



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO/ HOSPITAL DAS CLÍNICAS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM NUTRIÇÃO

TATIANE PONTES SILVA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS COM
ALERGIA ALIMENTAR ATENDIDAS AMBULATORIALMENTE**

RECIFE

2021

TATIANE PONTES SILVA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS COM
ALERGIA ALIMENTAR ATENDIDAS AMBULATORIALMENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Residência do Programa de Residência em Nutrição do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Nutrição Clínica.

Orientador: Prof^a Dra Rebecca Peixoto Paes Silva

Coorientador: Prof^a Dra Isis Suarugy Correia Moura

RECIFE

2021

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

S586c Silva, Tatiane Pontes.
Características clínicas e nutricionais de crianças com alergia alimentar atendidas ambulatorialmente / Tatiane Pontes Silva. – 2021. 33 f. ; 30 cm.

Orientadora : Rebecca Peixoto Paes Silva.
Coorientadora : Isis Suaragy Correia Moura.
Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Residência em Nutrição. Hospital das Clínicas. Recife, 2021.

Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Hipersensibilidade Alimentar. 2. Pediatria. 3. Estado Nutricional. I. Silva, Rebecca Peixoto Paes (Orientadora). II. Moura, Isis Suaragy Correia (Coorientadora). III. Título.

613

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2022-023)

TATIANE PONTES SILVA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS COM
ALERGIA ALIMENTAR ATENDIDAS AMBULATORIALMENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Residência do Programa de Residência em Nutrição do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Nutrição Clínica.

Aprovada em: 15/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Dra. Janine Maciel Barbosa
Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Maria da Conceição Chaves de Lemos
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo de todo o caminho. A minha família e o meu noivo que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho. As minhas amigas residentes, em especial Alexandra e Cinthia com quem convivi intensamente durante esses anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa mas também como profissional. A minha orientadora Rebecca pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho. A Isis que desde a graduação vem sendo referência como pessoa e profissional, sempre me encorajando a buscar meus objetivos, sem sua ajuda e ensino nada disso seria possível. E, por fim, agradeço todas as pessoas que, de alguma forma, foram essenciais para que alcançasse este objetivo com o qual sempre sonhei.

RESUMO

A alergia alimentar (AA) é caracterizada como uma resposta imunológica anormal a uma proteína alimentar, fazendo com que sejam desencadeadas reações clínicas cada vez que aquele alimento seja ingerido, independentemente da quantidade consumida. As manifestações clínicas das AA costumam aparecer no primeiro ano de vida, decaindo após o terceiro. Por serem a base do tratamento nutricional, a exclusão do alimento causador da alergia é fundamental, entretanto, a longo prazo se realizado de forma inadequada pode desencadear problemas no estado nutricional das crianças, favorecendo o déficit energético protéico. Portanto o objetivo deste estudo é analisar o perfil clínico-nutricional de crianças com alergia alimentar atendidas ambulatorialmente. Estudo descritivo do tipo transversal, realizado no ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Participaram do estudo crianças de ambos os sexos, que fazem parte dos protocolos de atendimento do ambulatório de Alergia Alimentar. Foram excluídas crianças com diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais, doenças autoimunes e doença celíaca. Os dados foram coletados a partir de informações dos prontuários e de entrevista com o responsável, tendo como auxílio um formulário semiestruturado no qual foram registrados dados clínicos, sociodemográficos, antropométricos e nutricionais. O programa utilizado para análise dos cálculos estatísticos foi SPSS na versão 20.0. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas, com o CAAE n. 42253920.3.0000.8807. Foram avaliadas quarenta e nove crianças, com mediana de idade de dezoito meses, 53,1% eram do sexo masculino, com predominância em nascidos de parto cesáreo (77,6%) e responsáveis com baixa escolaridade (83,7%). Quanto aos aspectos relacionados à alergia, a maioria das crianças apresentavam um dos pais com antecedentes de alergia (81,6%) e o alimento alérgico mais presente foi o leite de vaca (59,2%). Todas fizeram uso de leite materno, tendo 51% apresentado tempo de aleitamento materno exclusivo inferior a seis meses. 85,7% fizeram o uso de fórmula infantil, tendo 71,4% feito essa introdução antes dos seis meses. Em relação à alimentação complementar, 75,6% iniciaram após os seis meses. Quanto ao estado nutricional, observou-se predominância de eutrofia em todos os indicadores antropométricos avaliados, porém maiores valores de excesso de peso/obesidade quando comparados à desnutrição. No que se refere à associação entre o tipo de alergia e as variáveis clínico nutricionais, o grupo de alergia única apresentou maior número de inadequação nos indicadores de peso/estatura e IMC/idade. Foi observado que crianças com AA apresentaram maior prevalência de alergia a leite de vaca e ovo, a maioria nasceu de parto cesáreo, exibiram pais com antecedentes de alergia e a introdução precoce de fórmulas infantis. Além disso, foi verificada frequência importante de excesso de peso nas crianças avaliadas.

Palavras- chave: hipersensibilidade alimentar; pediatria; estado nutricional.

ABSTRACT

Food allergy is characterized as an abnormal immune response to a food protein, causing clinical reactions to be triggered every time that food is ingested, regardless of the amount consumed. The clinical manifestations of AA usually appear in the first year of life, decreasing after the third. As they are the basis of nutritional treatment, the exclusion of the food that causes the allergy is essential, however, in the long term, if performed inappropriately, it can trigger problems in the nutritional status of children, favoring the protein energy deficit. Objective- To analyze the clinical-nutritional profile of children with food allergies treated in an outpatient clinic. Descriptive cross-sectional study, carried out at the Food Allergy Outpatient Clinic of the Hospital das Clínicas de Pernambuco. Children of both sexes, who are part of the care protocols of the Food Allergy Outpatient Clinic, participated in the study. Children diagnosed with inflammatory bowel diseases, autoimmune diseases and celiac disease were excluded. Data were collected from information from medical records and from an interview with the person responsible, using a semi-structured form as an aid. The software used to analyze the statistical calculations was SPSS version 20.0. The present study was approved by the Ethics and Research Committee of Hospital das Clínicas, with CAAE n. 42253920.3.0000.8807. Forty-nine children were evaluated, with a median age of eighteen months, 53.1% were male, born by cesarean section (77.6%), and had low education caregivers (83.7%). As for aspects related to allergy, most children had a parent with a history of allergy (81.6%), the most common allergic food was cow's milk (59.2%). All of them used breast milk, and 51% had been exclusively breastfeeding for less than six months. 85.7% used infant formula, with 71.4% having made this introduction before six months. Regarding complementary feeding, 75.6% started after six months. As for nutritional status, there was a predominance of normal weight in all anthropometric indicators evaluated, but higher values for excess weight/obesity when compared to malnutrition. With regard to the association between the type of allergy and clinical and nutritional variables, the single allergy group had a higher number of inadequacies in the indicators of weight/height and BMI/age. It was observed that children with AA had a higher prevalence of allergy to cow's milk and eggs, had mostly cesarean delivery, parents with a history of allergy and the early introduction of infant formula. In addition, an important frequency of overweight in the assessed children was verified.

Keywords: food hypersensitivity; pediatrics; nutritional status.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
2	ARTIGO - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS COM ALERGIA ALIMENTAR ATENDIDAS AMBULATORIALMENTE	10
2.1	INTRODUÇÃO.....	10
2.2	MÉTODOS.....	11
2.3	RESULTADOS	12
2.4	DISCUSSÃO	13
	REFERÊNCIAS	17
	APÊNDICE A- FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO	23
	ANEXO A– NORMAS SUBMISSÃO REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA	24
	ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	30

1 APRESENTAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Residência foi elaborado no formato de um Artigo Original de interesse científico a ser submetido à revista Revista Paulista de Pediatria (ANEXO I), intitulado “**Características Clínicas E Nutricionais De Crianças Com Alergia Alimentar Atendidas Ambulatorialmente**”.

A prevalência de doenças alérgicas aumentou significativamente nos últimos anos. Atualmente as crianças vêm sendo expostas a uma diversidade de fatores que podem servir de gatilhos para desencadear as alergias, onde se inicia desde o parto, a forma como é realizada a introdução alimentar, até a carga genética que eles carregam. Conhecer as características clínicas e nutricionais desse grupo se torna importante para detectar riscos nutricionais precocemente.

2 ARTIGO - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS DE CRIANÇAS COM ALERGIA ALIMENTAR ATENDIDAS AMBULATORIALMENTE

2.1 INTRODUÇÃO

A alergia alimentar (AA) é caracterizada como uma resposta imunológica anormal a uma proteína alimentar, fazendo com que sejam desencadeadas reações clínicas cada vez que aquele alimento seja ingerido, independentemente da quantidade consumida. A AA acomete principalmente crianças e adultos jovens, e vem tendo um aumento significativo nos últimos tempos, o que a torna um grande problema de saúde pública ¹.

As alergias podem ser classificadas como IgE mediada, não mediada, e mista, sendo mediadas por IgE as que apresentam sintomas clínicos mais rápidos e graves, as manifestações incluem urticária, angioedema, hipersensibilidade gastrointestinal imediata e anafilaxia. Já as reações IgE não mediadas são conhecidas por apresentarem sintomas tardios, e tendo suas manifestações predominantemente em nível gastrointestinal, como náuseas, vômitos, diarreia, cólicas e sangue nas fezes. Existe ainda as reações mistas, que englobam sintomas presentes tanto na IgE mediada quanto na não mediada, como dermatite atópica, esofagite eosinofílica, gastrite, enterocolite eosinofílicas e asma ².

As manifestações clínicas das AA costumam aparecer no primeiro ano de vida, decaindo após o terceiro. Isso acontece porque a barreira da mucosa que participa da resposta imune e atua na tolerância oral ainda é imatura em bebês e crianças pequenas, estando totalmente desenvolvida após os 4 anos de idade, além disso há produção diminuída de anticorpos IgA secretores específicos favorecendo a entrada de alérgenos e levando a sua maior ocorrência. O desenvolvimento da tolerância oral pode ser influenciado por diversas variáveis, como o tipo de antígeno, a quantidade e frequência de exposição, e o modo de apresentação ^{2,3}.

Estudos mostram que os alimentos alergênicos mais comuns são: leite de vaca, ovo, soja, trigo, amendoim, castanhas, peixes e crustáceos. Dentre esses alimentos o que mais se destaca é o leite de vaca, visto que o aumento do uso do leite de vaca como substituto do leite humano levou a um aumento da incidência dessa doença. A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum entre bebês e crianças pequenas, e tem forma de tratamento única, sendo até o momento, a exclusão total da proteína do leite de vaca da dieta da criança ^{1,2,4,5,6}.

Por serem a base do tratamento nutricional, a exclusão do alimento causador da alergia é fundamental, entretanto, a longo prazo se realizado de forma inadequada pode desencadear

problemas no estado nutricional das crianças, favorecendo o déficit energético protéico. Sabe-se que as fases iniciais da vida são mais sensíveis a fatores nutricionais pois, esse grupo se encontra em um período de crescimento acelerado e aumento das necessidades nutricionais, por isso a monitorização contínua e educação continuada dos pais e cuidadores são fundamentais para o sucesso no tratamento ^{7,8}.

Portanto, em virtude do elevado impacto que a alergia alimentar pode trazer para pacientes pediátricos, pesquisas que busquem avaliar o perfil clínico-nutricional se tornam importante pois assim, o rastreio precoce de possíveis complicações pode auxiliar a tomada de decisões da equipe multiprofissional, garantindo a este público um crescimento e desenvolvimento adequados, prevenindo distúrbios nutricionais. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi analisar o perfil clínico-nutricional de crianças com alergia alimentar atendidas.

2.2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, realizado no ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE), envolvendo crianças acompanhadas no serviço e/ou estão na primeira consulta. A amostra avaliada foi constituída por quarenta e nove crianças selecionadas por conveniência. Participaram do estudo crianças de ambos os sexos, de zero a dez anos que fazem parte dos protocolos de atendimento do ambulatório de Alergia Alimentar do HC/PE. Foram excluídas crianças com diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais, doenças autoimunes e doença celíaca.

Os dados foram coletados a partir de informações dos prontuários e de entrevista com responsável, tendo como auxílio um formulário semiestruturado no qual foram registrados dados referentes ao sexo, idade (menor que seis meses, entre seis e doze meses e maior que doze meses), cor referida pelos genitores (branca, parda e negra), localidade/proveniência (Recife e Região Metropolitana do Recife), escolaridade do responsável, compreenderam com baixa escolaridade os que relataram menos de nove anos de estudo, tipo de parto (normal e cesáreo), peso e comprimento ao nascer, prática de aleitamento materno (sim ou não), tempo de aleitamento materno exclusivo e misto (menor que seis meses e maior que seis meses), idade da introdução alimentar (menor que seis meses e maior que seis meses), idade em meses do início do consumo de alimentos potencialmente alérgenos (ovo, leite ou crustáceos), consumo de leite de vaca e/ou fórmula infantil (sim ou não) e idade de início do uso (menor que seis meses e maior que seis meses), se houve a presença de sintomas de alergia alimentar durante a amamentação e/ou introdução alimentar (sim ou não), antecedentes familiares de alergia (pais com alergia), tipo de alergia alimentar (única ou mista), alimento envolvido e a presença de

anafilaxia (sim ou não).

Para a avaliação antropométrica, as crianças menores de 2 anos foram pesadas em balança pediátrica da marca Balmak-Móbile Baby ELP-25BB® sem roupas e o comprimento aferido em decúbito dorsal sobre uma superfície plana, com a utilização de régua antropométrica pediátrica Indaiá®. As crianças acima de 2 anos foram pesadas com o mínimo de roupa, em balança eletrônica digital, da marca Plenna-MEA-03140®, com capacidade máxima de 150 Kg e precisão de 100g. A altura será aferida em estadiômetro compacto 2 metros Slim Fit® afixado na parede com a criança em pé.

O diagnóstico nutricional foi realizado a partir dos indicadores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que incluem os scores z de estatura/idade (E/I), peso/idade (P/I), peso para estatura (P/E), e índice de massa corporal para idade (IMC/I) ⁹. Os dados foram avaliados por meio do programa Anthro-OMS 2006.

Para o processamento dos dados utilizou-se o software Excel 2010 (Windows®). O programa utilizado para análise dos cálculos estatísticos foi SPSS na versão 20.0. As variáveis quantitativas foram testadas quanto à normalidade de distribuição a partir do teste Shapiro-Wilk. As variáveis que apresentaram distribuição normal foram expressas na forma de média e desvio-padrão. As variáveis que não apresentaram distribuição normal foram expressas sob a forma de mediana e intervalo interquartilico. Quanto à análise dos dados, foi utilizado o teste Qui quadrado de Pearson para testar associação entre as variáveis categóricas. Foi considerado significativo valores de $p < 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HC/PE, de acordo com a resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, cujo o CAAE foi o de Nº. 42253920.3.0000.8807. Participaram da pesquisa apenas as crianças cujos pais/responsáveis autorizaram sua participação a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

2.3 RESULTADOS

No presente estudo foram avaliadas quarenta e nove crianças, com mediana de idade de dezoito meses (IQ 9,5-30), e mediana de idade gestacional de quarenta semanas (IQ 38-40) (dado não visualizado na tabela).

Na tabela 1 estão dispostas as características gerais das crianças avaliadas no estudo, no qual 53,1% eram do sexo masculino. A maioria dos participantes (63,3%) eram maiores de doze meses, nascidos de parto cesáreo (77,6%), de cor parda (81,6%), procedentes de Recife e região metropolitana (71,4%), e responsáveis apresentavam baixa escolaridade (83,7%). Quanto aos aspectos relacionados à alergia, a maioria das crianças apresentavam um dos pais com

antecedentes de alergia (81,6%), o alimento alérgico mais presente foi o leite de vaca (59,2%), e a anafilaxia esteve presente na maior parte da amostra estudada (69,4%).

Das crianças que participaram do estudo, todas fizeram uso de leite materno, tendo 51% apresentado tempo de aleitamento materno exclusivo inferior a seis meses. Na amostra estudada, a maioria (91,8%) não fez uso de leite de vaca, porém 85,7% utilizaram fórmula infantil, tendo 71,4% realizado essa introdução antes dos seis meses. Em relação à alimentação complementar, 75,6% iniciaram após os seis meses. O início dos sintomas de alergia apresentados durante a amamentação afetou 91,8% das crianças. Em relação ao estado nutricional observou-se predominância de eutrofia em todos os indicadores antropométricos avaliados (Tabela 2).

Os participantes apresentaram uma mediana de aleitamento materno misto de dez meses (IQ 7-20), uma mediana de início da ingestão de fórmula infantil de três meses (IQ 1-5,5) e a ingestão do ovo e peixe numa mediana de seis meses (IQ 5-8) e sete meses (IQ 0-9) respectivamente (dado não visualizado na tabela).

Quanto a associação entre o tipo de alergia e as variáveis clínico nutricionais, o grupo com alergia única apresentou diferença estatística em relação ao grupo com alergia mista, para os indicadores de peso/estatura e IMC/idade, tendo o grupo de alergia única maior número de inadequação (Tabela 3).

2.4 DISCUSSÃO

A alergia alimentar pode afetar até 10% das crianças, e vem aumentando tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, se tornando um problema de saúde pública visto que essa doença influencia diretamente na qualidade de vida das crianças e suas famílias¹⁰. O que reflete a importância de estudos descritivos, para que se possa ter um maior conhecimento das características inerentes a esse grupo.

No presente estudo observou-se que o diagnóstico de AA vem sendo detectado em lactantes mais tardiamente, destacando-se a importância do diagnóstico precoce, pois quanto mais cedo for diagnosticada a alergia, mais rápido serão definidas as intervenções necessárias, evitando prejuízos no crescimento e desenvolvimento das crianças¹¹.

Quando se avaliou os antecedentes gestacionais dos participantes, verificou-se predominância do parto cesárea. No Brasil, o número de partos cesarianos vem aumentando potencialmente, e o país ocupa a segunda posição no ranking com maior taxa de cesárea do mundo, o que pode ser resultado desse elevado número encontrado na pesquisa¹². Um estudo multicêntrico realizado na China, mostrou que 55,6% das crianças nascidas de parto cesária exibiam diagnóstico confirmado de APLV. O mecanismo relacionado ainda é incerto, mas

acredita-se que pode estar relacionado a composição da microbiota do bebê, que apresenta relação com a via de parto e posteriormente ao diagnóstico de alergia, sendo semelhante aos dados achados nessa pesquisa ¹³.

A predisposição ao aparecimento de alergia também leva em consideração os fatores genéticos, e o risco de alergia aumenta em 50%, caso a criança apresente um dos pais com alergia, e 70% se ambos os pais forem alérgicos ¹⁴. O referido estudo observou que mais de 80% das crianças avaliadas apresentavam um dos pais com histórico de alguma alergia, resultado superior quando comparado ao encontrado em outro estudo, onde o valor era de 42,3% ¹¹. Essa diferença pode ter sido devido ao estudo incluir apenas crianças com APLV, enquanto que o presente estudo obteve mais variedades de AA.

A amamentação sempre foi padrão ouro de escolha para a alimentação infantil, porém seus efeitos profiláticos sobre a alergia alimentar ainda são muito incertos. Das crianças estudadas, todas fizeram o uso de leite materno, tendo um pouco mais da metade apresentado tempo de aleitamento materno exclusivo inferior a seis meses. Um estudo de coorte realizado no Japão evidenciou que a amamentação reduz o risco de alergia alimentar apenas para crianças com alto risco de eczema, enquanto que a amamentação prolongada aumenta o risco de alergia alimentar. Ainda são poucos os estudos que correlacionam a prática de amamentação e sua relação com as alergias alimentares, porém sabe-se da importância da amamentação exclusiva até os seis meses, pois essa prática pode prevenir não somente o aparecimento de alergia, como também outras patologias ¹⁵.

Em contrapartida, o uso de fórmula infantil foi observado em grande parte das crianças, e a maioria sendo introduzida antes dos seis meses. Um estudo no Chile com crianças menores de um ano mostrou resultado semelhante, onde avaliou que metade das crianças receberam fórmula antes do terceiro mês de vida ¹⁶. As evidências sugerem que a sensibilização ao leite de vaca e a alergia alimentar podem ser evitadas, evitando-se o uso de fórmula infantil pelo menos nos primeiros dias de vida ¹⁷.

Quanto ao tempo de início da alimentação complementar, o presente estudo observou baixa frequência de inadequação. Uma pesquisa que aconteceu na Arábia Saudita avaliou a consciência materna quanto ao momento da introdução alimentar, e observou que, o nível baixo de escolaridade dos pais pode ser uma barreira para adesão das diretrizes recentes, esses resultados vão contra ao achado no presente estudo, onde por mais que os responsáveis revelassem baixa escolaridade, a maioria seguiu a recomendação preconizada pela OMS, que seria da introdução alimentar após os seis meses de vida, demonstrando que estão sendo transmitidos conhecimentos adequados para as famílias sobre nutrição infantil ¹⁸.

Os alimentos causadores de alergia que mais se destacaram foram o leite de vaca e ovo, Meyer et al, encontraram em sua pesquisa um alto índice de alergia ao leite de vaca (64%), seguido por ovo (38%) ¹⁹. Outro estudo realizado com setenta e sete crianças em Cingapura, mostrou que 36% tinham alergia ao leite de vaca, e 61% ao ovo ²⁰. Em outros trabalhos esses alimentos também aparecem como sendo os principais ligados aos sintomas de alergia ^{2,22,17}. Ainda não há evidências suficientes para determinar o porquê, porém sabe-se que a inserção prematura das proteínas do leite de vaca na alimentação do lactente pode provocar reações de hipersensibilidade e alergia, reforçando o achado do estudo que foi uma grande taxa de introdução de fórmula infantil antes dos seis meses de idade.

E em relação à alergia ao ovo, estudos de revisão mostram que a ingestão de ovos dos quatro aos seis meses diminui o risco de alergia, porém a natureza, forma de apresentação e dose de exposição pode desempenhar um papel importante na prevenção dessa alergia ^{23,24,25,26}.

Ao avaliar o estado nutricional, constatou-se maior frequência de excesso de peso quando comparados aos de desnutrição. De fato, quadros de desnutrição são mais esperados nesse público devido a exclusão dos alimentos da dieta, entretanto, essa substituição pode ser realizada de maneira inadequada, com o uso de alimentos processados e ultraprocessados agregando alto valor calórico e contribuindo para o ganho de peso dessas crianças. Mais estudos também têm mostrado resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa, com baixos índices de desnutrição junto com valores consideráveis de excesso de peso/obesidade e algum déficit estatural ^{27,28,19,20}. É necessário que a dieta de substituição seja nutricionalmente adequada a fim de prevenir tanto quadros de desnutrição quanto de excesso de peso.

Quando se comparou as crianças com alergia única e mista obteve-se diferença estatística apenas para os indicadores de P/E e IMC/I, tendo os valores de inadequação do grupo de alergia única maior em relação ao de alergia mista. A classificação de inadequação englobou magreza acentuada, magreza, risco de sobrepeso e sobrepeso, porém o grupo de alergia única incluiu todos os participantes que exibiam algum grau de desnutrição, e quando foi observado qual alergia era apresentada por esses participantes, todos possuíam alergia ao leite de vaca. Uma pesquisa internacional sobre os índices de crescimento constatou que a eliminação do leite de vaca levou a escores Z de P/E mais baixos do que a eliminação de outros alimentos ¹⁹. Outros estudos também evidenciaram que crianças que excluíram o leite de vaca da dieta apresentaram algum comprometimento nutricional quando comparado a outros alimentos, o que se assemelhou ao achado neste estudo ^{29,30}. Os resultados encontrados sugerem que a exclusão da proteína do leite de vaca tem impacto no crescimento das crianças, podendo ser devido ao uso fórmulas substitutas que são menos palatáveis, sendo assim menos aceitas, ou os sintomas

apresentados por elas que podem ser mais graves, influenciando na ingestão alimentar, e consequentemente o estado nutricional.

Como limitações do estudo temos a amostra reduzida e não representativa da população, assim como o tipo de estudo transversal, que nos impede de estabelecer efeitos de causa e consequência. Além disso, a ausência de um grupo controle não permitiu a identificação dos fatores nutricionais associados a maior risco no surgimento das AA.

Em conclusão, foi observado que crianças com AA apresentaram maior frequência de alergia a leite de vaca e ovo, revelaram em sua maioria parto cesáreo, pais com antecedentes de alergia e a introdução precoce de fórmulas infantis. Além disso, foi verificado frequência importante de excesso de peso nas crianças avaliadas. Essas descobertas enfatizam que uma intervenção nutricional individualizada precoce é recomendada para todas as crianças com alergia alimentar, visando não somente diminuir os casos de desnutrição como também o aparecimento do excesso de peso.

REFERÊNCIAS

1. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2018;2(1):39-82.
2. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2018;2(1):7-38.
3. Pereira ACS, Moura SM, Constant PBL. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2008;29(2):189-200.
4. Senna SN, Scalco MF, Azalim SP, Guimaraes LL, Filho WR. Achados epidemiológicos de alergia alimentar em crianças brasileiras: análise de 234 testes de provocação duplo-cego placebo-controlado (TPDCPCs). *Arq Asma Alerg Imunol.* 2018;2(3):344-350.
5. Ferreira JMS, Pinto FCH. Alergia alimentar: definições, epidemiologia e imunopatogênese. *Rev Bras Nutr Clin.* 2012;27(3):193-8.
6. Kolacek S. Food hypersensitivity in children. *Acta Med Croatica.* 2011 ;65:155-61.
7. Salvador M, Marques M, Cordeiro A, Lopes MJP. Alergia a proteínas de leite de vaca em idade pediátrica- Abordagem diagnóstica e terapêutica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia.* 2013;71(1):23-32.
8. Ferreira S, Pinto M, Carvalho P, Gonçalves Lima, Pereira, F. Alergia às proteínas do leite de vaca com manifestações gastrointestinais. *Nascer e Crescer.* 2014; 23(2): 72-79.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child Growth Standards: Methods and development. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
10. Wang Y, Allen KJ, Koplin JJ. Dietary intervention for preventing food allergy in children. *Curr Opin Pediatr.* 2017;29(6):704-710.
11. Haack A, Alencar C, Fortes RC, Jaborandy ML. Características clínico-nutricionais e socioeconômicas de crianças de 0 a 3 anos com alergia à proteína do leite de vaca usuárias do Programa de Nutrição Enteral Domiciliar de um Centro de Referência no

- Distrito Federal. J Health Sci Inst. 2017;35(3):177-81.
12. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Paineis de Monitoramento de Nascidos Vivos [internet]. Brasil: Secretaria de Vigilância em Saúde [Accessed October 10, 2021]. Available at <http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>.
 13. Yang M, Tan M, Wu J, Chen Z, Long X, Zeng Y, et al. Prevalence, Characteristics, and Outcome of Cow's Milk Protein Allergy in Chinese Infants: A Population-Based Survey. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2019;43(6):803-808.
 14. Marco R, Pattaro C, Locatelli F, Svanes C. Influence of early life exposures on incidence and remission of asthma throughout life. The Journal of allergy and clinical immunology. 2004;113:845-52.
 15. Matsumoto N, Yorifuji T, Nakamura K, Ikeda M, Tsukahara H, Doi H. Breastfeeding and risk of food allergy: A nationwide birth cohort in Japan. Allergology International. 2020;69:91-97
 16. Errázuriz G, Lucero Y, Ceresa S, Gonzalez M, Rossel M, Vives A. Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2016; 87(6):449-454.
 17. Urashima M, Mezawa H, Okuyama M, Urashima T, Hirano D, Gocho N, et al. Primary Prevention of Cow's Milk Sensitization and Food Allergy by Avoiding Supplementation With Cow's Milk Formula at Birth: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2019;173(12):1137-1145.
 18. Almutairi AM, Aldayel AA, Aldayel AS, Alhussain HA, Alwehaibi SA, Almutairi TA. Maternal awareness to the timing of allergenic food introduction in Saudi infants: A cross-sectional study. Int J Pediatr Adolesc Med. 2021;8(4):239-245.
 19. Meyer R, Wright K, Vieira MC, Chong KW, Chatchatee P, Vlieg-Boerstra BJ, et al. International survey on growth indices and impacting factors in children with food allergies. J Hum Nutr Diet. 2019;32(2):175-184.
 20. Chong KW, Wright K, Goh A, Meyer R, Rao R. Growth of children with food allergies in Singapore. Asia Pac Allergy. 2018;8(4):34.
 21. Venkataraman D, Erlewyn-Lajeunesse M, Kurukulaarachy RJ, Potter S, Roberts G, Matthews S, et al. Prevalence and longitudinal trends of food allergy during childhood and adolescence: Results of the Isle of Wight Birth Cohort study. Clin Exp Allergy. 2018;48(4):394-402.
 22. Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J, et al. Randomized Trial of

- Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *N Engl J Med*. 2016;374(18):1733-43.
23. Luz e Silva AM, Sobral da Silva Monteiro G, Nunes da Silva Tavares A, Rieiro da Silva Pedrosa, ZV. La introducción alimentaria precoz y el riesgo de alergias: Revisión de la literatura. *Enfermería Global*. [Internet] 2019;18(2) 470–511.
 24. Wang Y, Allen KJ, Koplin JJ. Dietary intervention for preventing food allergy in children. *Curr Opin Pediatr*. 2017;29(6):704-710.
 25. de Silva D, Halken S, Singh C, Muraro A, Angier E, Arasi S, et al. Prevenção de alergia alimentar na infância: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(7):813-826.
 26. Al-Saud B, Sigurdardóttir ST. Early Introduction of Egg and the Development of Egg Allergy in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int Arch Allergy Immunol*. 2018;177(4):350-359.
 27. Boaventura RM, Mendonça RB, Fonseca FA, Mallozi M, Souza FS, Sarni ROS. Nutritional status and food intake of children with cow's milk allergy. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2019;47(6):544-550.
 28. Aguiar ALO, Maranhão CM, Spinelli LC, Figueiredo RM. Avaliação clínica e evolutiva de crianças em programa de atendimento ao uso de fórmulas para alergia à proteína do leite de vaca. *Revista Paulista de Pediatria* [online]. 2013;31(2):152-158.
 29. Mehta H, Ramesh M, Feuille E, Groetch M, Wang J. Growth comparison in children with and without food allergies in 2 different demographic populations. *J Pediatr*. 2014;165(4):842-8.
 30. Hobbs CB, Skinner AC, Burks AW, Vickery BP. Food allergies affect growth in children. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015;3(1):133-4.e1.

Tabela 1- Características gerais de crianças com alergia alimentar atendidas no ambulatório do HC/UFPE, Recife, 2021.

	n	%	IC_{95%}
Sexo			
Feminino	23	46,9	33,7-60,6
Masculino	26	53,1	39,4-66,3
Idade			
< 6 meses	3	6,1	2,1-16,5
6-12 meses	15	30,6	19,5-44,5
> 12 meses	31	63,3	49,3-75,3
Cor			
Branca	8	16,3	8,5-29,0
Parda	40	81,6	68,6-90,0
Negra	1	2,0	0,4-10,7
Cidade			
Recife e RMR	41	71,4	70,9-91,5
Outras localidades	8	6,1	8,5-29,0
Tempo de estudo do responsável			
≤ 9 anos	41	83,7	70,9-91,5
> 9 anos	8	16,3	8,5-29,0
Tipo de Parto			
Cesária	38	77,6	64,1-86,9
Normal	11	22,4	13,0-35,9
Antecedentes alergia			
Sim	40	81,6	68,6-90,0
Não	9	18,4	10,0-31,4
Pais com alergia			
Sim	40	81,6	68,6-90,0
Não	9	18,4	10,0-31,4
Alergia alimentar			
Única	31	63,3	49,3-75,3
Mista	18	36,7	24,7-50,7
Alimento alérgeno			
Leite de vaca	29	59,2	45,2-71,8
Leite de vaca e ovo	8	16,3	8,5-29,0
Leite de vaca e fruta	3	6,1	2,1-16,5
Leite de vaca, ovo e fruta	4	8,2	3,2-19,2
Ovo	2	4,1	1,1-13,7
Ovo e Fruta	3	6,1	2,1-16,5
Anafilaxia			
Sim	34	69,4	55,5-80,5
Não	15	30,6	19,5-44,5

IC= Intervalo de Confiança de 95%. Fonte: A autora, 2021.

Tabela 2- Aspectos nutricionais e antropométricos de crianças com alergia alimentar atendidas no ambulatório do HC/UFPE, Recife, 2021.

	n	%	IC_{95%}
Uso de leite materno			
Sim	49	100,0	-
Tempo leite materno exclusivo			
< 6 meses	25	51,0	37,5-64,4
≥ 6 meses	24	49,0	35,6-62,5
Uso de leite de vaca			
Sim	4	8,2	3,2-19,2
Não	45	91,8	80,8-96,8
Uso de fórmula infantil			
Sim	42	85,7	73,3-92,9
Não	7	14,3	7,1-26,7
Introdução de fórmula infantil			
< 6 meses	30	71,4	61,9-85,4
≥ 6 meses	12	24,5	14,6-38,1
Alimentação complementar			
Sim	45	91,8	80,8-96,8
Não	4	8,2	3,2-19,2
Início alimentação complementar			
< 6 meses	11	24,4	19,5-44,5
≥ 6 meses	34	75,6	55,5-80,5
Sintomas alergia durante amamentação			
Sim	45	91,8	45,2-71,8
Não	4	8,2	28,2-54,7
Sintomas alergia durante alimentação complementar			
Sim	4	8,2	47,2-73,6
Não	45	91,8	26,4-52,7
Peso/Idade			
Baixo peso	2	4,2	1,1-13,7
Peso adequado	45	93,8	80,8-96,8
Peso elevado	1	2,1	0,4-10,7
Estatura/Idade			
Baixa estatura	2	4,1	1,1-13,7
Estatura adequada	47	95,9	86,3-98,9
Peso/Estatura			
Magreza acentuada	1	2,3	0,4-10,7
Magreza	2	4,5	1,1-13,7
Eutrofia	32	72,7	51,3-77,1
Risco sobrepeso	8	18,2	8,5-29,0
Sobrepeso	1	2,3	0,4-10,7
IMC/Idade			
Magreza acentuada	1	2,0	0,4-10,7
Magreza	3	6,1	2,1-16,5
Eutrofia	36	73,5	59,7-83,8
Risco sobrepeso	8	16,3	8,5-29,0
Sobrepeso	1	2,0	0,4-10,7

IMC: Índice de Massa Corporal. IC= Intervalo de Confiança de 95%. Fonte: A autora, 2021.

Tabela 3- Associação entre tipo de alergia alimentar e variáveis clínico nutricionais, sociodemográficas e escolaridade dos responsáveis de crianças atendidas no ambulatório do HC/UFPE, Recife, 2021.

	Alergia única		Alergia mista		p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	12	52,2	11	47,8	0,151
Masculino	19	73,1	7	26,9	
Idade					
< 12 meses	10	55,5	8	45,5	0,540
≥ 12 meses	21	67,7	10	32,3	
Cor					
Branca	3	37,5	5	62,5	0,124
Parda/Negra	28	68,3	13	31,7	
Cidade					
Recife e RMR	26	63,4	15	36,6	1,00
Outras	5	62,5	3	37,5	
Tempo de estudo responsável					
≤ 9 anos	28	68,3	13	31,7	0,124
> 9 anos	3	37,5	5	62,5	
Uso leite materno exclusivo					
< 6 meses	18	72,0	7	28,0	0,244
≥ 6 meses	13	54,2	11	45,8	
Início fórmula infantil					
< 6 meses	24	64,9	13	35,1	0,738
≥ 6 meses	7	58,3	5	41,7	
Início alimentação complementar					
< 6 meses	12	80,0	3	20,0	0,197
≥ 6 meses	19	55,9	15	44,1	
Peso/Idade					
Inadequado	1	33,3	2	66,7	0,547
Adequado	29	64,4	16	35,6	
Estatutura/Idade					
Inadequado	1	50,0	1	50,0	1,000
Adequado	31	64,6	17	35,4	
Peso/Estatutura					
Inadequado	11	91,7	1	8,3	0,015
Adequado	16	50,0	16	50,0	
IMC/Idade					
Inadequado	12	92,3	1	7,7	0,017
Adequado	19	52,8	17	47,2	

*Teste de Qui-quadrado de Pearson. Inadequado= Magreza, Magreza Acentuada, Risco de Sobrepeso, Sobrepeso. Fonte: A autora, 2021.

APÊNDICE A- FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO

1.DADOS PESSOAIS

Nome:		Prontuário:
Sexo: () F () M	DN:	Idade:
Raça: () Branca () Parda () Negra () Outro:		
Cidade:		
Nome responsável:		Telefone:
Escolaridade do responsável:		

2.ANTECEDENTES PESSOAIS

Tipo de Parto: () Cesariana () Vaginal	Idade gestacional (semanas):
Peso ao nascer:	Comprimento ao nascer:
Uso de leite materno? () Não () Sim	
Tempo de uso de leite materno exclusivo (em meses):	
Tempo de uso de leite materno (em meses):	
Já iniciou introdução de alimentos sólidos? () Não () Sim	
Se sim, iniciou com que idade?	
Já ofereceu ovo, peixe ou crustáceos? () Não () Sim	
Se sim, ofereceu: ovo com __ meses; peixe com __ meses; crustáceos com __ meses	
Já ofereceu leite de vaca (fluido, em pó, Ninho®)? () Não () Sim	
Se sim, ofereceu com que idade?	
Criança já fez uso de fórmula infantil? () Não () Sim	
Se sim, iniciou uso de fórmula infantil com que idade?	
Formulas já utilizadas: () Próprias para idade () A base de soja	
() Extensamente hidrolisada () A base de aminoácidos () A base de arroz	
() Hipoalergênica () Leite de cabra () Outras:	
Sintomas de alergia surgiram durante amamentação? () Não () Sim	
Sintomas de alergia surgiram na introdução alimentar? () Não () Sim	

3.ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALERGIA

História de algum tipo de alergia na família? () Não () Sim
Qual familiar? () Pai () Mãe () Irmãos () Outros:

4.ASPECTOS NUTRICIONAIS/DIETÉTICOS

Peso atual:	Altura atual:
Diagnóstico nutricional:	
Dieta atual:	

5.HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Reação adversa a alimentos?	() Não () Sim () Em investigação
Alergia alimentar?	() Não () Sim () Em investigação
Se alergia alimentar, apresenta anafilaxia	() Não () Sim
Outros diagnósticos:	

ANEXO A– NORMAS SUBMISSÃO REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

RPPED

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A **RPPed** é uma publicação anual da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos nas áreas de saúde e pesquisa de doenças em recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. Seu objetivo é divulgar pesquisas de qualidade metodológica relacionadas aos temas de interesse. Os artigos estão disponíveis na íntegra em formato eletrônico e acesso aberto. A **RPPed** está indexada nas bases *Web of Science*, *Pubmed Central*, *Medline*, *Scopus*, *Embase (Excerpta Medica Database)*, *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, *LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*, *Index Medicus Latino-Americano (IMLA)*, *Sumários de Revistas Brasileiras*, *Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Scientific Information System)* e *Directory of Open Access Journals (DOAJ)*.

ACESSO ABERTO

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

PROCESSO DE REVISÃO

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

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

- **Artigos originais:** incluem principalmente estudos epidemiológicos e clínicos. Estudos experimentais podem ser aceitos, mas não são o foco principal da Revista.
- **Relatos de casos:** incluem artigos que descrevem casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.
- **Artigos de revisão:** análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado, enviados de forma espontânea pelos autores. A **RPPed** prioriza as revisões sistemáticas, só aceitando outros tipos de revisão diante de temas inovadores.
- **Cartas ao editor:** refletem o ponto de vista do leitor a respeito de outros artigos publicados na Revista.
- **Editoriais:** encomendados pelos editores para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante/de tema relevante a ser publicado na Revista.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

NORMAS GERAIS

As submissões devem ser feitas somente em inglês, a partir de 1º de novembro de 2021. O artigo deverá ser digitado em formato A4 (210x297mm), com margem de 25 mm em todas as margens, espaço duplo em todas as seções. Empregar fonte Times New Roman tamanho 11, páginas numeradas no canto superior direito e processador de textos Microsoft Word®. Os manuscritos deverão conter, no máximo:

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

Observação:

Ensaios clínicos só serão aceitos mediante a apresentação do número de registro e base de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 2 DE JULHO DE 2008, Ministério da Saúde do Brasil. Acessível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prtl345_02_07_2008.html

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

- **Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos:** Segundo resolução da ANVISA – RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV devem apresentar comprovante de registro de pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaioclinicos.gov.br>), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de ReBEC deve constar na página de rosto entre parênteses: “(O número de registro do caso clínico é: -site)”. Para casos anteriores a junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da *International Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS) (<http://www.clinicaltrials.gov>).
- É obrigatório o envio de carta de submissão **assinada por todos os autores**. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi nem não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *RPPed*. Além disso, deve ser declarado na carta qual foi o papel de cada autor na elaboração do estudo e do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. A carta deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito.
- Transferência de direitos autorais: ao submeter o manuscrito para o processo de avaliação da *RPPed*, todos os autores devem assinar o formulário disponível no site de submissão, no qual os autores reconhecem que, a partir do momento da aceitação do artigo para publicação, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito.
- Todos os documentos obrigatórios estão disponíveis em: <http://www.rpped.com.br/documents-required>

ATENÇÃO

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

- 1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição; 3) Transferência de Direitos Autorais; 4) Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta; 5) Página de rosto; 6) Documento principal com o resumo, palavras-chave, texto, referências bibliográficas, tabelas, figuras e gráficos — Não colocar os nomes dos autores neste arquivo; 7) Arquivos suplementares quando pertinente.

- **Para artigos originais**, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A *RPPed* adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as “Novas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (DOU 1996 Out 16; no201, seção 1:21082-21085). Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas.
- **Para relato de casos** também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável para a divulgação científica do caso clínico.
- **Para revisões de literatura**, cartas ao editor e editoriais, não há necessidade dessa aprovação.
- **As revisões sistemáticas**, submetidas a partir de agosto de 2021, precisam estar registradas na plataforma PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Review*), no site: <https://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>. O número do registro deve ser incluído no resumo, na seção *Data source* (Fontes de Dados).

A *RPPed* executa verificação de plágio.

NORMAS DETALHADAS

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

PÁGINA DE ROSTO

Formatar com os seguintes itens:

- **Título do artigo, em inglês e português, (evitar abreviaturas):** no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- **Nome COMPLETO de cada um dos autores, número do ORCID** (essa informação é obrigatória — a falta da mesma impossibilitará a publicação do artigo), acompanhado do nome da instituição de vínculo empregatício ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados, preferencialmente, por extenso e na língua original da instituição; ou em inglês quando a escrita não é latina (Por exemplo: Grego, Mandarim, Japonês...).
- **Autor correspondente:** definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- **Ensaio clínico:** O número de Registro Brasileiro de Ensaio Clínico (ReBEC) deve constar entre parênteses: “(O número de registro do caso clínico é: -site)”.
- **Declaração de conflito de interesse:** descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever “The authors declare that there is no conflict of interests”.
- **Fonte financiadora do projeto:** descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.
- **Número total de palavras:** no texto (excluir resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras) e no resumo. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.
- **Contribuição dos autores:** colocar a contribuição de cada autor utilizando os descritores: study design; data collection; data analysis; manuscript writing; manuscript revision; study supervision.
- **Declaração: somente em artigos originais.** Declarar que “o banco de dados que deu origem ao artigo está disponível em repositório aberto (colocar o nome do repositório) ou a pedido, com autor correspondente”.

RESUMO

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

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

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

PALAVRAS-CHAVE

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

TEXTO

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

- **Artigo original:** dividido em *Introduction* (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); *Method* (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição); *Results* (claros e objetivos — o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo do texto); *Discussion* (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações — finalizar essa seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).
- **Artigos de revisão:** não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.
- **Relatos de casos:** divididos em *Introduction* (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); *Case report*

propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e *Discussion* (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

É permitido no máximo 4 tabelas e 2 ilustrações (entre figuras e gráficos) por artigo. Devem ser submetidas no mesmo arquivo do artigo, sendo colocadas no final, depois das referências bibliográficas. Em caso de aprovação, serão solicitados figuras e gráficos com melhor resolução.

Tabelas

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

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

Gráficos

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

Figuras

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar na legenda. Figuras reproduzidas de outras fontes devem indicar esta condição na legenda e devem ter a permissão por escrita da fonte para sua reprodução. A obtenção da permissão para reprodução das imagens é de inteira responsabilidade do autor. Para fotos de pacientes, estas não devem permitir a identificação do indivíduo — caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou por seu responsável, liberando a divulgação do material. Imagens geradas em computador devem ser anexadas nos formatos .jpg, .gif

ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi. A *RPPed* não aceita figuras digitalizadas.

Numerais

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

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

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

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

FINANCIAMENTO

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

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesses, escrever: *The authors declare that there is no conflict of interests.* Essa declaração deverá constar na página de rosto, antes do financiamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores. **Os agradecimentos devem ser colocados na folha de rosto** para evitar conflito de interesses com os revisores. Não repetir nos agradecimentos a instituição que apoiou o projeto financeiramente. Apenas destacar no apoio.

REFERÊNCIAS

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

- No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no “*International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements*”, disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/>

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

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

Mais do que 6 autores:

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

Grupos de pesquisa:

a. Sem autor definido:

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

b. Com autor definido:

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

c. Sem autores:

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

Volume com suplemento:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002;42 Suppl2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

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

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

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

2. Livros e Outras Monografias

Livros:

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

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

Capítulos de livros:

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

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

Conferência publicada em anais de Congressos:

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

Resumos publicados em anais de Congressos:

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

Teses de mestrado ou doutorado:

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

Aguar 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. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1994.

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

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

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

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

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

Monografia na internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H. Improving palliative care for cancer [homepage on the Internet]. Washington: National Academy

Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Homepage/website:

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

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [homepage on the Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [cited 2002 Aug 12]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/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/defhtn.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

SUBMISSÃO ONLINE

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

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

ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE ALERGIA ALIMENTAR E ASPECTOS NUTRICIONAIS EM CRIANÇAS ATENDIDAS AMBULATORIAMENTE

Pesquisador: TATIANE PONTES SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42253920.3.0000.8807

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.579.080

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado por TATIANE PONTES SILVA, vinculada ao Programa de Residência em Nutrição do HC/UFPE.

Trata-se de um estudo transversal que será realizado no ambulatório de Alergia Alimentar do Hospital das Clínicas de Pernambuco, no período de março a agosto/2021, envolvendo crianças de até 3 anos de idade que já são acompanhadas no serviço ou atendidos em primeira consulta.

Está prevista coleta de dados em prontuário e através de entrevista com os responsáveis pelas crianças, incluindo dados pessoais, antecedentes pessoais, antecedentes familiares de alergia, exames bioquímicos, aspectos nutricionais e dietéticos e hipótese diagnóstica.

Os exames bioquímicos serão coletados do prontuário clínico. Não está prevista punção venosa para a pesquisa.

Propõe aplicação de TCLE e estima um tamanho amostral de 75 crianças.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Avaliar a associação entre alergia alimentar e aspectos nutricionais em crianças menores de 3 anos atendidas em um ambulatório de referência de um Hospital Universitário em Pernambuco.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cephufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.579.080

Objetivos específicos

- Descrever a ocorrência do processo de alergia alimentar das crianças atendidas no ambulatório;
- Descrever o tipo de alergia apresentada (IgE mediada, IgE não-mediada);
- Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e bioquímicos;
- Avaliar o perfil antropométrico e nutricional da amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores mencionam risco mínimo, relativo a possibilidade de constrangimento para responder os questionamentos ou durante a avaliação nutricional. Mencionam estratégias para minimizar esse risco. Não há qualquer menção à coleta de dados no contexto de pandemia e quais estratégias serão adotadas para prevenir o risco de contaminação/disseminação do vírus. Como benefícios, assumem a avaliação nutricional e orientações dietéticas individualizadas para cada caso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e com possibilidade de produzir resultados relevantes para o estudo da temática em pauta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Incluir no TCLE que não haverá punção venosa exclusiva para a pesquisa e que esses dados serão coletados do prontuário clínico.

Apresentar carta ao CEP e incluir no TCLE quais estratégias serão adotadas para minimizar o risco de contaminação e disseminação de vírus no contexto da pandemia do coronavírus.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep@ufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.579.080

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1676320.pdf	10/01/2021 15:12:37		Aceito
Outros	CARTEANUENCIASAME.pdf	10/01/2021 15:12:00	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	CURRICULOISSURUAGY.pdf	15/12/2020 15:11:21	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/12/2020 15:10:13	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	CARTANUENCIAAMBULATORIO.pdf	15/12/2020 15:09:54	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTCRFINAL.pdf	04/12/2020 16:46:51	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	CurriculosLattesTatianePontesSilva.pdf	04/12/2020 16:45:47	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	CurriculoRebeccaPeixoto.pdf	04/12/2020 16:44:03	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	TermodeCompromissoeConfidencialidad1.pdf	04/12/2020 16:40:46	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	TermodeCompromissodoPesquisador.pdf	04/12/2020 16:39:55	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	FormularioEBSERHsobreoprojeto.pdf	04/12/2020 16:39:04	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	CARTEAPRESENTACAO.pdf	04/12/2020 16:37:43	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
Outros	CARTEANUENCIA.pdf	04/12/2020 16:35:55	TATIANE PONTES SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	04/12/2020 16:34:18	TATIANE PONTES SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepchufpe@gmail.com

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 4.579.080

RECIFE, 08 de Março de 2021

Assinado por:
Givaneide Oliveira de Andrade Luz
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cephufpe@gmail.com