

Correlação entre o perfil nutricional e o consumo alimentar de crianças em idade pré-escolar internadas em um hospital pediátrico

Correlation between nutritional status and dietary intake of children in pre-school age admitted to a pediatric hospital

Adriana Rodrigues Bezerra¹

Joanna de Ângelis da Costa Barros Gomes²

Graduanda em Nutrição, Centro Universitário do Rio Grande do Norte -UNI-RN¹

Professora Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte²

Responsável pelo contato com a Revista: Adriana Rodrigues Bezerra, Endereço: Rua dos Caicos, 1657a, Bairro: Alecrim, CEP (59.037-700) Natal- Rio Grande do Norte. (84) 8731-0582, E-mail: driskabrandao@hotmail.com

Declaração de conflito de interesse: Nada a declarar

Fonte financiadora do projeto: Financiamento próprio

Número de palavras:

Resumo= 231 Abstract= 253 Texto= 2.428

Número de gráficos: 2 Número de tabela: 1

Número de referencias: 19

Resumo

Objetivo: Avaliar o perfil nutricional de pré-escolares hospitalizados através da avaliação antropométrica e o consumo alimentar, correlacionando o estado nutricional com o tempo de internamento e o período de amamentação.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com 106 crianças de ambos os gêneros com idade pré-escolar internadas em um Hospital Pediátrico. A avaliação antropométrica foi realizada a partir dos indicadores preconizados pela OMS (2006 e 2007). Para avaliação do consumo alimentar foi aplicado um questionário de frequência alimentar do SISVAN. Utilizou-se também um questionário com perguntas fechadas para identificar o tempo de internamento, a ingestão dietética e o tempo de amamentação.

Resultados: Os resultados mostraram que 66,98% encontravam-se eutrofico, 3,77% dos internados apresentaram déficit nutricional, 11,32% risco nutricional, 16,26% excesso de peso, déficit no crescimento em 6,60% da população enquanto 24,52% apresentaram estatura elevada para idade. O tempo de internamento foi menor ou igual há 10 dias para a maioria das crianças e 51,79% foram amamentadas no período inferior a um ano. Observou-se que 48,11% da população faziam seis refeições ao dia, incluindo alimentos de boa qualidade como feijão, legumes, frutas e carne.

Conclusões: A maioria dos pré-escolares encontravam-se eutrofos, proporcionando assim um resultado satisfatório, no que se refere a um estado nutricional adequado, a ingestão dietética mostrou-se favorável, pois as crianças no período de internamento faziam as refeições principais, constituído de alimentos de boa qualidade que contribuiu para um estado nutricional satisfatório.

Palavras-chave: pré-escolar, perfil nutricional, hospitalização, avaliação antropométrica.

Abstract

Objective: Evaluate the nutritional profile of hospitalized pre-school aged children through anthropometric evaluation and food consumption, correlating their nutritional state to their length of hospitalization and their breast-feeding period.

Method: This descriptive cross-sectional study was carried out in a population of 106 pre-school aged children of both genders that were held hospitalized at a Pediatric Hospital. The anthropometric evaluation was conducted taking into account the indicators suggested by the WHO (World Health Organization - 2006 and 2007). For the evaluation of food consumption a SISVAN questionnaire of food frequency was administered. Another questionnaire featuring closed questions was also used to identify length of hospital stay, dietary intake and breast-feeding period.

Results: The results showed that 66,98% were eutrophic; 3,77% of the hospitalized children had some nutritional deficit; 11,32% were at nutritional risk and 16,26% were overweight. Whereas 6,60% of the population presented some stature deficit, 24,52% were taller than the average for their age. The length of hospitalization was less or equal to 10 days for most of the children and 51,79% were breast-fed within a less-than-a-year period. It was observed that 48,11% of the population had six meals per day, including in their diet good-quality foods such as beans, vegetables, fruits and meat.

Conclusions: Most of the pre-school aged children were eutrophic, which lead to a satisfactory result regarding adequate nutritional state. The dietary intake was also favorable, since the hospitalized children had their main meals covered while staying in the hospital and those meals were made with good-quality foods, contributing to a satisfactory nutritional state.

Key-words: preschool, nutritional status, hospitalized, anthropometric evaluation.

Introdução

A etapa da nutrição na fase pré-escolar caracteriza-se por ser um período de crescimento estável, com menores necessidades para o crescimento que as etapas anterior e posterior da infância.

Na primeira infância é extremamente necessário avaliar se a queixa de inapetência é consistente, considerando o crescimento, o desenvolvimento, os hábitos alimentares, incluindo o período de amamentação e os parâmetros bioquímicos. A verdadeira falta de apetite é caracterizada por ingestão alimentar insuficiente para as necessidades nutricionais, causando um baixo peso em relação à altura, diminuição no ritmo de crescimento, e isso ocorre independente da presença da mãe ou do local das refeições, podendo levar a danos no desenvolvimento nutricional e cognitivo¹.

Os agravos decorrentes das alterações nutricionais, como desnutrição e obesidade justificam a avaliação da condição nutricional em crianças e adolescentes em toda consulta ambulatorial, independente do motivo desta, para se identificar, o mais cedo possível, pacientes com risco ou distúrbio alimentar e para se planejar o suporte nutricional mais adequado².

O método antropométrico permite a avaliação do peso, da estatura e de outras medidas do corpo humano. Ele representa um importante recurso para a avaliação do estado nutricional e ainda oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Para a avaliação do estado nutricional nas fases da vida, não é utilizada a avaliação das medidas brutas de peso e de estatura, mas sim os índices. Estes correspondem à combinação entre duas medidas antropométricas tais como: peso/idade, estatura/idade, peso/estatura e IMC/idade³.

A avaliação da ingestão alimentar é fundamental para se direcionar o diagnóstico nutricional da criança⁴. O hábito de alimentar a criança na idade pré-escolar é extremamente importante, pois reflete diretamente no seu crescimento e desenvolvimento⁵.

Dessa forma, é fundamental avaliar o perfil nutricional de pré-escolares hospitalizados através da avaliação antropométrica e o consumo alimentar, correlacionando o estado nutricional com o tempo de internamento e o período de amamentação. Identificando assim as

causas ou fatores associados, que possam afetar o estado nutricional durante o tempo de internamento.

Métodos

Por meio de estudo transversal descritivo foram avaliadas 106 crianças internadas no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, com faixa etária entre 1 a 6 anos. Os critérios de inclusão para participação de pesquisa foram: crianças de ambos os sexos, em idade pré-escolar, internadas e com ausência de doenças crônicas associadas (cardiopatias, neuropatias, hepatopatias, endocrinopatias, nefropatias, AIDS, doenças crônicas não transmissíveis, imunodeficiências congênitas e síndromes genéticas).

A avaliação antropométrica foi analisada com os indicadores preconizados pela Organização Mundial de Saúde, os índices de Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I), Peso/Estatura (P/E) e IMC/Idade (IMC/I) para crianças menores que cinco anos e para crianças maiores que cinco anos Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I) e IMC/Idade (IMC/I)⁶. As crianças com até dois anos de idade foram pesadas desnudas em balança pediátrica WELMY[®] com capacidade máxima para 16kg e sensibilidade para 10g. Para a mensuração do comprimento, utilizou-se um infantômetro. O peso das crianças de dois até seis anos de idade, que estavam descalças e vestiam apenas roupas leves cedidas pelo hospital, foi determinado através de balança WELMY[®] com capacidade máxima para 150kg e sensibilidade de 0,1kg. A aferição da altura foi feita com um estadiômetro vertical ou horizontal de madeira, graduado em milímetros.

A partir dos dados obtidos dos índices de P/I, P/E, E/I e IMC/I obteve-se o diagnóstico nutricional expresso na forma de escore Z de acordo com Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional⁷. A tabulação dos dados foi realizada a partir das informações coletadas do questionário padrão do SISVAN (adaptado) que era preenchido pelos responsáveis das crianças. No questionário continha perguntas com os dados de identificação do paciente (nome, idade (meses), sexo, peso e estatura), práticas alimentares (tempo de aleitamento materno, refeições

ingeridas antes e durante o internamento, frequência de consumo de grupos alimentares) e internação (diagnóstico, condição do estado nutricional e tempo de internação).

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovado com o parecer de número 874/424. A coleta era iniciada quando os responsáveis pelas crianças liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados dos questionários foi analisada com a utilização do Software Microsoft Excel 2010, sendo avaliados somente os questionários totalmente preenchidos.

Resultados

A população analisada foi composta por 106 crianças, sendo 52,8% do sexo masculino e 47,2% feminino, a faixa etária preconizada foi de 1 a 6 meses com a idade média observada 3 anos. Após o diagnóstico da avaliação nutricional da população observou-se que o estado nutricional das crianças que participaram da pesquisa mostrou-se bastante favorecido, pois de forma geral 66,98% das crianças eram eutróficas, ou seja, o peso e a estatura estavam adequados para idade.

A Figura 1 apresenta as estimativas dos índices antropométricos de acordo com o P/I, P/E e E/I. O indicador P/I foi encontrado um pequeno percentual de déficit e risco nutricional, esse marcador expressa um acompanhamento adequado e oscila com algumas intercorrências, por isso se faz necessário utilizar na avaliação antropométrica. Em relação ao P/E da população, foi encontrado um déficit para estatura, nesse indicador obteve-se um percentual maior de risco nutricional, pois 33,1% das crianças tinha o peso corporal baixo para a estatura. O índice E/I é um indicador sensível que modifica com intercorrências pregressas ou crônicas, observou-se em baixo crescimento em 6,60% da população e 9,43% apresentaram risco nutricional, durante o período de internamento é viável se ter um acompanhamento de indicadores antropométricos, para proporcionar um melhor diagnóstico do estado nutricional e reduzir o tempo de hospitalização.

Relacionando o tempo de internamento com estado nutricional, foi visto uma relevância de permanência hospitalar da data de admissão até a entrevista menor ou igual há 10 dias em

102 crianças (96,22%). Em relação ao estado nutricional com o tempo de internação, foi relatado pelos responsáveis na entrevista que durante o tempo de hospitalização houve oscilação de perda e ganho de peso na população, mas apesar da criança estar em um ambiente fora do seu convívio em uma situação pouco favorecida 66,98% encontravam-se eutróficas, não tendo o estado nutricional afetado.

O tempo de amamentação das crianças foi avaliado, sendo visto que 51,79% delas foram amamentadas no primeiro ano de vida e isso não acarretou em declínio nutricional no decorrer da idade pré-escolar, uma vez que a maioria da população apresentavam estado eutrófico. Observou-se também que 71,43% das crianças não estão sendo mais amamentadas e que 52,83% receberam aleitamento materno exclusivo apenas até os seis primeiros meses de vida.

Avaliando a ingestão dietética pode-se observar que 48,11% fazem seis refeições ao dia, incluindo as três refeições principais (desjejum, almoço e jantar, intercalando de lanches entre os horários), 82,08% faz a ingestão de feijão todos os dias, 91,51% comem carne nas principais refeições e os lanches são compostos por 71,70% de frutas (Figura 2). Uma ingestão dietética adequada pode refletir em um estado nutricional satisfatório, tendo em vista que o crescimento linear e peso adequado tem uma grande relação com a ingestão habitual de uma população. Um estado de saúde adequado favorece para não ocorrer agravos que afetem o estado nutricional de uma população. A prevalência de uma ingestão dietética saudável contribuiu para um resultado positivo e um estado nutricional adequado nas crianças, favorecendo assim uma melhora no estado de saúde durante a hospitalização.

A Tabela 1 mostra o percentual da população que ingeria alimentos industrializados antes do período de internamento. Foram analisados os industrializados como refrigerante, salgadinho de pacote e biscoito recheado que faziam parte do hábito alimentar da criança, também foi encontrado um percentual da população que tomava suco artificial pó durante as refeições, onde 52% havia consumido nos últimos dias. A ingestão dos alimentos industrializados não é recomendada, em nenhuma fase da vida, deve-se evitar o consumo

principalmente em crianças, independente da faixa etária, pois o alto teor de calorias pode causar aumento de peso e consequentemente algumas patologias.

Discussão

A avaliação do estado nutricional de crianças consiste em uma medida indireta de avaliação de qualidade de vida e de saúde da população infantil e é usada em caráter complementar à avaliação de insegurança alimentar. Os índices preconizados de P/I, E/I, P/E e IMC/I são recomendados pelo WORLD HEALTH ORGANIZATION⁸ para detectar distúrbios nutricionais nos primeiros anos de vida.

A avaliação antropométrica em crianças no ato da admissão hospitalar é importante para definir o estado nutricional, e durante a internação é viável para verificar se houve impacto no estado nutricional⁹.

A avaliação da ingestão dietética pode ser utilizada como indicador indireto do estado nutricional, capaz de detectar situações de risco na alimentação de indivíduos e de uma população. O conhecimento da ingestão alimentar permite que se estabeleça o diagnóstico nutricional com o objetivo de formular medidas capazes de promover as mudanças desejáveis no comportamento alimentar favorecendo assim para a melhora do estado nutricional¹⁰.

No presente estudo a maior prevalência do estado nutricional foi de crianças com eutrofia, no que se refere a um estado sem déficit, estando dentro das estimativas esperadas atingindo 66,98% da população, isso se mostra favorável, pois o estado de doença deixa a criança mais vulnerável podendo oscilar o estado nutricional, por isso é fundamental ter uma atenção na avaliação nutricional durante o período de internação. Simões¹¹ (2010), analisou 99 pré-escolares hospitalizados, nesta população 43,6% encontravam-se em estado de eutrófia.

Nesse estudo o indicador (P/E) mostra risco nutricional nas crianças do sexo feminino com um percentual considerável de 32%. Esse resultado chama atenção considerando que a criança pode ter saído ou está entrando em um estado de desnutrição, levando em conta que nesta mesma população foi diagnosticada 4% de desnutrição. Um estudo de Filho⁹ e et al.,

(2005), com 81 crianças mostrou que 57,5% encontravam-se desnutridas, estando dentro de um período de internamento superior a sete dias.

A avaliação nutricional torna-se importante no ato de admissão e durante o internamento para identificar possíveis causas que possa afetar a criança, tendo em vista que um estado nutricional adequado durante a doença podendo evitar que o tempo de hospitalização se prolongue, proporcionando um melhor estilo de vida depois do estado de doença. Contudo, nota-se que a ocorrência no padrão nutricional de crianças internadas deve ser refletida considerando que a vulnerabilidade é bem maior nesta idade, e há uma necessidade de priorizar a alimentação levando em conta que o estado de saúde já afeta o estado nutricional.

Identificar o estado nutricional da criança no momento do internamento possibilita uma intervenção nutricional precoce daquelas com distúrbios nutricionais. Além disso, o acompanhamento durante a internação fornece informações para detectar pacientes em risco nutricional, aqueles com maior risco de sofrerem os efeitos adversos da hospitalização¹².

Motta e Silva¹³ (2001), demonstraram que embora a comparação com outros estudos sobre os problemas nutricionais que utilizam avaliações antropométricas seja difícil, existem definições que são fundamentadas em diferentes indicadores e pontos de corte, e as faixas etárias de idades envolvidas são bastante variadas, porém não inviável.

Pereira; Pires, Wayhs, Stahelin e Toyama¹⁴ (2008) analisaram a evolução do estado nutricional de crianças classificadas com desnutrição grave no ato da admissão, observou-se que houve melhora durante o tempo de internamento e uma criança que durante a hospitalização tinha sobrepeso passou a para eutrofia, nesse estudo de 1995 e 2005 observaram que houve melhora considerável no estado nutricional das crianças estudadas em 2005 quando comparadas as de 1995.

No presente estudo foi relacionado o tempo de amamentação exclusiva com o estado nutricional, onde foi encontrado que 23,5% da população estavam em déficit nutricional, 66,98% eutrofos e 6,60% com excesso de peso. Schwartz; Carraro, Riboldi e Behling¹⁵ (2012), estudou 95 crianças em aleitamento materno exclusivo, observou-se que 21,6% encontravam-se déficit no estado nutricional, 36% em estado de eutrofia e 37,5% com

sobrepeso e obesidade, porém não foram encontradas associação estatística que o tempo de amamentação afetasse o estado nutricional. Nota-se em ambos os estudos que o tempo de amamentação não afetou o estado nutricional da população, pois um percentual significativo encontravam-se eutrofos.

A história do processo saúde-doença revela que as crianças desenvolvem determinados agravos nutricionais que poderiam ser evitados. Esses agravos evoluem e podem originar fatores de risco à saúde, com probabilidade de prejudicar o estado geral e nutricional da criança, levando à internação¹⁶.

A atenção dietética é de fundamental importância durante a terapia clínica, independente da doença que motivou a internação, em particular nas regiões que apresentam elevado percentual de desnutrição infantil¹⁷. O perfil da ingestão dietética mostrou alto consumo de alimentos como feijão, arroz, macarrão, cuscuz e raízes, consumo médio de frutas, suco de frutas e hortaliças, consumo elevado de frango e carne bovina; alto consumo de preparações líquidas como suco, chá e leite adoçado com açúcar, baixo consumo de peixes e vísceras; além do consumo de refrigerante, salgadinhos de pacote, biscoito recheados e suco artificial (pó) nos dias anteriores ao internamento.

Um estudo de Nobre¹⁸(2012), analisou o consumo alimentar de pré-escolares encontrando um valor elevado da quantidade de lanches de padrão “não saudáveis” (guloseimas, biscoito recheados, refrigerantes, achocolatados e suco artificiais) o que mostra que o aumento desse tipo de consumo é indesejável a saúde, que em médio e longo prazo pode causar distúrbios como excesso de peso, dislipidemias e anemia.

Em relação à aceitação da dieta durante o período de internamento todas as preparações disponibilizadas pelo o hospital tiveram boa aceitação. Os alimentos mais consumidos no jantar foram: cuscuz, macarrão, arroz, sopa de legumes, raízes, frango e carne cozida, com o índice de 89% de consumo. Considerando a faixa etária de crianças de 12 a 24 meses que ainda recebiam o leite materno, apenas 11% preferiam leite ou mingau. Observamos que a proteína de origem animal tinha uma boa aceitação tanto no almoço como no jantar e as frutas mais consumidas durante o desjejum, lanches e ceia eram maçã, mamão e melão. A alimentação servida pelo

hospital era sempre atrativa e de boa qualidade, isso proporcionava uma melhor aceitação entre as crianças internadas.

Ferreira e França¹⁹ (2002), em seu estudo no que diz respeito ao estado nutricional de pacientes hospitalizados, torna-se inevitável à discussão da atenção dietética nesse contexto, pois é plenamente aceito que uma intervenção dietoterápica bem conduzida seja de fundamental importância para um bom prognóstico dos pacientes.

Conclusões

A maioria das crianças internadas encontrava-se dentro dos padrões de normalidade, proporcionando assim um resultado satisfatório no que se refere à importância de um estado nutricional adequado em crianças hospitalizadas. A ingestão dietética mostrou-se favorável, pois as crianças no período de internamento faziam as refeições principais, constituídas de alimentos de boa qualidade que contribuiu com um diagnóstico positivo.

Porém ainda são poucos os estudos que mostram um estado nutricional adequado em crianças internadas, assim, é sugerido que mais estudos sejam realizados a fim de detectar o perfil nutricional em crianças hospitalizadas.

Agradecimentos

A equipe que compõe o Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes em Natal Rio Grande do Norte, por toda a assistência prestada no período do estudo, e em especial as nutricionistas e os médicos que fazem um trabalho exemplar e um diferencial na vida de cada criança durante o período de internamento.

hospital era sempre atrativa e de boa qualidade, isso proporcionava uma melhor aceitação entre as crianças internadas.

Ferreira e França¹⁹ (2002), em seu estudo no que diz respeito ao estado nutricional de pacientes hospitalizados, torna-se inevitável à discussão da atenção dietética nesse contexto, pois é plenamente aceito que uma intervenção dietoterápica bem conduzida seja de fundamental importância para um bom prognóstico dos pacientes.

Conclusões

A maioria das crianças internadas encontrava-se dentro dos padrões de normalidade, proporcionando assim um resultado satisfatório no que se refere à importância de um estado nutricional adequado em crianças hospitalizadas. A ingestão dietética mostrou-se favorável, pois as crianças no período de internamento faziam as refeições principais, constituídas de alimentos de boa qualidade que contribuiu com um diagnóstico positivo.

Porém ainda são poucos os estudos que mostram um estado nutricional adequado em crianças internadas, assim, é sugerido que mais estudos sejam realizados a fim de detectar o perfil nutricional em crianças hospitalizadas.

Agradecimentos

A equipe que compõe o Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes em Natal Rio Grande do Norte, por toda a assistência prestada no período do estudo, e em especial as nutricionistas e os médicos que fazem um trabalho exemplar e um diferencial na vida de cada criança durante o período de internamento.

Referências

1. NASSER LA. Importância da nutrição, da infância a adolescência. In: FAGIOLI D. Educação nutricional na infância e na adolescência: planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas. São Paulo: RCN Editora, 2006; 31-6.
2. OBELAR MS e et. al. Nutrição nas fases pré-escolar e escolar. In: LAMOUNIER JA. e et. al. Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência. - Barueri, SP: Manole, 2009; 55-6.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para alimentação complementar saudável- ENPACS/Caderno do Tutor. Brasília/DF, 2010. Disponível em:< <http://www.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/estrategia.pdf>> Acesso em: 08 set. 2013. Não paginado.
4. VITOLO MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Aspectos Fisiológicos e Nutricionais na Infância - Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008; 167.
5. FILHO SD. MUNIZ HF. Desnutrição infantil. In: LAMOUNIER JA. e et. al. Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência. - Barueri, SP: Manole, 2009; 55-6.
6. BRASIL, Organização Mundial de Saúde (OMS). Curvas de crescimento 2006 e 2007. Ministério da Saúde, 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
Disponível em < http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf> Acesso em: 24 jul. 2014. p. 53.

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
9. FILHO LAP, e et al., Avaliação nutricional de crianças internadas em enfermaria geral de um hospital público. São Paulo. Revista de Pediatria. 2005; 27 (1) 13-17;
10. OZTURK Y, BUYUKGEBIZ B, ARSLAN N, ELLIDOKUZ H, Effects of hospital stay on nutritional anthropometric data in Turkish children. J Trop Pediatr. 2003; 49:189-90
11. SIMÕES APB, PALCHETTI CZ, PATIN RV, MAURI JF, OLIVEIRA FLC. Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados em enfermaria de cirurgia bariátrica. Rev. Paul. Pediatr. 2010; 28 (1) 41-7
12. TUMA RC, COSTA TH, SCHMITZ BA. Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005; 5: 419-28.
13. MOTTA MEFA; SILVA GAP. Obesity and malnutrition in children: profile of a low-income community. Rio de Janeiro..Jornal Pediatr. 2001; (77) nº 4 288-93.
14. PEREIRA TP; PIRES MMS; WAYHS M; STAHELIN L; TOYAMA RP. Avaliação nutricional de lactentes e pré-escolares hospitalizados no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago em 1995 e 2005. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008; (37) 80-1
15. SCHWARTZ R, CARRARO JL, RIBOLDI BP, BEHLING EB Associação entre aleitamento materno e estado nutricional atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do Sul do Brasil. Rev. HCPA 2012; 32(2) 149.

16. SIMÕES CC. Perfis de saúde de mortalidade no Brasil: Uma análise de seus condicionamentos em grupos populacionais específicos. Brasília, DF. OPAS; 2002.

17. ROCHA GA; ROCHA EJM; MARTINS CV. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. Rio de Janeiro. J Pediatr. 2006; (82) nº 1, 73.

18. NOBRE LN; LAMOUNIER JA; FRANCESCHINI SCC. Padrão alimentar de pré-escolares e fatores associados. J Pediatr, Rio de Janeiro; 2012; (88) 129-36.

19. FERREIRA HS; FRANÇA AO. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas a internação hospitalar. J Pediatr, Rio de Janeiro; 2002; (78) 491-6.

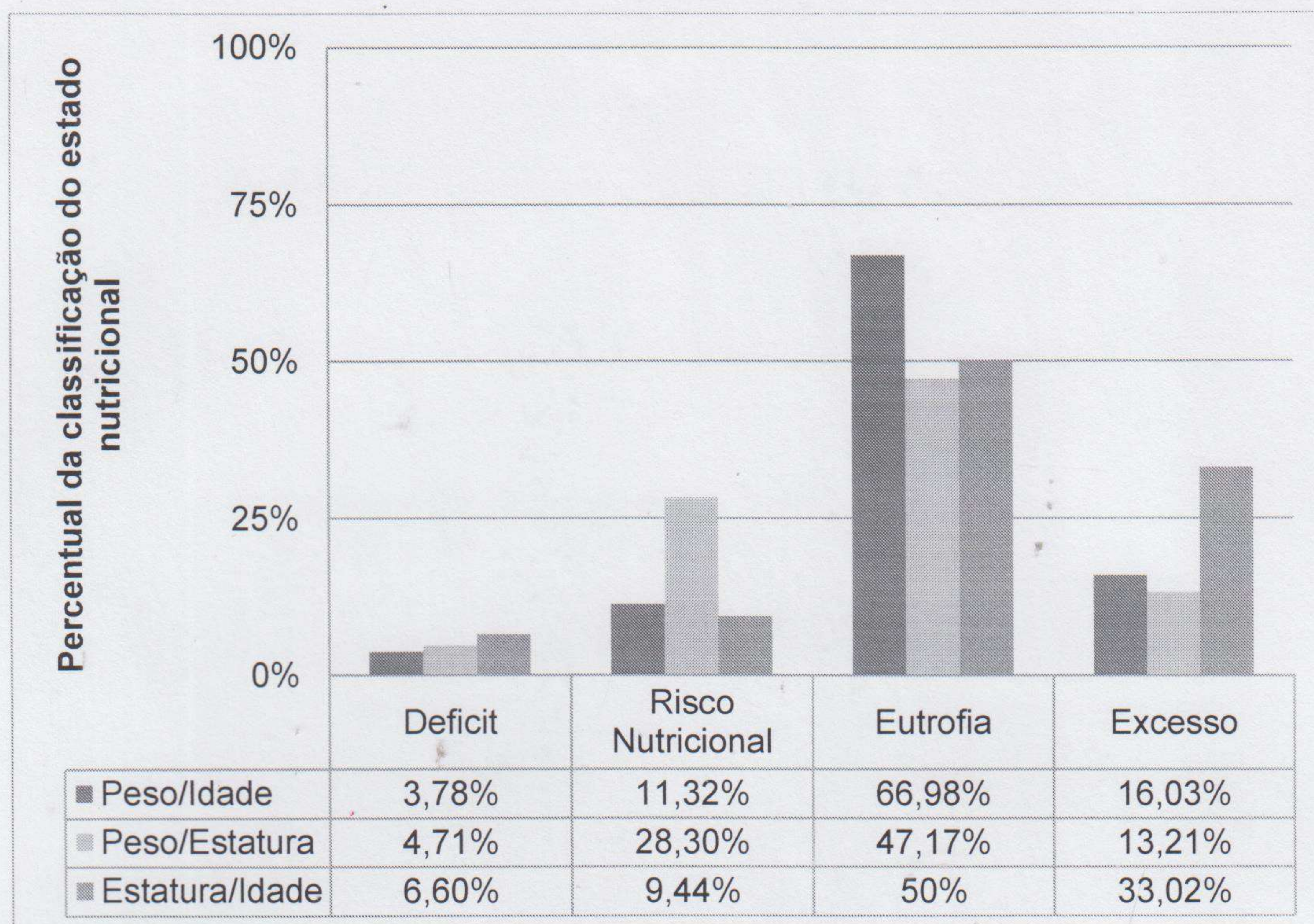


Figura 1. Perfil nutricional de crianças internadas de acordo com escore Z.

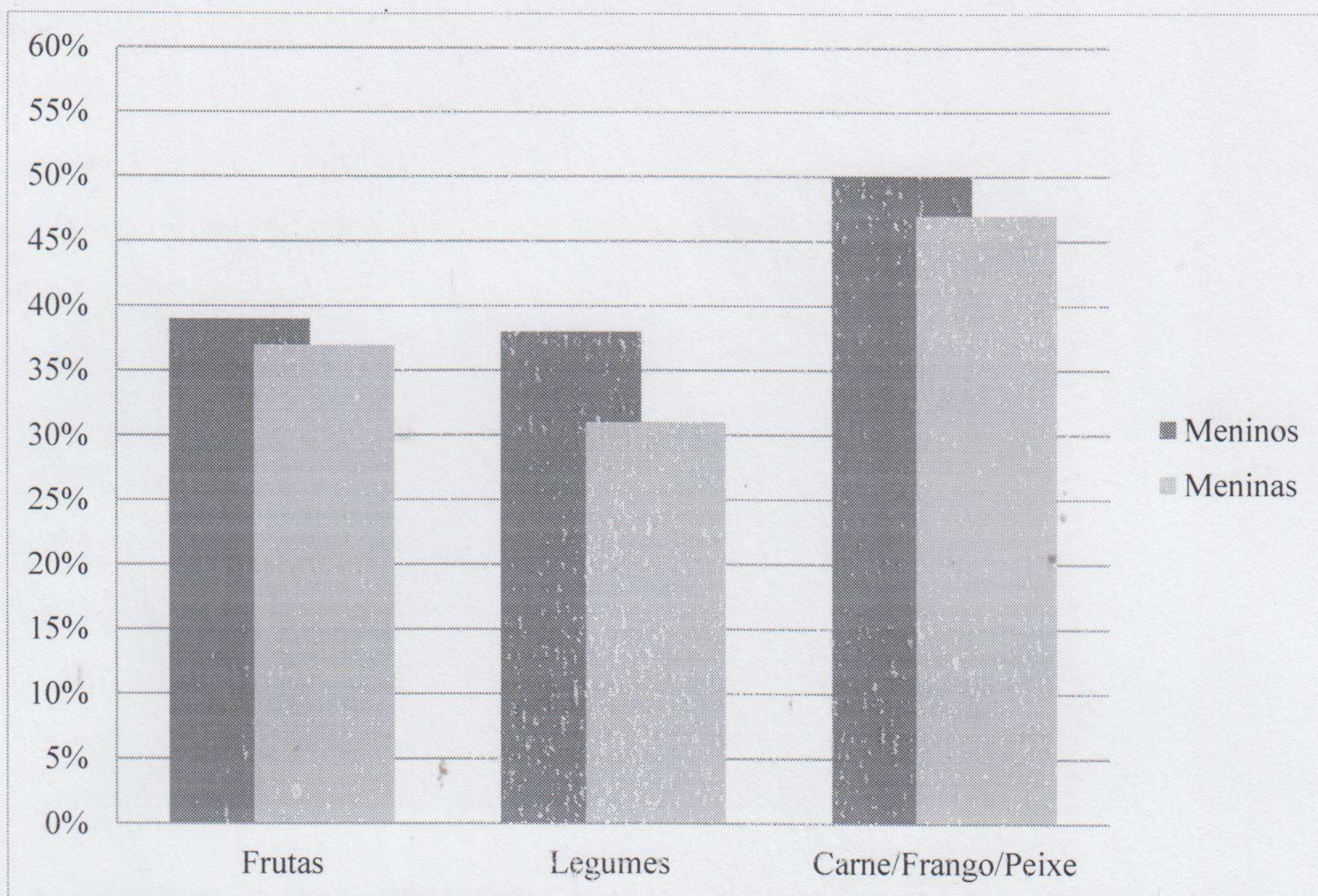


Figura 2- Avaliação da ingestão dietética das refeições (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar)

Tabela 1- Frequência do consumo de alimentos industrializados

Alimentos industrializados				
Alimentos	Frequência %			
	Todos os dias	Dias alternados	Às vezes	Nunca
Refrigerante	3,77	6,60	57,55	32,08
Salgadinho de pacote	7,55	16,04	55,66	20,75
Biscoito recheado	10,38	16,04	43,40	30,19

Frequência do consumo de alimentos industrializados consumidos pela população antes do período de internamento.

Revista de Pediatria SOPERJ

Normas de Publicação

A Revista de Pediatria SOPERJ aceita trabalhos para as seguintes seções:

Artigo original: inclui estudos epidemiológicos, clínicos, experimentais ou pesquisas de caráter sócio-etnográfico. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo página de rosto, resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de ilustrações (tabelas, figuras e outros) não pode ser maior do que quatro.

PREPARAÇÃO GERAL DE MANUSCRITOSO 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 e processador de textos Microsoft Word®. Os autores deverão enviar carta de submissão assinada por todos, através do SGP (Sistema de Gestão de Publicações), de acordo com modelo disponível. A carta deverá conter os seguintes aspectos:

- Os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado, não foi e não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **Revista de Pediatria SOPERJ**.
- Os autores devem autorizar a transferência de direitos autorais, no qual reconhecem que, a partir da submissão, a **Revista de Pediatria SOPERJ** passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito;
- Os autores devem informar as contribuições de cada participante para a elaboração do artigo, que devem ser especificadas e os critérios de autoria baseados nos requisitos uniformes do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos. O reconhecimento de autoria deve estar baseado em contribuições substanciais para a concepção *edesign*, aquisição de dados, análise ou interpretação dos dados e redação do artigo ou revisão crítica do seu conteúdo, além da aprovação final da versão a ser publicada. Os autores devem satisfazer as três condições.

Para artigos originais, comunicações breves, relatos de caso, resumos de dissertações e teses será necessária a comprovação da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável, citando a data da aprovação e o número do CAAE gerado pela Plataforma Brasil. Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com 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".

NORMAS DETALHADAS

PÁGINA DE ROSTO:

- Título do artigo em português, sem abreviaturas.
- Título do artigo em inglês
- Nome completo de cada um dos autores acompanhado da titulação mais relevante e a instituição à qual pertence.
- Autor responsável pelo contato com a revista: definir o autor responsável e colocar endereço completo (endereço com CEP), telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico.
- Declaração de conflito de interesse: descrever ligação de qualquer um dos autores com empresas e/ou 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) e o número do processo.
- Número total de palavras: no texto (excluir página de rosto, resumo, abstract, agradecimentos, 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. Devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

Resumo de artigo original e de comunicação breve: deve conter as seções Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões (*Abstract: Objective, Methods, Results, and Conclusions*).

PALAVRAS-CHAVE E KEY-WORDS:

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 (justificando o trabalho e contendo no final os objetivos do trabalho); método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção da amostra se pertinente ao tipo de trabalho, definir os procedimentos empregados e detalhar a análise); resultados (claros e objetivos - o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo de texto); discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do

estudo, suas implicações e limitações); conclusões (ressalta as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

AGRADECIMENTOS:

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não cumpram os critérios de autoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site "sample references"

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos.

Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo".

Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>.

Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

TABELAS:

Cada tabela deve estar em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto e conter um título. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Digitar as

tabelas no processador de textos Word, usando linhas e colunas. 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 ser sempre em 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 de Pediatria SOPERJ não aceita gráficos escaneados.

FIGURAS:

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar da 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, em arquivo separado (não importar para o texto). A **Revista de Pediatria SOPERJ** não aceita figuras escaneadas.

SUBMISSÃO ONLINE

Procedimentos após a submissão (Notificações via e-mail)

Ao terminar a submissão de seu trabalho, será gerado um e-mail informando se a submissão foi efetuada corretamente, e quando seu trabalho for recebido e conferido se está dentro dos padrões também será gerado outro e-mail. Caso o artigo esteja "Fora de padrão", o autor será avisado por e-mail e poderá corrigi-lo entrando no SGP/SOPERJ em <http://www.soperj.org.br/sgp/>

O autor que submeteu o trabalho poderá acompanhar a tramitação de seu trabalho a qualquer momento pelo SGP/SOPERJ, através do código de fluxo gerado automaticamente pelo SGP, ou ainda pelo título de seu trabalho.

Importante: Como o sistema gera e-mails automaticamente conforme seu artigo estiver tramitando, é imprescindível, que o autor DESABILITE seus filtros de SPAM em seus respectivos provedores, ou que configurem suas contas de e-mail para ACEITAR qualquer mensagem do domínio @soperj.org.br. Para informações sobre como configurar seu filtro de spam entre em contato com seu provedor de acesso.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

O processo de avaliação do mérito científico do artigo leva em consideração a observância do atendimento do formato previsto nas normas editoriais, ressaltando o potencial do manuscrito para publicação e o possível interesse do tema para o público-alvo da revista. Todo o conteúdo publicado pela **Revista de Pediatria SOPERJ** passa por um processo de revisão por especialistas (*peer review*). Cada artigo submetido para avaliação é encaminhado aos editores da revista, que realizam uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência da **Revista de Pediatria SOPERJ** e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos trabalhos originais. A seguir, os editores remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente (consultores *ad hoc*), pesquisadores de competência estabelecida na área específica de conhecimento, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e desconhecem a identidade dos autores e o local de origem do trabalho, sendo adotados o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisor(es) durante todo o processo de análise do manuscrito. É importante ressaltar que os artigos que não apresentem mérito científico, contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem no perfil editorial da revista, serão recusados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso. Após receber ambos os pareceres dos revisores, o Conselho Editorial da revista os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de alterações a serem realizadas. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, solicita-se uma terceira opinião para melhor julgamento. De acordo com a avaliação, o artigo submetido pode retornar o número de vezes necessário aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter a sua recusa determinada, cabendo enfatizar que cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final em relação à publicação ou não do manuscrito submetido. Não serão permitidos acréscimos ou alterações no artigo após o envio para composição editorial e o fechamento do número da revista. O conteúdo presente nos manuscritos é de responsabilidade exclusiva dos autores. A **Revista de Pediatria SOPERJ** somente recebe material submetido à publicação pelo site, via programa SGP (Sistema de Gestão da Publicação).