio salário mínimo (60,8%) e que a maioria residia no Recife e região metropolitana do estado de Pernambuco (62,4%). Estudo realizado nos municípios de Gameleira – PE e São João do Tigre – PB, verificou que crianças residentes em moradias que apresentam condições mais favoráveis de esgotamento sanitário, coleta de lixo e abastecimento de água, ou seja, crianças com melhores condições socioeconômicas, obtiveram uma duração maior da amamentação exclusiva.¹⁶ Além disso, um estudo realizado no Piauí observou que a prevalência do aleitamento materno foi maior na zona urbana (70,5%), tendo em vista que essas mães têm uma maior facilidade de acesso a informação relacionada à amamentação e estão mais próximas dos serviços de saúde.²

Adicionalmente, a escolaridade e a idade materna podem interferir na duração do aleitamento materno. Estudos realizados na região nordeste e centro-oeste do Brasil em centros de saúde com mulheres mais jovens com idade entre 20 a 34 anos, cujo tema abordado era duração do aleitamento materno, evidenciaram que além da idade interferir no manejo do aleitamento, o tempo de estudo menor que 11 anos também poderia estar relacionado com o desmame precoce.^{9,17,18} No entanto, uma Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de representação nacional, com base domiciliar contraria esse resultado demonstrando em sua pesquisa que mães com idade mais elevada apresentaram uma prevalência menor de aleitamento materno exclusivo, devido a estabilidade profissional que poderia levar a um menor tempo de disponibilidade para o cuidado do bebê.⁶

Ainda assim, apesar de não ser possível caracterizar esses fatores no presente estudo, outras pesquisas no país indicaram a existência de uma correlação positiva, ou seja, quanto maior a renda e idade materna maior a duração da amamentação exclusiva^{19,20}, e que o maior grau escolaridade eleva a conscientização sobre a importância e benefícios dessa prática.^{12,20}

Em detrimento da necessidade do retorno ao trabalho o risco do oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial o leite de vaca aumenta.^{21,22} Outro fator importante para o sucesso da amamentação é o apoio familiar à mulher. O companheiro, especialmente o pai da criança, por ter um maior grau afetivo com a nutriz, pode proporcionar uma maior confiança a ela para que a amamentação ocorra de forma mais favorável, mas, dependendo do grau de instrução e compreensão da necessidade do apoio, essa interferência pode não ser satisfatória.²³ Apesar de não ser possível no presente estudo associar os fatores descritos com o desmame precoce, foi observado de forma isolada um alto percentual das mães que trabalhavam fora do lar (79,2%) e moravam com o companheiro (80,5%).

Mediante os fatores que interferem na duração do aleitamento materno, é observado em alguns estudos que o primeiro alimento introduzido é o leite de vaca.^{5,9,13,14} No atual estudo o alimento mais consumido foram os leites não maternos (64,9%) e dentre eles apenas 37% das crianças consumiam leite adequado para idade com diluição adequada e 63% das mães utilizavam fórmulas infantis na diluição incorreta ou leite integral ou leite integral com mucilagens e/ou com adição de açúcares. Estudo realizado na área urbana de um município do Mato Grosso do Sul também observou uma introdução precoce de alimentos em crianças até seis meses de idade, dentre os alimentos, 53,2% foi de leite não materno com diluição inadequada indo de encontro aos achados deste estudo.⁵ Tais resultados demonstram o não seguimento por parte das mães das recomendações propostas pelo Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, que na impossibilidade do aleitamento materno, utiliza-se fórmula infantil com diluição correta.²⁴

É notório que os hospitais pediátricos, principalmente aqueles que seguem os passos indicados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tendem a ajudar as mães a minimizar as dificuldades durante a amamentação. No entanto, é importante que o treinamento e a sensibilização das equipes

envolvidas com a assistência seja permanente, no sentido de assegurar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança, enfatizando esta necessidade durante a hospitalização. Ressalta-se ainda que dentre os profissionais de saúde o nutricionista é capacitado para orientar a melhor intervenção nutricional. No presente estudo, 81,8% das genitoras entrevistadas referiram ter recebido orientação e por meio de profissional nutricionista.

Os resultados e discussão dos dados deste estudo possibilitaram visualizar um cenário em que se insere o desmame precoce, no entanto, faz-se necessário a realização de novas pesquisas, pois a problemática do estudo possui um complexo conjunto de fatores determinantes, que em um estudo transversal descritivo não se obtém associações e riqueza de detalhes no seu entendimento e acompanhamento.

Cabe destacar ainda que esta amostra estudada corresponde a uma população selecionada de crianças internadas e compreende, principalmente, famílias com baixas condições socioeconômicas. É importante esclarecer, também, que os dados referentes à amamentação foram coletados de forma retrospectiva, fato que apresenta limitações inerentes à metodologia do estudo.

REFERÊNCIAS:

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129(3):827-41.
2. Leal AB, Sousa AF, Florentino ECL, Silva LRB, Menezes CC. Perfil do aleitamento materno exclusivo e fatores determinantes do desmame precoce em município do semiárido da Região Nordeste. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Victoria*, 16(3): 84-91, jul-set, 2014.
3. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições socioeconômicas-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Bras. Saúde Materno Infantil* 2002; 2(3): 253-61.
4. Sales, CM; Seixas, SC. Causas de desmame precoce no Brasil. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 3, 2008.

5. Ferreira IR, Iahnn SR, Santos AHC, Hellmann RF, Gianlupi K, Pinto LA et al. Práticas alimentares de crianças de 0 a 24 meses de idade em uso de fórmulas infantis. RASBRAN. São Paulo, SP, Ano 8, n 1, Jun 2017.
6. Welzen DE, Souza SB. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum, 2011; 21(2): 251- 258.
7. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Leal MC. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Epidemiol. 2009; 12 (3):446-57.
8. Frota MA, Aderaldo NNS, Silveira VG, Rolim KMC, Martins MC. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. Cogitare Enferm. 2008; 13(3): 403-9.
9. Santos GMR, Costa SLB, Mendonça BOM, Barros EJ, Mota RM, Oliveira VCC et al. Mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família do município de Firminópolis-GO. Rev. Facul. Montes Belo, v. 8. n 4, 2015.
10. Cavalcante LPG, Diniz RLP, Araujo BQ, Soares AKM, Feitosa GP, Machado JRM et al. Fatores associados ao consumo precoce de leite de vaca integral por crianças menores de um ano de idade. Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza, 28(4): 538-546, out/dez. 2015.
11. Organização Mundial de Saúde – OMS. Curvas de crescimento 2006.
Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento
12. Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, North eastern Brazil. Rev Saúde Pública. 2010; 44(2):240-8.
13. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 132-139.

14. Neto ACC, Cardoso AMM, Oliveira MS. Fatores que levam ao desmame precoce com puérperas da unidade básica de saúde Palmares em Santa Inês Maranhão. Junh 19-22, 2015, Porto, Portugal.
15. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J. Pediatría (Rio J)*. 2007, 83 (3):241-246.
16. Oliveira MGOA, Lira PIC, Filho MB, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Dec 06]; 16(1): 178-189. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100178&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100017>.
17. Castro e Carneiros LMM, Barbieri F, Moro ASS, Freitas HMB, Colomé JS, Backes DS. Prática do aleitamento materno por puérperas: Fatores de risco para o desmame precoce. *Ciências da Saúde, Santa Maria*, v 15, n 2, 2014.
18. Rieth NFA, Coimbra LC. Caracterização do aleitamento materno em São Luís, Maranhão. *Ver. Pesq. Saúde*, 17(1): 7-12, jan-abr, 2016
19. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(12):2343-54.
20. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2008; (11): 442-52.
21. Margotti E, Mattiello R. Fatores de risco para o desmame precoce. *Rev. Rene*, 2016 Jul-ago.
22. Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev. Rene*. 2014; 15(5):771-9.
23. Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira ASD, Lobato G. Nascer em Hospital Amigo da Criança: fator de proteção ao aleitamento? *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(7):1349-61

24. Sociedade Brasileira de Pediatria – Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. 2012.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFº FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(De acordo com os critérios da resolução 196/96 do Conselho Nacional da Pesquisa)

Meu nome é Larissa Gomes da Silva e Maria Gabriela Moura e junto com outros pesquisadores, participamos da pesquisa “Erros na prática da alimentação complementar e repercussões da orientação nutricional em crianças hospitalizadas” e convido seu filho(a) mediante sua aprovação a participar voluntariamente desta pesquisa.

Antes de decidir se autoriza a sua participação, é importante que o(a) senhor(a) entenda por que a pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, e o que o estudo irá envolver. Por favor, leia com atenção as informações a seguir e se desejar, discuta com os pesquisadores responsáveis pelo projeto ou com o médico de seu filho, para que a sua decisão sobre a participação neste estudo possa ser uma decisão bem informada.

Este estudo está sendo realizado na enfermaria da Clínica médica pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, sob orientação das nutricionistas **Ílilian Kleisse Ferreira da Silva e Conciana Maria Andrade Freire Neves**. O objetivo desta pesquisa será avaliar a ocorrência de erros na introdução da alimentação complementar e o impacto da intervenção de educação nutricional na prática alimentar de crianças hospitalizadas.

Cabe ao senhor (a) decidir se o seu filho (a) irá ou não participar. Mesmo que o (a) senhor(a) não queira participar do estudo, o seu filho(a) não terá nenhuma desvantagem, inclusive em relação ao tratamento médico e aos cuidados que o(a) seu filho(a) tenha direito de receber. Caso decida participar, o(a) senhor(a) irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, o(a) senhor(a) ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Isso não irá afetar de maneira nenhuma, o padrão de cuidados que seu filho(a) irá receber.

Será obtido o peso e comprimento do seu filho(a) utilizando apenas balança e o infantômetro que é um aparelho específico para aferição do comprimento. Isso não causará dor, desconforto ou qualquer risco à integridade da saúde do seu filho(a). Peço também que responda um questionário com perguntas sobre sua família e sua criança/adolescente não havendo qualquer interferência nas condutas médicas adotadas.

Além disso, serão obtidos do prontuário do seu filho algumas informações clínicas, tais como diagnóstico que levou seu filho(a) ao internamento e pessoais como idade, procedência.

Os dados referentes ao seu filho(a) serão sigilosos e privados, e a divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases desta pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A participação de seu filho não acarretará em custos financeiros e o senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Pode ser que o seu (a) filho (a) não tenha nenhum benefício direto com este estudo.

Eu _____ responsável por _____, matriculado no IMIP, registro nº _____, declaro que fui devidamente informada sobre a finalidade da pesquisa, e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de _____



Polegar direito

Responsável Legal pela Criança

Responsável pela Pesquisa

Conciana Maria Andrade Freire Neves/Ilílian Kleisse Ferreira da Silva

Rua: Coelhos, 300 – Boa Vista, Recife

Tel: 2122-4120 Ramal: 4229 / Cel (81)96099283

Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos do IMIP – (081) 2122-4756

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA PARA PUBLICAÇÃO

Instruções aos autores

Revista Paulista de PEDIATRIA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A *Revista Paulista de Pediatria* é uma publicação trimestral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. O objetivo é divulgar pesquisa de qualidade metodológica relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Os artigos estão disponíveis, no seu formato eletrônico, na íntegra em português e inglês, por meio de acesso livre e gratuito do SciELO. Está indexada nas bases Pubmed Central, Medline, Scopus, Embase (Excerpta Medica Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR, Sumários de Revistas Brasileiras e Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Scientific Information System).

ACESSO ABERTO

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

PROCESSO DE REVISÃO

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

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

- **Artigos originais:** incluem estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais.

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

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

NORMAS GERAIS

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

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

Observação:

Ensaio clínico só serão aceitos mediante apresentação de número de registro e base de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 2 DE JULHO DE 2008,

Ministério da Saúde do Brasil. Acessível em: http://bvsm.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 Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: -site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). (<http://www.clinicaltrials.gov/>).
- É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *Revista Paulista de Pediatria*. Além disto, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito.
- Transferência de direitos autorais: ao submeter o manuscrito para o processo de avaliação da *Revista Paulista de Pediatria*, todos os autores devem assinar o formulário disponível no site de submissão, no qual os autores reconhecem que, a partir do momento da aceitação do artigo para publicação, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito.
- Todos os documentos obrigatórios estão disponíveis em: <http://www.rpped.com.br/documents-requireds>

ATENÇÃO

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

1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição; 3) Transferência de Direitos Autorais;

4) Página de rosto; 5) Documento principal com os resumos em português e inglês, palavras-chave e keywords, texto, referências bibliográficas, tabelas, figuras e gráficos – Não colocar os nomes dos autores neste arquivo; 6) Arquivo suplementares quando pertinente.

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

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

NORMAS DETALHADAS

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

PÁGINA DE ROSTO

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas) no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- Título do artigo em inglês, no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo, 60 caracteres incluindo espaços).
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado do nome da instituição de vínculo empregatício ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados, preferencialmente, por extenso e na língua

V

original da instituição; ou em inglês quando a escrita não é latina (Por exemplo: Grego, Mandarim, Japonês...).

- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever “nada a declarar”.
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.
- Número total de palavras: no texto (excluir resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no *abstract*. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

RESUMO E ABSTRACT

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

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

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

PALAVRAS-CHAVE E KEYWORDS

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

TEXTO

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

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

- Artigos de revisão: não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.
- Relatos de casos: divididos em Introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); Descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e Discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

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

Tabelas

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

Gráficos

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

Figuras

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

FINANCIAMENTO

Sempre antes da Declaração de Conflito de interesses. 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 CONFLITO DE INTERESSES

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever: Os autores declaram não haver conflito de interesses. 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 conflito de interesses com os revisores. Não repetir nos agradecimentos a instituição que apoiou o projeto financeiramente. Apenas destacar no apoio.

REFERÊNCIAS

- No corpo do texto: Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As referências no corpo do texto devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, sem parênteses e após a pontuação.
- No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no "International Committee of

Medical Journal Editors Uniform Requirements" e disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conforme os exemplos a seguir.

I. 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, Eckhart GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: a ten year analysis. Abstracts of the Second World Conference on Injury Control; 1993 May 20-23; Atlanta, USA. p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

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

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

3. Outros materiais publicados

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

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

Leis, portarias e recomendações:

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

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

Brazil - Presidência da República. Decreto nº 6.871, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm

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

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

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

Monografia na internet ou livro eletrônico:

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

Homepage/web site:

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

Parte de uma homepage ou de um site:

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

Brazil - Ministério da Saúde - DATASUS [homepage on the Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [cited 2007 Feb 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

SUBMISSÃO ONLINE

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

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

ANEXO C - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA INTITULADA: “ERROS NA PRÁTICA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E REPERCUSSÕES DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS”

1. Dados Clínicos

Nº questionário: _____ Nº Registro: _____

Data de Admissão: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: Feminin Masculi Peso

ao nascer: _____

Clínica: _____

Data da alta: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Motivo do Internamento: _____

Diagnóstico: _____

Nome do acompanhante: _____

Parentesco: _____

2. Avaliação Nutricional (admissão):

Peso: _____ Comprimento: _____

C/I: _____

P/I: _____

P/C: _____ Classificação nutricional: _____

3. Características socioeconômicas e demográficas

Procedência: _____

- (1) Recife e região metropolitana (2) Zona da mata

- (3) Agreste (4) Sertão (5) Outros estados

Renda total familiar: R\$ _____

- (1) < 1 salário (2) 1 salário (3) 2 a 4 salários (4) 4 a 6 salários
(5) > 6 salários (6) Bolsa família (7) Sem informação

Renda per capita: R\$ _____

- (1) < ½ SM (2) 1 e ½ SM (3) > 1 SM
(4) Sem informação
* SM: Salário mínimo

Número de residentes no domicílio: _____

- (1) 2 a 3 (2) 3 a 6 (3) > 6
Quantos: _____

Tipo de moradia: _____

- (1) Tijolo (2) Taipa (3) Madeira (4) Mista
(5) Outros: _____

Domicílio: Esgoto sanitário/ fossa séptica: _____

- (1) Sim (2) Não
(2) Sem informação/ não sabe informar

Domicílio: Coleta de lixo: _____

- (3) Sim (2) Não
(4) Sem informação/ não sabe informar

Domicílio: Água encanada: _____

- (1) Sim (2) Não
(2) Sem informação/ não sabe informar

Domicílio: Luz elétrica: _____

- (3) Sim (2) Não
(4) Sem informação/ não sabe informar

Domicílio: Fogão à gás: _____

- (5) Sim (2) Não
(6) Sem informação/ não sabe informar

Domicílio: Acesso a informação

- (1) TV (2) Internet
(3) Internet (4) Outros: _____

4. Características maternas

Idade (anos): _____

Paridade: _____

- (1) Até 2 filhos (2) 3 ou 4 filhos (3) 5 ou 6 filhos
(4) > 6 filhos

Nº de ordem de filho (internado) se for o caso:

Ocupação: _____

- (1) Do lar (2) Trabalha fora do lar
(3) Sem informação

Se trabalha fora de casa : quantas horas

Escolaridade materna: _____

- (1) Ensino fundamental completo
(2) Ensino fundamental incompleto
(3) Ensino médio completo
(4) Ensino médio incompleto
(5) Ensino superior completo
(6) Ensino superior incompleto (7)
Nenhum

Estado civil materno: _____

- (1) Com companheiro (2) Sem companheiro

Número de consultas pré-natal:

- _____
- (1) Nenhuma
(2) 2 a 3 (3) > 6
(3) 4 a 6 (4) Sem informação/ não sabe informar

5. Características da alimentação da criança

A criança mama ao peito? _____ (1) Sim
(2) Não

Se a criança mama: _____ (1)
Exclusivo (2) Misto

Se já foi desmamada: Que idade tinha no momento do desmame? _____
(dias/mês)

Motivos para parar de amamentar:

Primeiro alimento a ser oferecido:

- (1) Leite não materno
(2) Suco
(3) Papa de fruta
(4) Sopinha
(5) Outros:

Se outro tipo de leite:
Qual? _____

- (1) Fórmula infantil
(2) Fórmula infantil na diluição correta
(3) Fórmula infantil na diluição incorreta
(4) Fórmula infantil acrescida de mucilagem
(5) Leite de vaca em pó na diluição correta
(6) Leite de vaca em pó na diluição incorreta
(7) Leite de vaca em pó acrescido de mucilagem/açúcar
(8) Leite de vaca líquido na diluição correta
(9) Leite de vaca líquido na diluição incorreta
(10) Leite de vaca líquido acrescido de mucilagem/açúcar

Quantas vezes por dia oferece alimentação láctea?

- (1) 2 a 3
- (2) 4 a 5
- (3) 6 a 8
- (4) Outros: _____

Se já iniciou alimentação complementar: Qual consistência: _____

- (1) Liquidificada
- (2) Amassada com garfo
- (3) Peneirada
- (4) Alimentação igual da família
- (5) Não informado

Quem prepara os alimentos?

- (1) Mãe
- (2) Avó
- (3) Pai
- (4) Outros: _____

Quem oferece os alimentos? _____

- (1) Mãe
- (2) Avó
- (3) Pai
- Outros: _____

Como oferece os alimentos:

- (1) Colher
- (2) Copo
- (3) Mamadeira
- Outros: _____

Quantas vezes por dia oferece a alimentação complementar?

- (1) 2 a 3
- (2) 4 a 5
- (3) 6 a 8
- (4) Outros: _____

Recebeu orientação sobre a transição alimentar? _____

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe

Se recebeu orientação: _____

- (1) Verbal
- (2) Escrito

Quem orientou? _____

(1) Nutricionista

(2) Outros: _____

Houve dúvidas após a orientação?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe

Razões pelas quais as mães/cuidadoras não seguem as orientações:

Durante hospitalização houve mudança do hábito alimentar da criança após intervenção de educação nutricional: _____

- (1) Sim
- (2) Não

Para crianças menores de 6 meses em aleitamento materno + alimentação láctea ou apenas com alimentação láctea em domicílio

- (1) Retornou ao AME
- (2) Aceitou a introdução da AC
- (3) Não aceitou a introdução da AC

Para crianças de 6 a 12 meses em aleitamento materno + alimentação láctea ou apenas com alimentação láctea em domicílio: _____

- (1) Aceitou a introdução da AC
- (2) Não aceitou a introdução da AC

Mãe demonstrou interesse em manter o aleitamento materno? _____

- (1) Sim
- (2) Não

Mãe demonstrou interesse em oferecer a alimentação complementar à criança? _____

- (1) Sim
- (2) Não