



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ROSEANE GONÇALVES DA SILVA

INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO,

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

ROSEANE GONÇALVES DA SILVA

INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel de Enfermagem

Orientador: Maria Amélia de Souza

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO,

2017

ROSEANE GONÇALVES DA SILVA

**INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES
DE UM ANO**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 08/06/2017

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Maria Amélia de Souza (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Externo)
Universidade Estadual de Pernambuco

RESUMO

Objetivos: Descrever a alimentação complementar, bem como, os fatores associados a sua introdução precoce, peso e desenvolvimento de crianças menores de um ano. **Método:** Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado na Unidade de Saúde na Unidade Básica de Saúde do Cajueiro da Vitória de Santo Antão – PE, no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Resultados: Os alimentos mais usados na dieta das crianças pesquisadas são o engrossante (87,5%), frutas (41,7%) e açúcar (54,2%). Quanto ao leite utilizado, à maioria utiliza o leite fluido (58,3%) e a maioria não faz uso de açúcar no chá (85,7%). Ainda, observa-se que os alimentos menos presentes na dieta das crianças são: feijão, peixe, carne e gema de ovo (ambos com 12,5%). O fígado, refrigerante e café estão presentes na dieta de nenhuma criança. **Conclusão:** Os resultados encontrados neste estudo demonstram que as crianças menores de um ano do sexo masculino e da classe social D são os grupos que mais aderiram à alimentação complementar precocemente.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação complementar. Saúde da criança.

ABSTRACT

Objectives: To describe complementary feeding, as well as factors associated with its early introduction, weight and development of children under one year. **Method:** A descriptive, cross - sectional study with a quantitative approach performed at the Health Unit at the Basic Health Unit of Cajueiro da Vitória de Santo Antão - PE, from December 2016 to February 2017. **Results:** The foods most used in the diet of the children studied are the thicker (87.5%), fruits (41.7%) and sugar (54.2%). As for the milk used, the majority uses fluid milk (58.3%) and most do not use sugar in tea (85.7%). Also, it is observed that the foods less present in the children's diet are: beans, fish, meat and egg yolk (both with 12.5%). Liver, soda and coffee are present in any child's diet. **Conclusion:** The results found in this study demonstrate that children under one year of age and of social class D are the groups that most adhered to complementary feeding early. **Descriptors:** Breast Feeding; Supplementary Feeding; Child Health; Community Health Nursing.

Keywords: Breast Feeding. Supplementary Feeding. Child Health.

SUMÁRIO

ARTIGO	7
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS	9
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	29
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	42

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA REUOL, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno tem um papel fundamental para atender às necessidades fisiológicas de crescimento e desenvolvimento das crianças em seu primeiro ano de vida. Portanto, uma alimentação deficitária pode gerar consequências tanto a curto, quanto em longo prazo, dependendo de como vem sendo realizada no decorrer da vida da criança¹. Estudo reforça, inclusive, que o consumo de leite materno é uma das ações mais eficazes na diminuição da mortalidade infantil².

A amamentação constitui uma prática essencial para a saúde nutricional do bebê, que vai garantir o crescimento e o desenvolvimento psicológico e motor de forma adequada, atender às necessidades nutricionais da criança, promover fatores de promoção, proteção e o fortalecimento da relação entre mãe-filho e reduz o gasto excessivo com a AC⁴. E além de todas essas vantagens, também promove o vínculo com a mãe que é extremamente importante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno deve ser iniciado ainda na sala parto se a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde⁵.

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e, depois, a introdução da alimentação complementar é necessária, com a manutenção do aleitamento materno até os dois anos ou mais^{1, 6}. A partir do sexto mês de vida que as funções da digestão, mastigação, deglutição, além da função renal são capazes de

administrar os alimentos sólidos. Portanto, a complementação da alimentação a partir dessa idade faz-se necessária para garantir um desenvolvimento adequado para a vida da criança⁷.

Ofertar outros alimentos antes dos seis meses de idade constitui uma prática desnecessária, pois o leite materno possui todos os nutrientes que o lactente necessita nos primeiros meses de vida¹. No entanto, empiricamente, vivencia-se, frequentemente, a introdução precoce de outros alimentos antes dos seis meses, inferência ratificada em evidências científicas⁴.

Estudo realizado na região noroeste de Goiânia demonstra que a introdução precoce da alimentação complementar (AC) pode estar relacionada a diversos fatores, incluindo a não realização do pré-natal, idade materna (mães jovens), baixa escolaridade, ausência de companheiro, baixo peso ao nascer e uso de artefatos (chupeta e/ou mamadeira)⁸. A AC precoce, antes de a criança completar o seu desenvolvimento fisiológico, pode deixá-la mais susceptível à desnutrição, infecções respiratórias, além de ter relação com o aumento do risco e também da frequência das infecções gastrointestinais, em consequência dos fatores protetores e à oferta de água e alimentos contaminados⁴.

A vivência profissional, no desempenho da função de técnica de enfermagem, em Unidades de Atenção Primária a Saúde, tem mostrado que a introdução precoce da AC é uma realidade e de etiologia multifatorial. Justifica-se, desse modo, o surgimento de muitas inquietações a respeito dessa prática, e o que acontece entre a transição de aleitamento materno exclusivo e a alimentação complementar, bem como, os fatores que corroboraram para essa introdução precoce.

Compreender, pois, as práticas alimentares como um fenômeno multifacetado implica em uma atuação mais eficaz do profissional da saúde, de modo a possibilitar a

modificação, o redirecionamento de sua abordagem para esse grupo singular, oferecendo apoio sensível e especializado⁹.

Nesse contexto, percebe-se que a equipe de saúde dispensar atenção diferenciada aos cuidados relacionados à alimentação da criança, fazendo a adaptação da transição de aleitamento materno exclusivo para a alimentação complementar voltada para a realidade da família e as necessidades fisiológicas da criança.

OBJETIVO

Descrever a alimentação complementar, bem como, os fatores associados a sua introdução precoce, peso e desenvolvimento de crianças menores de um ano.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do Cajueiro, localizada no município de Vitória de Santo Antão, situado na região da zona da mata pernambucana.

A amostra foi por conveniência composta por 24 crianças, de ambos os sexos que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: crianças menores de um ano, que iniciaram a AC antes dos seis meses, adstritas na Unidade Básica de Saúde do Bairro Cajueiro, portando a Caderneta de Saúde da Criança, acompanhadas por sua genitora e/ou responsável que frequentam regularmente as consultas de Puericultura sendo excluídas as crianças em aleitamento materno exclusivo (Figura 1). A partir daí, foi feito um convite à genitora e/ou responsável pela criança que estava na Unidade de Saúde aguardando para a consulta de puericultura para participar deste estudo.

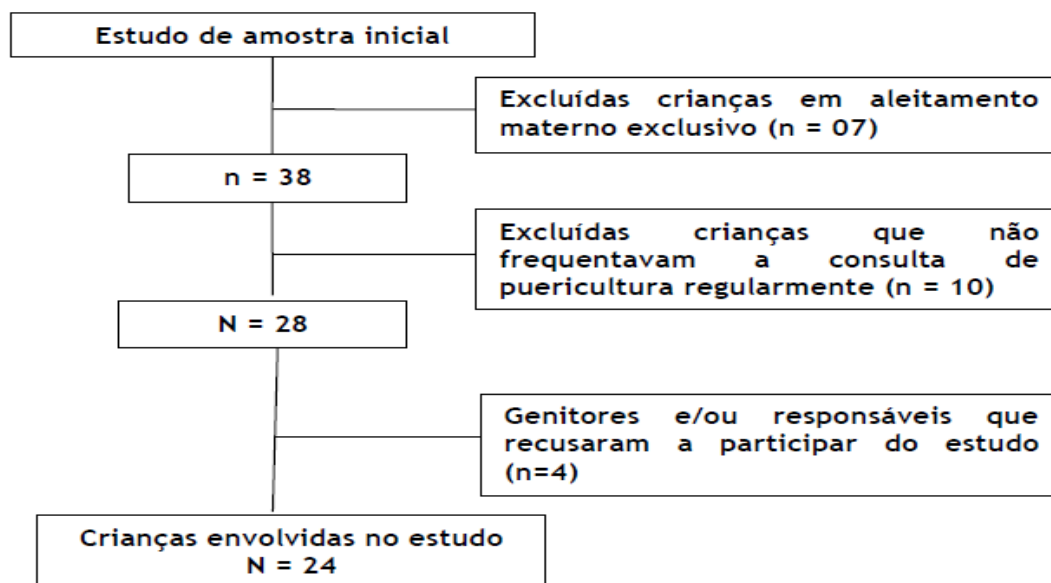


Figura 1: Fluxograma de elegibilidade da amostra

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, raça, escolaridade, classe econômica, crescimento, peso, desenvolvimento, mamar, comer, amamentação e recém-nascido.

A coleta dos dados ocorreu no período dezembro de 2016 a março de 2017, por meio da aplicação de três formulários.

Primeiramente, foi realizado um contato com as mães explicando o tema da pesquisa, e após aceitação delas, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e também o Termo de Compromisso e Confidencialidade a fim de preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários.

O primeiro instrumento contemplava os dados sociodemográficos e econômicos da criança e sua família. Já o segundo instrumento citava dados referentes às características da alimentação da criança, tais como: até que idade a criança recebeu o aleitamento materno exclusivo, se usa chá (se esse chá é adoçado ou não, qual a quantidade em ml por dia), qual o tipo de leite utilizado, como é feita essa alimentação, quais são os alimentos que são utilizados (frutas, verduras, legumes, carne vermelha, ovo, frango ou outras aves, fígado, feijão, arroz, pão, bolacha e/ou, refrigerantes, café, outros, volume e

quantidade de refeições feitas durante um dia). E, por fim, o terceiro com dados antropométricos da criança e os marcos do desenvolvimento.

Para análise dos dados foi construído um banco no programa EPI INFO, versão 3.5.2, o qual foi exportado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil pessoal, características alimentares, características da criança, marcos do desenvolvimento e fatores relacionados à alimentação complementar precoce, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência dos fatores avaliados. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão. A comparação das prevalências encontradas foi feita através do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Considerou-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), segundo protocolo nº 1641954 e CAAE 60030316.0.0000.5208.

RESULTADOS

Na tabela 1 observa-se a distribuição do perfil das crianças avaliadas. Mesmo sendo encontrada maior prevalência do perfil sociodemográfico descrita entre as crianças, o teste de comparação de proporção foi significativo apenas no fator sexo e classe social (p -valor = 0,041 e $<0,001$, respectivamente), indicando que as crianças do sexo masculino e da classe social D é significativamente mais presente no grupo avaliado. Quanto à idade, raça e escolaridade do responsável a distribuição é homogênea.

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal da amostra. Vitória de Santo Antão, 2017.

Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Sexo			
Masculino	17	70,8	0,041
Feminino	7	29,2	
Idade			
Até 6 meses	11	45,8	0,683
Mais de 6 meses	13	54,2	
Mínimo - Máximo	2,37-9,60		-
Média±Desvio padrão	5,8±2,6		-
Raça			
Branca	12	50,0	0,197
Negra	7	29,2	
Parda	5	20,8	
Escolaridade do responsável			
Fundamental incomp/comp	11	45,8	0,683
Médio incomp/comp	13	54,2	
Classe social			
D (6 a 10)	21	87,5	<0,001
E (0 a 5)	3	12,5	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliado diferem).

A maioria nasceu a termo (75,0%) com média de idade de 38,3 semanas, média de peso de 3,31 kg e média de comprimento de 49,5 cm. O teste de comparação de proporção foi significativo para a idade no parto (p-valor < 0,001), indicando prevalência significativamente maior do grupo termo.

Verifica-se que em todas as consultas houve maior prevalência de crianças com mais de 6 meses, comprimento e peso adequados para idade. No momento de 1º e 2º consulta foi encontrada maior prevalência de IMC adequado, porém, na terceira consulta a maior prevalência foi de crianças com risco de sobrepeso.

A tabela 2 retrata a distribuição das características alimentares das crianças. Verifica-se que a maioria das crianças não mama no peito (50,1%). Das crianças que recebem chá, a maioria recebe camomila e erva doce (57,1%), não utiliza chá adoçado (83,3%), recebe de 50 a 100ml de chá. Quanto ao leite utilizado, à maioria utiliza o leite flúido (58,3%), leite em pó (41,7%) e a maioria não faz uso de açúcar no leite (54,2%), mamam no peito (41,7%), e acrescentam água na dieta (50,1%)

Tabela 2. Distribuição das características alimentares das crianças avaliadas. Vitória de Santo Antão, 2017.

Fator avaliado	n	%
A criança mama no peito		
Sim	10	41,7
Não	14	58,3
Se não até quando a criança mamou só leite materno		
Menos de 1 mês	4	28,6
1 mês	7	50,0
2 meses	2	14,3
3 meses	1	7,1
Mínimo - Máximo	0-3	
Média±Desvio padrão	1±0,9	
A criança come		
Nenhum	5	20,8
Água	12	50,1
Chá	2	8,3
Os dois	5	20,8
Qual o tipo de chá		
Camomila	1	14,3
Camomila e erva doce	4	57,1
Erva doce	1	14,3
Hortelã	1	14,3
Se usa chá adoçado		
Sim	1	14,3
Não	6	85,7
Quantidade de chá por dia (ml)		
Mínimo - Máximo	50-100 ml	
Média±Desvio padrão	70,0±23,1	
Leite integral		
Fluído	14	58,3
Em pó	10	41,7
Quantidade de açúcar (colher de chá)		
Não	13	54,2
Meia colher	5	20,8
Uma colher	4	16,7
Duas colheres	2	8,3

Com relação aos motivos que foram definidores para introduzir antecipadamente a AC, o entendimento da mãe de que o leite materno não era o suficiente abrangeu maior prevalência (54,2%), seguido da justificativa de que o leite secou (25,0%), achava que o leite era fraco (4,2%) que não tinha leite suficiente, opção médica (8,3%) e outros (8,3%).

Verifica-se, na tabela 3, que os alimentos mais utilizados na dieta da criança são: engrossante (87,5%), frutas (58,3%) e açúcar (54,2,%). Ainda, observa-se que os alimentos menos presentes na dieta das crianças são: feijão, peixe, carne e gema de ovo

(ambos com 12,5%). O fígado, refrigerante e café estão presentes na dieta de nenhuma criança.

Dos alimentos avaliados apenas o engrossante apareceu com prevalência significativamente maior no grupo de mães que utilizam tal produto. Nos demais alimentos houve prevalência significativamente maior de mães que não utilizam o produto, exceto no açúcar, frutas, legumes, caldo de feijão, arroz e bolacha, em que a proporção de mães que usam e que não usam tal alimento é semelhante.

Tabela 3. Distribuição dos alimentos utilizados na dieta das crianças. Vitória de Santo Antão, 2017.

Alimento avaliado	Utiliza o alimento		p-valor ¹
	Sim	Não	
Açúcar	11(45,8%)	13(54,2%)	0,683
Engrossante	21(87,5%)	3(12,5%)	<0,001
Frutas	14(58,3%)	10(41,7%)	0,414
Legumes	9(37,5%)	15(62,5%)	0,221
Verduras	7(29,2%)	17(70,8%)	0,041
Batata	7(29,2%)	17(70,8%)	0,041
Gema de ovo	3(12,5%)	21(87,5%)	<0,001
Ovo inteiro	4(16,7%)	20(83,3%)	0,001
Caldo de carne	4(16,7%)	20(83,3%)	0,001
Carne vermelha	3(12,5%)	21(87,5%)	<0,001
Peixe	3(12,5%)	21(87,5%)	<0,001
Frango ou outras aves	6(25,0%)	18(75,0%)	0,014
Fígado	0(0,0%)	24(100,0%)	-
Caldo de feijão	10(41,7%)	14(58,3%)	0,414
Feijão	3(12,5%)	21(87,5%)	<0,001
Arroz	8(33,3%)	16(66,7%)	0,102
Macarrão	5(20,8%)	19(79,2%)	0,004
Pão	5(20,8%)	19(79,2%)	0,004
Bolacha	8(33,3%)	16(66,7%)	0,102
Refrigerante	0(0,0%)	24(100,0%)	-
Café	0(0,0%)	24(100,0%)	-
Outros	6(25,0%)	18(75,0%)	0,014

¹p-valor do teste qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 a proporção de crianças que utilizam e que não utilizam a alimentação avaliada difere).

Verificou-se, ainda, que a maioria das crianças recebe de 2 a 4 mamadeiras por dia (41,7%), com volume acima de 100 a 180ml (45,9%) e não fazem refeição junto com outros alimentos (50,0%). O teste de comparação de proporção foi significativo apenas no fator quantidade de refeição com outros alimentos por dia (p-valor = 0,016), indicando que

é mais frequente a mãe introduzir a alimentação do bebê com a mamadeira sem outros alimentos.

Na tabela 4, observa-se a distribuição dos marcos do desenvolvimento da criança, segundo a sua idade e o momento da consulta. Verifica-se que as crianças de 2 a 4 meses apresentaram “Resposta ativa ao contato social”, “Segura objetos” e “Emite sons” já na primeira consulta. Na segunda, consulta todos os marcos do desenvolvimento nesta faixa etária estavam presentes na maioria das crianças.

Nas crianças com idade entre 4 a 6 meses, foi encontrada a “Busca ativa de objetos”, “Leva objetos à boca” e “Localiza som” na maioria das crianças durante a 1º e a 2º consultas. No terceiro momento de avaliação das crianças, foram encontrados todos os marcos na maioria dos bebês.

Na faixa etária de 6 a 9 meses foram encontrados, desde a 1º consulta, os marcos: “Brinca de esconde-achou”, “Transfere objetos entre as mãos” e “Senta-se sem apoio” na maioria das crianças; e na 3º consulta, a maioria apresentava todos os marcos do desenvolvimento avaliado nesta faixa etária.

Entre 9 meses a menores de 1 ano foi encontrada maior prevalência, na 1º e 2º consulta, apenas do marco “imitação de gestos”. Fazer pinça e andar com apoio apareceu com maior prevalência apenas na 3º consulta. E o marco “Produzir jargão” não apresentou maior prevalência em nenhuma das consultas realizadas.

Tabela 4. Distribuição dos marcos do desenvolvimento da criança, segundo a idade e momento da consulta. Vitória de Santo Antão, 2017.

Idade	Marco do desenvolvimento	1º consulta			2º consulta			3º consulta		
	Segura objetos	7(77,8%)	2(22,2%)	0(0,0%)	3(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	-	-	-
	Emite sons	5(55,6%)	4(44,4%)	0(0,0%)	2(66,7%)	0(0,0%)	1(33,3%)	-	-	-
	De bruços levanta a cabeça	2(22,2%)	3(33,3%)	4(44,4%)	2(66,7%)	0(0,0%)	1(33,3%)	-	-	-
4 a 6 meses	Busca ativa de objetos	2(66,7%)	1(33,3%)	0(0,0%)	6(85,7%)	1(14,3%)	0(0,0%)	7(77,8%)	1(11,1%)	1(11,1%)
	Leva objetos a boca	3(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	6(85,7%)	0(0,0%)	1(14,3%)	9(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
	Localiza som	3(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	6(85,7%)	1(14,3%)	0(0,0%)	9(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
	Muda de posição ativamente	0(0,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)	1(14,3%)	1(14,3%)	5(71,4%)	5(55,6%)	3(33,3%)	1(11,1%)
6 a 9 meses	Brinca de esconde-achou	10(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	10(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	6(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
	Transfere objetos entre as mãos	9(90,0%)	0(0,0%)	1(10,0%)	9(90,0%)	0(0,0%)	1(10,0%)	6(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
	Duplica sílabas	1(10,0%)	8(80,0%)	1(10,0%)	3(30,0%)	5(50,0%)	2(20,0%)	4(66,7%)	1(16,7%)	1(16,7%)
	Senta-se sem apoio	6(60,0%)	4(40,0%)	0(0,0%)	7(70,0%)	3(30,0%)	0(0,0%)	5(83,3%)	1(16,7%)	0(0,0%)
9 meses a menores de 1 ano	Imita gestos	2(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(75,0%)	0(0,0%)	1(25,0%)	7(77,8%)	0(0,0%)	2(22,2%)
	Faz pinça	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)	0(0,0%)	8(88,9%)	1(11,1%)	0(0,0%)
	Produz "jargão"	0(0,0%)	2(100,0%)	0(0,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)	2(50,0%)	1(11,1%)	3(33,3%)	5(55,6%)
	Anda com apoio	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)	0(0,0%)	8(88,9%)	0(0,0%)	1(11,1%)

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que as crianças do sexo masculino e da classe social D são os grupos que mais aderiram à AC precocemente. A prevalência dessa classe econômica pode ser justificada pelo fato da área pesquisada ser uma comunidade periférica do município e assim ser menos desprovida de recursos financeiros para custear produtos e serviços.

Nessa perspectiva, algumas pesquisas trazem que o principal fator que corroborou para a introdução precoce da AC foi o déficit no repasse de informação sobre o ato de amamentar ^{10,11}. Além disso, são fortes marcadores, a falta de recursos financeiros para custear uma alimentação saudável, a inexperiência das primíparas, a insegurança a respeito de seu próprio leite e de adotá-lo como única fonte de alimentação para seus bebês ¹⁰⁻¹². É importante levar em consideração, ainda, as variáveis socioeconômicas, como as crenças culturais, e tabus, costumes passados de geração em geração ¹³. Além dos motivos já expostos, existe a questão da volta da mãe para o mercado de trabalho ^{11,12}.

Outro dado relevante é o fato de o entendimento das mães de que o leite materno não era o suficiente para alimentar seu filho que abrangeu maior prevalência das respostas, seguido da justificativa de que o leite secou. Essas questões perpassam as crenças e tabus aprendidos culturalmente ¹³, bem como a falta de informação das mães ^{4,8,11,14}, como a banalização por parte das equipes de saúde sobre as inseguranças das mães ^{8,11}.

Vale destacar, também, a postura assistencial trazida pelos enfermeiros em todo o ciclo em que precisam promover e resgatar o aleitamento materno exclusivo. O enfermeiro e os demais profissionais da saúde têm um papel primordial para o

aumento da conscientização das mulheres a respeito da importância da amamentação e em, por conseguinte mudar a atual realidade e reverter o quadro desanimador a esse respeito¹¹.

Alerta-se, ainda, para o aumento significativo de crianças com risco de sobrepeso, dado confirmado pela utilização indiscriminada de engrossantes e açúcar. A introdução desses produtos precocemente na dieta pode desestimular o bebê no ato de mamar e desencadear o risco de sobrepeso e obesidade infantil. Atualmente, a introdução dos engrossantes ou farináceos e açúcares é feita de forma precoce e inadequada na vida das crianças¹⁶.

Estudo realizado com pré-escolares de diferentes regiões geográficas brasileiras apontou um perfil alimentar pobre em alimentos saudáveis e necessários a dieta (legumes, frutas e carnes), enquanto que com frequência apareceram alimentos ricos em açúcar, em sal e frituras em geral¹⁵. O consumo excessivo desses alimentos causam diversos problemas de saúde no público infantil além da obesidade, da anemia, deficiência de vitamina A, e na idade adulta possivelmente diabetes e hipertensão sistêmica.

Vale ressaltar que o público obeso na infância vem aumentando no Brasil, em detrimento disso a prevalência precoce de doenças crônicas¹⁶. Existe relação direta entre AC e a prevalência de sobrepeso, mas o aleitamento materno exclusivo se apresenta como um fator de proteção contra a obesidade, porém, o aleitamento materno por um ano ou mais se mostrou como fator de proteção contra o sobrepeso e obesidade entre as crianças investigadas¹⁷.

Foram constatados, no presente estudo que a maioria das crianças não mama no peito, dos que mamam 100,0% não tomam apenas o aleitamento materno e acrescentam água ou outro líquido (chás) na dieta. O aleitamento materno

exclusivo até os 6 meses conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e OMS é algo distante na prática o que pode ser corroborado em diversos estudos com a temática^{10,12,14,17,18}.

O acréscimo de outros líquidos na dieta é algo que aparece com frequência nas pesquisas, principalmente os chás, por serem utilizados como ação terapêutica para cólicas⁴. No primeiro mês de vida, os chás são os mais utilizados, seguido de água e isso vai evoluindo em todos no decorrer dos meses até o fim dos seis meses quando já é consumida água, chás, frutas, sucos e comida de sal⁴. Atrelado à ingestão desses líquidos, há também o uso de bicos, chupetas e afins colaborando para o desmame precoce e a morbimortalidade infantil¹⁸.

A mamadeira e outros bicos podem ser meios de contaminação para o bebê, e também prejudicar a sucção, a dentição, a fala, problemas de diarreia, infecções e possivelmente uma “confusão de bicos”, ou seja, a diferença entre o peito materno e o bico sintético dificultam o reconhecimento e ato de mamar no peito^{8,14,18}. Vários estudos atribuem à introdução precoce da AC a diminuição do tempo de amamentação^{4,8,14}. O MS recomenda que os profissionais de saúde desencorajem as mães a esse tipo de conduta^{8,18}.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a introdução precoce da AC influenciou negativamente na duração do aleitamento materno exclusivo, bem menor que a recomendada pela OMS e Ministério de Saúde⁴, em que os profissionais devem desencorajar a utilização de bicos e mamadeiras, por serem protagonistas do desmame precoce, doenças diarreicas e problemas na dentição e na fala⁸. O uso de mamadeiras e de leites não humanos pela criança traz malefícios para o bebê em sua vida futura¹⁸. Neste estudo, quanto ao leite utilizado, à maioria utiliza o leite tipo integral m pó. O uso de leite de vaca em pó ou integral em crianças

até 4 meses requer alguns cuidados tanto no uso, quanto na forma como será consumido, haja vista, que as proteínas contidas no leite de vaca podem desencadear processos alérgicos, aumento do risco de diabetes¹⁸.

Faz-se necessária a atenção para o preparo do leite de vaca integral em pó conforme preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁸. Primeiro, é preciso diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e em seguida adicionar a água restante necessária. A reconstituição do leite em pó integral e diluição do leite integral fluido deve seguir o esquema preconizado pelo Manual Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar¹⁸.

É recomendado, ainda, que em crianças que não estiverem em aleitamento materno exclusivo no segundo mês de vida, receba suplementação de vitamina C (30mg/dia) além de 1mg de ferro por kg, pois a introdução precoce da alimentação complementar contribui para a redução da absorção de ferro, e pode levar a anemia^{4,17}. A AC deve ser ofertada à criança quando ela estiver preparada fisiologicamente para receber alimentos como: carnes, cereais, frutas, legumes, recomendados pelo Ministério da Saúde e tenha possibilidade de realizar a mastigação, deglutição e a digestão de forma satisfatória¹⁸. As principais consequências trazidas por uma AC precoce são as infecções causadas por alimentos mal higienizados ou armazenados e os riscos que a falta de maturidade fisiológica pode trazer acarretando alergias e maiores gastos para as famílias⁴.

É importante pontuar que é indispensável para o desenvolvimento infantil saudável uma alimentação indicada para cada fase da vida. Segundo uma pesquisa realizada em comunidade rural na China, com o objetivo de investigar as deficiências nutricionais infantis, constatou-se que o desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida da criança são fundamentais para a saúde da mesma¹⁹.

Outros estudiosos inferem que a nutrição na primeira infância pode ter um impacto significativo não apenas na saúde física mas também na saúde mental das crianças. Portanto, o impacto de uma má alimentação causa diversos prejuízos para uma vida saudável, o crescimento, dentre eles uma possível deficiência de micronutrientes essenciais, que podem causar para o sistema imunológico enfraquecido e efeitos e desenvolvimento das crianças a longo prazo.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram que as crianças do sexo masculino e da classe social D são os grupos que mais aderiram à alimentação complementar precocemente. Dentre as motivações estão os tabus construídos culturalmente e principalmente a questão financeira, que levam as mães a comprar leite em pó para substituir o aleitamento materno. Mesmo a prática da antecipação precoce da AC não ter sido estatisticamente significativa para comprometer os marcos do desenvolvimento essa associação não pode ser descartada.

Vale ressaltar, também, a importância de se adotarem boas práticas alimentares desde a infância; e o enfermeiro, juntamente com a equipe de saúde, deve estimular a família a adesão dessa prática, além de fornecer informações para a criação de programas que incentivem os pais para realizarem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e após esse período introduzir AC de forma gradativa.

REFERÊNCIAS

1. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Pina JC, Mello DF. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. Rev. Nutr. [Internet]. 2015 jul/ago [acesso em 10 de maio de 2017]; 28(4):409-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732015000400409
2. Rieth NFA, Coimbra LCC. Caracterização do aleitamento materno em São Luís, Maranhão. Revista de Pesquisa em Saúde. Rev Pesq. Saúde [Internet]. 2016 jan-abr [acesso em 13 de maio de 2017]; 17(1):7-12. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5487>
3. Soares JPO, Novaes LFG, Araújo CMT, Vieira ACC. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. Rev. CEFAC. [Internet]. 2016 jan-fev [acesso em 13 de maio de 2017]; 18(1):232-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00232.pdf>
4. Schincaglia RM, Oliveira AC, A Souza LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2015 jul-set [acesso em 13 de maio de 2017]; 24(3):465-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>
5. Pinheiro JMF, Menêzes TB, Brito KMF, Melo ANL, Queiroz DJM, Sureira TM. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. Rev. Nutr. Campinas [Internet]. 2016 maio/jun [acesso

em 10 de maio de 2017]; 29(3):367-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n3/1415-5273-rn-29-03-00367.pdf>

6. Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, Stefanello J, Benício MHD, Reis MCG et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro [Internet]. 2016 março [acesso em 05 de maio de 2017]; 32(3):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00010315.pdf>

7. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* [Internet]. 2015 nov [acesso em 10 de maio de 2017]; 15(179):1-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26563757>

8. Monteschio CAC, Gaíva MAM, Moreira MDS. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem a criança. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2015 set-out [acesso em 05 de maio de 2017]; 68(5):869-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0869.pdf>

9. Lima APE, Javorski M, Amorim RJM, Oliveira SC, Oliveira SC, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 nov-dez; [acesso em 05 de maio de 2017]; 67(6):965-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0965.pdf>

10. Pessoa TAO, Martins CBG, C; Lima FCA, Gaíva MAM. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Av Enferm.** [Internet]. 2015 out [acesso em 05 de maio de 2017]; 33(3):401-11. Disponível em:

<http://search.proquest.com/openview/8aec433e1dd65270373cc1f93327caca/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>

11. Oliveira CS, Locca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 05 de maio de 2017]; 36(esp):16-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0016.pdf>

12. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 jan [acesso em 05 de maio de 2017]; 19(1):93-104. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/8165/S141381232014000100093.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Lima MML, Silva TKR, Tsupal PA, Melhem ARF, Brecailo, MK, Santos, EF. A influência de crenças e tabus alimentares na amamentação. O Mundo da Saúde, São Paulo [Internet]. 2016 [acesso em 05 de maio de 2017]; 40(2):221-29. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/crencas_%20tabus_alimentares_amamentacao.pdf

14. Santana MCCP, Silveira BL, Santos ICS, Mascarenhas MLVC, Dias, EGC. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. R bras ci Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 05 de maio de 2017]; 20(2): 157-62. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/14607/15745>

15. Mello CS, Barros KV, Moraes MB. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. J Pediatr [Internet]. 2016 sept./oct [acesso em 05 de maio de 2017]; 92(5):451-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000600451
16. Miranda, JMQ, Palmeira MV, Polito LFT, Brandão MR, Bocalini DS, Aylton José Figueira Junior, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. Privadas. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2015 maio [acesso em 5 de maio de 2017]; 21(2):104-07. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v21n2/1517-8692-rbme-21-02-00104.pdf>.
17. Standler F, Tsupal PA, Brecailo MK, Vieira, DG. Relação entre a alimentação complementar e a prevalência de excesso de peso em pré-escolares. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2016 jan/jun [acesso em 13 de maio de 2017]; 42(1):197-04. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/15969/pdf>
18. Brasil. Caderno de atenção básica. Saúde da criança aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério de Saúde. [Internet] 2015 [acesso em 13 de maio de 2017]; n.23; Brasília. 184 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
19. Yue A, Marsh L, Zhou H, Medina A, Luo R, Shi Y, et al. Nutritional Deficiencies, the Absence of Information and Caregiver Shortcomings: A Qualitative Analysis of Infant Feeding Practices in Rural China. PLOS ONE. [Internet]. 2016 april [acesso em 13 de maio de 2017]; 11(4):1-21. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153385>

20. Watt TT, Appel L, Lopez V, Flores B, Lawhon B. A Primary Care-Based Early Childhood Nutrition Intervention: Evaluation of a Pilot Program Serving Low-Income Hispanic Women. PubMed. [Internet]. 2015 december [acesso em 13 de maio de 2017]; 2(4):537-47. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26863560>.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA



Informações Gerais e Normas para Publicação

A **REUOL** está indexada no **Sumários de Revistas Brasileiras:**
<http://www.sumarios.org/listarRevista.php>, na **Biblioteca Virtual de Enfermagem**
 [BVE]: <http://www.bve.org.br/>, no **Directory of Open Access Journals [DOAJ]:**
<http://www.doaj.org/doi/jn>, e no **Sistema Latindex:**
<http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=17211>

Está cadastrada no Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas [SEER] na *homepage* do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT): <http://seer.ibict.br/>, na Biblioteca da Universidade Católica de Brasília: http://marakatu.ucb.br/biblioteca/php/pub_online1.php?codBib=,&codObra=%2C&lista=E bem como no Conselho Regional de Santa Catarina: <http://www.coren-sc.org.br/>

A **REUOL** adota os << **Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas** >>, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver – como normas para publicação de artigos, disponível nos sites: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

A publicação da **REUOL** é trimestral, compondo-se de um volume com quatro números que constará obrigatoriamente das datas de recebimento, da versão final de reapresentação e de aprovação no final dos manuscritos. O número máximo para uma edição é de 15 manuscritos. Caso ultrapasse, os excedentes serão publicados na edição posterior. Os manuscritos originais terão prioridades diante dos demais, devendo ocupar 75% das páginas publicadas. Em seguida, os de revisão de literatura sistemática e relato de casos clínicos.

Os manuscritos serão aceitos para avaliação quando enviados exclusivamente via eletrônica: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>.

Quando da submissão dos manuscritos, em **Metadados da Submissão** devem constar todos os autores que por ventura estejam mencionados como << autor >>. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

Ressalta-se que os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação dos textos às normas de formatação e estrutura e, se considerados adequados, serão

Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL]
 Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem
 Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife (PE), Brasil CEP: 50.670-901
 Fone: +005581 2126-8543 / FAX: +005581 3453-5814/2126-3932
 E-mail: reuol.ufpe@gmail.com Homepage: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>

encaminhados para dois/três consultores. Entretanto, os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação pelos avaliadores. O processo de avaliação utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 15 dias, quando é aceita a realização da avaliação.

De posse dos pareceres emitidos, o Editor os encaminha para os autores. Os manuscritos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo máximo de 15 dias.

Por sua vez, reserva-se a exclusividade dos manuscritos que forem aceitos para publicação na **REUOL**. A esse respeito, é tão somente a não permissão de sua apresentação simultânea total, em parte ou traduzida a outro periódico de natureza virtual ou impressa, com exceção de resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

A publicação de manuscritos que envolvam seres humanos estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos acordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, descritos no último parágrafo da seção Métodos, com o nome e número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP], bem como o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Em se tratando de investigações que envolvam órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, devem ter o consentimento por escrito do paciente ou responsável. No material ilustrativo o paciente não deve ser identificado, não devendo aparecer nomes ou iniciais.

Deve ser enviada cópia de aprovação do projeto de pesquisa no CEP e da autorização do paciente ou responsável para publicação. Caso contrário, uma justificativa deverá ser encaminhada ao Editor que o analisará e tomará a decisão pelo aceite ou não do manuscrito. Com isto feito isenta-se a **REUOL** de encargos judiciais ou de responsabilidade pelos mesmos, caso venha a ocorrer.

Investigações que envolvam animais deverão ser aprovadas na Comissão de Ética em Experimentação Animais [CEEa], em conformidade com as normas éticas elaboradas pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal [COBEA] e pela legislação em vigor [Lei de Crimes Ambientais No. 9605 de 12/02/1998, Art. 32; Regulamentação da Lei de Crimes Ambientais – Decreto 3.179 de 21/09/1999, Art. 17], visando à responsabilidade de proteger e promover o bem-estar dos animais usados. Enviar cópia da aprovação do CEEa.

Categorias de manuscritos

- **Artigos originais** – são caracterizados como a finalização de várias etapas da pesquisa científica.
- **Artigos de revisão de literatura** – são conhecidos como “reviews” e dividem-se em dois tipos fundamentais:
 - a) **Revisão anual**, contendo a descrição ampla das contribuições da literatura em determinada área de estudo.
 - b) **Revisão sistemática** – avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema.
- **Atualização** – são trabalhos descritivos e interpretativos com base na literatura recente sobre a situação global em que se encontre determinado assunto investigativo.
- **Resumos de teses e dissertações**, apresentadas e aprovadas.
- **Relato de casos clínicos** – é um importante meio de disseminação do conhecimento referente aos aspectos clínico-patológicos de um tema científico. Novas técnicas, terapias, diagnósticos, patologias,

Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

Ilustrações — fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras. Devem ser elaborados para reprodução direta, inseridos no texto, em preto e branco, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

Citações — No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.

Nas citações diretas até três linhas inclui-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: ^{13:4} (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

• Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson)

As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente são permitidos os nomes quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Quando da citação no texto de mais de um autor, no caso de dois, citam-se ambos usando a conjunção << e >>; se forem três ou mais, cita-se o primeiro autor seguido da expressão << et al. >>; deve-se evitar citação da citação, mas quando ocorrer deve ser utilizada a expressão << apud >>. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem.

Discussão — deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo.

Conclusão — relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertativas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

Agradecimentos — devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material, dentre outros.

Referências — as referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal.

Referencia-se o(s) autor(es) pelo sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina << et al >>.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Vancouver.

materiais e soluções inovadoras para problemas especiais, fenômenos anatômicos e fisiológicos, são exemplos a serem relatados. As ilustrações são fundamentais nos artigos dessa natureza [radiografias, fotos, desenhos, dentre outras].

- **Notas prévias** — estruturas que têm a função de publicar rapidamente alguma informação sobre resultados importantes alcançados com a pesquisa e/ou apenas para garantir a propriedade intelectual por meio do registro da informação.

- **Artigos informativos** — são relatos de estudos avaliativos, originais, de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a saúde, resultados de investigação, aplicação de técnica ou com base em teoria.

- **Temas livres** — formas livres de contribuição científica, devendo ter como característica básica uma abordagem crítica, criativa, desvelando o tema ou revelando nova perspectiva de visão sobre o tema, que leve o leitor, por sua vez, à reflexão e/ou análise crítica sobre o tema em análise.

- **Cartas ao editor** — são comentários, discussões ou críticas a artigos recentes, publicados na REUOL, relatos de pesquisa originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a duas páginas e as referências são limitadas a cinco.

Quanto à redação

Os manuscritos devem ser redigidos em linguagem clara e objetiva, mantendo-a adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

Quanto à autoria

O conceito de autoria fundamenta-se na contribuição de cada pessoa listada como autor, no que se refere, sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e discussão dos resultados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção << Agradecimentos >>.

Quanto ao processo de julgamento de manuscritos

Ao receber o manuscrito o editor considerará o cumprimento das normas e da política editorial da REUOL. Não sendo aprovado nessa fase, o autor será comunicado para realizar as adequações necessárias. Aprovado nesta fase será encaminhado para dois/três membros da Equipe Editorial de reconhecida competência na temática abordada para emitirem o parecer: aceitando, aceitando, mas recomendando modificações, e, por fim, recusando a publicação. O anonimato é garantido durante o processo de julgamento.

Diante dos pareceres emitidos o editor os encaminha aos autores. Os manuscritos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo de 15 dias.

Os manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo manuscrito, iniciando outro processo de julgamento.

A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Editor, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

Após apreciação do Editor, os autores serão comunicados sobre a decisão, indicando a data prevista, o volume e o número da Revista no qual o artigo será publicado.

No caso de aceitação para publicação, os Editores de Layout reservam-se no direito de introduzir alterações para efeito de padronização, conforme os parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes Estilo Vancouver.

Elaboração dos manuscritos

• Da formatação

Os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com:

- a) 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.
- b) fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 12, espaço 2,0 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações).
- c) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.
- d) margens laterais, superiores e inferiores de 2,0 cm cada.
- e) Nos resumos, usar em destaque: **objetivo, métodos, resultados, conclusão, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Não usar os termos: palavras-chave, keywords e palabras-llave. Usar: descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.** Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.
- f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos.
- g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.
- h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados com negrito e letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Nos subtítulos não usar numeração nem no final o sinal de : . O texto deve ser escrito abaixo.
- i) Não usar rodapé ou cabeçalhos.
- j) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << bibliográficas >>.
- l) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,25 cm ou um TAB.

• Da estrutura

Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com regras gramaticais de cada idioma, bem como obedecendo a seguinte estrutura:

- a) **Página de rosto** – Título do artigo que deve ser centralizado e somente a primeira letra em maiúscula; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive.

Abaixo do título, justificado:

- 1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail.
- 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável de correspondência.
- 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier.
- 4) Se baseado em tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada. Tanto os nomes do orientador e do co-orientador deverão constar como autor, também.

b) Resumos — devem ser apresentados em português, inglês e espanhol. O estilo deve ser o narrativo, no máximo com 250 palavras. Devem ser destacados os termos: objetivo, métodos, resultados, conclusões, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.

Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. Em todos devem estar os descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.

Descritores: Indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, traduzido do *Medical Subject of Health – MeSH*, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>. Se não forem encontrados descritores disponíveis para a temática do assunto, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Tese e Dissertação — Enviar o resumo, o abstract e o resumen.

c) Texto — os textos de manuscritos originais e de revisão de literatura sistemática devem apresentar: 1) introdução; 2) objetivo/s; 3) métodos; 4) resultados; 5) discussão; 6) conclusão; 7) agradecimentos (opcional); 8) referências (Estilo Vancouver).

O texto de manuscritos de revisão de literatura anual não obedece a esquema rígido de seções. Sugere-se uma breve introdução, em que o(s) autor(es) explica(m) qual a importância da revisão para a prática, à luz da literatura, síntese dos dados, que deve apresentar todas as informações pertinentes, e conclusão, que deve relacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações.

As demais categorias terão estrutura textual livre, devendo, entretanto, serem observadas: 1) introdução; 2) objetivo/s; 3) métodos; 4) resultados; 5) discussão; 6) conclusão; 7) agradecimentos (opcional); 8) referências (Estilo Vancouver).

O texto deve conter as seguintes seções:

Introdução — deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes.

Métodos — devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados.

Em se tratando de investigações envolvendo seres humanos, necessariamente no deve está explícito o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos, com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo.

Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP, deve ser considerada: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS — Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.; para os estrangeiros, a Declaração de *Helsinki*, disponível na página UR: <http://www.wma.net>.

Resultados — devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

Tabelas — devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* disponíveis no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

• Exemplos de referências

Artigos de periódicos – orientações:

- Somente a 1ª letra do título do artigo do periódico ou do livro deve estar em maiúscula;
- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos do *Index Medicus* (base de dados *Medline*), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano.
Exemplos: *N Engl J Med.*, *Neurology*.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
Exemplos: *Femina.*, *Rev Bras Reumatol.*, *Rev Bras Hipertens*.
- Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais.
Ex: p. 320-329; usar 320-9
- Denominamos número (fascículo) a identificação da sequência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Ex.: 347(4).
- Periódico com paginação contínua em um volume: mês e número podem ser omitidos (opcional). Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7.

*Autor(es) (pessoa física) – de um até seis autores

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7.

*Autor(es) (pessoa física) – mais de seis autores

Seis primeiros autores do artigo, colocar a expressão "et al". Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

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(1-2):40-6.

***Organização(ões) como autora(es)**

Organização(ões). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número): página inicial-final do artigo.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

***Autor(es) (pessoa física) e organização(ões) como autores**

Autor(es) (pessoa física); Organização(ões). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número): página inicial-final do artigo.

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(6):2257-61.

Livros e outras monografias – orientações:

- Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália);
- Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la;
- A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.
- "Editor" é um termo em inglês que se refere ao editor literário.

***Autor(es) pessoal(is)**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

***Editor(es), compilador(es) como autor(es)**

Autor(es) do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição (Editora). Cidade: Editora; Ano de publicação.

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

***Autor(es) e editor(es)**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (Editora). Nome(s) do(s) editor(es) com a indicação correspondente. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Breedlove GK, Schorfheide AM. *Adolescent pregnancy*. 2ª ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

***Organização(ões) como autora(es)**

Organização(ões). Título do livro. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

***Capítulo de livro**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo.

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

***Anais de congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Hamden P, Joffe JK, Jones WG, editores. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

***Apresentação em congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: *Proceedings* ou Anais do ... título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

*** Tese, dissertação e trabalho de conclusão de curso**

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade de publicação: Editora; Ano de defesa do trabalho.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

***Artigo de jornal**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

***Material audiovisual**

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [vídeo cassete]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

***Artigo não publicado (no prelo)**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. No prelo 2002.

***Material eletrônico (cd-rom, dvd, disquete...)**

Autor(es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

***Artigo de periódico em formato eletrônico**

Autor do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume(número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the AHA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

***Monografia na internet**

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

***Homepage**

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão "atualizada em"]; data de acesso com a expressão "acesso em". Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

* a data de registro pode vir acompanhada da data inicial-final ou com a data inicial seguida de um hífen (-) indicando continuidade.

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

***Parte de uma homepage**

Autor(es) da homepage (se houver). Título [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro [data da última atualização com a expressão "atualizada em"; data de acesso com a expressão "acesso em"]. Título da parte da homepage; [número aproximado de telas]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

***Base de dados na internet**

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão "atualizada em" (se houver); data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Who's Certified [base de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [acesso em 2001 Mar 8]. Disponível em: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

***Parte de uma base de dados na internet**

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão "atualizada em" (se houver); data de acesso com a expressão "acesso em"]. Título da parte da base de dados; [número aproximado de páginas]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:". Nota explicativa (se houver).

MeSH Browser [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002- [acesso em 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Arquivo atualizado semanalmente.

***Arquivo de computador**

Título [programa de computador]. Versão. Local de publicação: Produtora; data de publicação.

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando(FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Envio dos manuscritos

• Verificação de itens

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".

2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências Estilo Vancouver, digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.

3. O manuscrito está formatado em espaço 2,0 de linha (exceções: tabelas e citações); fonte Trebuchet MS de 12-pontos; parágrafos de 1,25 cm; páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação. Está sendo encaminhada ou anexo ao manuscrito a Cópia de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP].

4. Os títulos e subtítulos estão identificados por negrito e com a letra maiúscula apenas nas primeiras letras de cada palavra.

5. Na página de rosto, os TÍTULOS do manuscrito estão centralizados, as primeiras letras em maiúscula e com as traduções nos idiomas Inglês e Espanhol. Abaixo dos títulos, justificados: 1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail. 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável de correspondência. 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier. 4) Se o manuscrito foi elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada bem como com os nomes do orientador e do co-orientador como autores.

6. As tabelas estão elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que estão citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não se estendendo a 55 linhas, incluindo título.

7. As ilustrações: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados FIGURAS. Estão elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

8. Nos resumos, o estilo é o narrativo, no máximo com 250 palavras, estão destacados os termos: OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, CONCLUSÃO. São usados os termos: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente.

9. Os descritores indicados estão em número de três a cinco termos, limitam-se aos recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, traduzido do *Medical Subject of Health – MeSH*, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>.

10. Em se tratando de investigações envolvendo seres humanos, necessariamente nos MÉTODOS está explícito o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos, com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo. Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, deve ser considerada: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.; para os estrangeiros, a Declaração de Helsinki, disponível na página UR: <http://www.wma.net>

11. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto e nas referências no Estilo Vancouver (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

12. Quando da submissão do manuscrito, todos os autores devem ser registrados no Metadados de Submissão. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo-o para o processo de avaliação e não do Editor.

13. Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da REUOL de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA e, se considerados adequados, serão encaminhados para dois/três consultores. Os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação.

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

O autor responsável pelo envio do manuscrito deverá assinalar no local da *homepage* de submissão da REUOL a Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais e seguir com o processo de submissão.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que eu (fulano de tal), abaixo assinado, e demais autores participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha(nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha(nossa) autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame de provas dos editores.

Assinatura do autor:

Data:

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

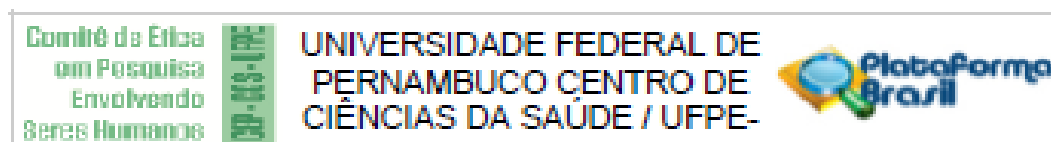
Declaro que, em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Enfermagem UFPE On Line, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei/emos constar o competente agradecimento à REUOL.

Assinatura do autor:

Data:

Prof Dr Ednaldo Cavalcante de Araújo
Editor

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Introdução precoce da alimentação complementar em crianças menores de seis meses na Unidade Básica de Saúde do Cajueiro no Município de Vitória de Santo Antão-PE

Pesquisador: Maria Amélia de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60030316.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.782.657

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de conclusão de curso da Estudante ROSEANE GONÇALVES DA SILVA sob a orientação da Professora Maria Amélia de Souza. O projeto será desenvolvido com crianças menores de um ano atendidas na Unidade Básica de Saúde localizada no bairro do Cajueiro em Vitória de Santo Antão. A proposta consiste basicamente na validação da hipótese: A introdução precoce da alimentação complementar, em crianças menores de seis meses, atendidas na Unidade Básica de Saúde do Cajueiro em Vitória de Santo Antão – PE, influencia diretamente no seu crescimento linear, no peso e no desenvolvimento e tem etiologia multifatorial. Para este fim realizar-se-á um estudo do tipo transversal de natureza quantitativa envolvendo 45 crianças atendidas na referida Unidade de saúde. A coleta de dados referente a informações sócio demográficas e de desenvolvimento da criança será realizada através de questionários estruturados aplicado aos pais ou responsáveis. Os dados serão tabulados e analisados usando o programa de informática SPSS (Statistical Package for Social Science) para Windows versão 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a alimentação complementar em crianças menores de um ano, os fatores associados a sua introdução precoce e a sua relação com o crescimento linear, peso e desenvolvimento na

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (011)2126-0568 **E-mail:** cepcon@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**

CEP-03-193

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 1.702.657

Unidade Básica de Saúde do Cajueiro da Vitória de Santo Antão – PE, no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Objetivos Específicos

- 1- Investigar os fatores associados a introdução precoce da alimentação complementar;
- 2- Verificar se a introdução da alimentação complementar precoce influenciou no peso;
- 3- Verificar se a introdução da alimentação complementar precoce influenciou no crescimento;
- 4- Verificar se a introdução da alimentação complementar precoce influenciou no desenvolvimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão explicitamente delineados no termo de consentimento livre esclarecido e no projeto de pesquisa. Os riscos incluem basicamente desconforto e constrangimento no preenchimento do questionário. Visando minimizar estes riscos intrínsecos ao preenchimento do questionário, sua aplicação será de forma individual e em sala restrita. Os benefícios diretos as crianças consistem basicamente em evitar um atraso no crescimento e desenvolvimento através de ações de promoção referente a alimentação complementar. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem delineados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma temática atual e interessante para as crianças e seus familiares, portanto, qualquer iniciativa visando o aumento de conhecimento científico nesta área é muito relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as cartas de anuência, termo de confidencialidade, currículos e termo de consentimento livre e esclarecido estão devidamente anexados. A folha de rosto está devidamente assinada e carimbada. O orçamento de aproximadamente 1.500,00 reais será de responsabilidade do pesquisador. O cronograma é compatível para a execução do projeto e consta que a coleta só começará após aprovação pelo comitê de ética.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-800

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2125-8588

E-mail: cepcoa@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 1.702.667

com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/M3 Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/M3 Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/M3 Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_780645.pdf	18/09/2016 21:54:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	18/09/2016 21:53:09	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_Confidencialidade.docx	18/09/2016 21:51:51	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/09/2016 21:50:16	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	14/09/2016 16:46:40	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2128-8688

E-mail: cepcoa@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 1.703.057

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	14/09/2016 16:46:40	SILVA	Acelto
Outros	Instrumento_de_Coletadadedados.docx	13/09/2016 18:41:38	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.docx	13/09/2016 18:25:58	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Acelto
Orçamento	Orçamento.docx	13/09/2016 18:20:16	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	13/09/2016 18:19:30	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Acelto
Outros	CurriculoLaties_Pesquisadora.docx	13/09/2016 18:18:07	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Acelto
Outros	CurriculoLaties_Assistente.pdf	13/09/2016 18:16:42	ROSEANE GONCALVES DA SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Outubro de 2016

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-0588 E-mail: cepcos@ufpe.br