

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

DINAMARA RODRIGUES DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE SÓDIO EM CRIANÇAS ENTRE
15 A 32 MESES EM SÃO LUÍS – COORTE BRISA**

São Luís
2017

DINAMARA RODRIGUES DESOUSA

**AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE SÓDIO EM CRIANÇAS ENTRE
15 A 32 MESES EM SÃO LUÍS – COORTE BRISA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do
Maranhão como requisito para a obtenção do
grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lamy Filho

São Luís

2017

Sousa, Dinamara Rodrigues de.

Avaliação da ingestão alimentar de sódio em crianças entre 15 a 32 meses em São Luís - Coorte BRISA / Dinamara

Rodrigues de Sousa. – 2017.

49 f.

Orientador(a): Fernando Lamy Filho.

Monografia (Graduação) - Curso de Medicina,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Criança. 2. Hábitos Alimentares. 3. Sódio. I.

Lamy Filho, Fernando. II. Título.

DINAMARA RODRIGUES DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE SÓDIO EM CRIANÇAS ENTRE
15 A 32 MESES EM SÃO LUÍS – COORTE BRISA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do
Maranhão como requisito para a obtenção do
grau de Médico.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Lamy Filho (Orientador)

Doutor em Saúde da Criança e da Mulher
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Flávia Helen Furtado Loureiro

Pós-doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. MSc. Maria da Graça Mouchrek Jaldin

Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Profa. MSc. Adriana Lima dos Reis Costa

Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

A Deus, pelo milagre da vida e pelas bênçãos concedidas nesta caminhada.

Aos meus queridos pais, minha eterna gratidão pela dedicação, amor, paciência e sabedoria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por plantar sonhos em meu coração, por acreditar em mim e me capacitar, me dando forças, para que eu possa lutar por estes sonhos. Sem Ti, Senhor, jamais chegaria a lugar algum.

Aos meus pais, Francisco Aguiar e Maria do Socorro Rodrigues, a razão de todo meu esforço. Sempre foi e sempre será por vocês! Agradeço pelo amor incondicional, por me ensinarem, desde a infância, a reconhecer o valor dos estudos e por nunca medirem esforços para que eu pudesse conquistar meus objetivos.

A todos os meus familiares, por serem berço dos meus valores e torcerem sempre por mim.

À Universidade Federal do Maranhão, pelo conhecimento adquirido e por todas as oportunidades de aprendizado que tive durante a graduação.

Ao meu orientador, Dr. Fernando Lamy, por toda sua dedicação pela pesquisa, por cada ensinamento e por todo carisma e paciência comigo. Obrigada, por cada linha corrigida e pelos conselhos de vida que sempre vinham somados a cada página lida desta obra e de muitas outras orientações, durante a Iniciação Científica. Juntamente com a professora Dra. Zeni Lamy, foram “casa de aprendizado” durante toda minha graduação, e se tornaram exemplos de pesquisadores, professores e de médicos para mim. Obrigada por me apresentarem ao mundo da pesquisa e por me contagiarem com a paixão com a qual exercem cada trabalho.

A todo grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Zeni e Prof. Fernando Lamy: Júlia, Natany, Taiana, Duda, Clarice. Não poderia deixar de agradecer a Amanda Passos, quem me apresentou essa oportunidade ímpar e as meninas: Karol e Rose, por toda ajuda durante o PIBIC.

À coordenação do curso de Medicina da UFMA, a minha gratidão.

A todos excelentes professores que tive durante a graduação. Mais que Medicina, me foram exemplos de vida e de humanidade, que pretendo seguir durante toda minha profissão.

Ao grupo de pesquisa do BRISAS e à Wyllyane Carvalho, por, também, me oportunizar trabalhar com esta pesquisa.

A cada uma das famílias que aceitaram participar deste estudo. Pesquisa é feita com pessoas em prol das pessoas, porque do contrário, não haveria porquê pesquisar. Meu muito obrigado!

A Vicente Anchieta, pelo companheirismo, amor, compreensão e por segurar minha mão em todos os momentos em que precisei.

A todos os meus professores durante a minha vida escolar, por me ensinarem o valor da educação e por confiarem no meu potencial, sempre me incentivando a buscar cada vez mais. Jamais os esquecerei!

Aos meus amigos de infância, em especial Tathara Abreu, Letícia Cabral e Juliana Martins, pela amizade e lealdade, tanto nos bons momentos, como nos mais difíceis.

Às minhas amigas Maira Beatrice, Bárbara Tobias e Carol Mascarenhas, pela amizade desde a MedCeuma, por cada conversa descontraída, que fizeram esta caminhada ser mais leve e por se tornarem minhas irmãs durante a jornada de nos tornamos médicas.

Aos amigos que descobri na MedUFMA e que levarei para toda minha vida, em especial meu “co-orientador” Marcos Antonio Custódio, por me aconselhar, me repreender quando necessário e me ensinar como andar no “caminho das pedras”, aprendo muito com você todos os dias. Agradeço à Rebeca Castelo, pelas palavras de sabedoria sempre que preciso. À Gabriela Melo, Israel e Gabrielle, que tornaram a rotina mais leve, e cuja convivência diária me dão muitas lições de vida; e aos meus amigos desde o primeiro período do curso: Ana Paula e Dannel Martins - muitas histórias desde o começo desta jornada - muito bom saber que estamos conquistando mais uma vitória e a amizade de vocês me foram fundamental.

A todos que contribuíram de alguma forma à concretização deste sonho.

Meu muito obrigada!

Confia no Senhor e faze o bem;
habitarás na terra, e verdadeiramente
serás alimentado.

Deleita-te também no Senhor, e te
concederá os desejos do teu coração.

Entrega o teu caminho ao Senhor;
confia nele, e ele o fará.

Salmos 37:3-5

“Nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das
pessoas”

Cora Coralina

SUMÁRIO

ARTIGO - AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE SÓDIO EM CRIANÇAS ENTRE 15 A 32 MESES EM SÃO LUÍS – COORTE BRISA.....	9
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
1.INTRODUÇÃO.....	13
2.METODOLOGIA.....	16
2.1.DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	16
2.2.POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	16
2.2.1.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	17
2.2.2.CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	17
2.3.LOCAL E TEMPO DE ESTUDO.....	17
2.4.COLETA DE DADOS.....	17
2.4.1.INSTRUMENTO DE COLETA.....	18
2.4.2.ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	19
2.4.3.ASPECTOS ÉTICOS.....	19
3.RESULTADOS.....	21
4.DISSCUSSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	26
Tabela 1.....	29
Tabela 2.....	30
Tabela 3.....	31
APÊNDICE A.....	32
APÊNDICE B.....	37
APÊNDICE C.....	38
ANEXO A.....	41
ANEXO B.....	43

ARTIGO**AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE SÓDIO EM CRIANÇAS ENTRE
15 A 32 MESES EM SÃO LUÍS – COORTE BRISA.**

(A ser submetido à Revista *Jornal de Pediatria*)

AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE SÓDIO EM CRIANÇAS ENTRE 15 A 32 MESES EM SÃO LUÍS – COORTE BRISA.

Evaluation of food sodium ingestion in children between 15 to 32 months in São Luís – Coorte BRISA

Dinamara R de Sousa¹
Fernando Lamy Filho²

¹ Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Maranhão. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. dynamara.rodrigues@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9445672083744564>

² Médico. Doutor em Saúde da Criança e da Mulher. Docente do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Professor Associado IV do Departamento de Medicina III - UFMA. lamyfilho@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3977956820339735>

RESUMO

Objetivos: Objetivou-se avaliar a ingestão de sódio e verificar sua associação com características sociodemográficas e econômicas das crianças estudadas e de suas famílias. **Métodos:** Trata-se de um recorte transversal aninhado à uma coorte com crianças entre 15 e 32 meses avaliadas entre 2011 e 2013. Um questionário e um inquérito alimentar recordatório de 24h foram aplicados em uma amostra final de 986 crianças. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico STATA ® (versão 12.0). O ajuste da variabilidade intrapessoal e interpessoal foi realizada através do programa The Multiple Source Method® (versão 1.0.1). A avaliação da ingestão de sódio foi conduzida em relação ao Nível de Ingestão Máximo Tolerável (UL) para consumo humano. **Resultados:** A maioria das crianças era do sexo feminino e de cor parda. Em relação às mães, a maioria eram adultas, possuíam ensino fundamental e/ou ensino médio e encontravam-se em união consensual. Foi encontrada uma média de ingestão de sódio de 1033 ± 405 mg. Em 10% das crianças houve consumo superior à UL, que corresponde a 1500mg. Na análise da distribuição do consumo por características das díades verificou-se que a categoria “ter companheiro”, na variável situação conjugal, associou-se a níveis menos elevados de ingestão desse íon. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo apontam a presença de uma ingestão de sódio extremamente alta já nos primeiros anos de vida, o que pode predispor ao aparecimento de doenças crônicas, com impacto na morbimortalidade e qualidade de vida dessas crianças.

Palavras-Chaves: Criança. Sódio. Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

Objective: To evaluate sodium intake and to verify the association between sodium intake levels and socio-demographic and economic characteristics of the studied children and their families. **Methods:** This is a cross-sectional study nested in a cohort with children between 15 and 32 months evaluated between 2011 and 2013. A questionnaire and a 24-hour food recall were applied, with a final sample of 986 children. The quantitative variables were evaluated using the statistical program STATA ® (version 12.0). The adjustment of intrapersonal and interpersonal variability was performed through The Multiple Source Method® program (version 1.0.1). The assessment of sodium intake was conducted in relation to the Tolerable Maximum Intake Level (UL). **Results:** The majority of the children were female and of a brown color. In relation to the mothers, the majority were adults, had basic education and / or high school and were in consensual union. An average sodium intake of 1033 ± 405 mg was found. In 10% of the children there was consumption above the maximum tolerable level, which corresponds to 1500mg for the studied age group. In the analysis of the distribution of consumption by characteristics of the dyads, it was verified that the category "having partner", in the variable conjugal situation, was associated to lower levels of intake of this ion. **Conclusion:** The results of the present study point to the presence of an inadequate intake of sodium in the first years of life, which may predispose to the appearance of chronic diseases, with an impact on the morbidity and mortality and quality of life of these children.

Keywords: Child. Sodium. Eating habits.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de sal tem aumentado em muitos países nos últimos anos. Estudos evidenciam que o consumo excessivo deste micronutriente tem variado de 9 a 12 g por pessoa por dia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a ingestão diária de, no máximo, 5g de sal (o que equivale a 2000 mg de sódio).¹ Outros órgãos, como o FNB (Food and Nutrition Board) do Institute of Medicine, estabelecem parâmetros menores de ingestão de sódio para adultos.² Para faixas etárias pediátricas, o limite máximo de ingestão de sódio é ainda menor, por se tratarem de indivíduos mais vulneráveis.³

O sal para consumo humano é definido na legislação brasileira na resolução RDC nº 28/2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como cloreto de sódio cristalizado extraído de fontes naturais, adicionado obrigatoriamente de iodo. Nos alimentos industrializados, o sódio pode ser adicionado através de duas fontes: do cloreto de sódio e dos aditivos alimentares.⁴

De acordo com as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-03 e 2008-09, estima-se uma ingestão média de sódio, no Brasil, de 4700 mg por pessoa ao dia, o que equivale a quase 12 gramas de sal por pessoa. De acordo com a POF 2002-03, a principal fonte de sódio na dieta dentro dos domicílios foram o sal de cozinha e os condimentos à base de sal (76,2%), os alimentos processados com adição de sal (15,8%), os alimentos in natura ou processados sem adição de sal (6,6%) e as refeições prontas (1,4%). A distribuição dessas categorias varia de acordo com a localização do domicílio e com a renda familiar.³

Atualmente, é bem conhecida a associação entre o consumo excessivo de sal e o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis sendo a Hipertensão Arterial (HA) considerada a principal delas, por possuir grande importância epidemiológica no Brasil. Além da HA, outras doenças cardiovasculares estão associadas ao consumo excessivo de sal, assim como câncer de estômago, doenças renais e osteoporose, entre outras.^{3,4,5}

O período da infância é onde se observa grande parte do desenvolvimento das potencialidades humanas e os distúrbios que incidem nesse período são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e

comunidades.⁶ Nesse período, principalmente até os dois anos de idade, observa-se um acelerado crescimento, além de grandes aquisições no processo de desenvolvimento, como habilidades para receber, mastigar, digerir e escolher os alimentos até alcançarem os padrões alimentares semelhantes aos do adulto.⁷ Desse modo, a nutrição e a boa alimentação durante essa fase da vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento normais da época, e também para a manutenção da saúde na vida adulta.⁸

Uma das grandes dificuldades para a prática da boa alimentação na infância advém da introdução inadequada da alimentação complementar (AC), fora do tempo ideal e/ou com alimentos inadequados. Sabe-se da importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e a AC, após esse período, deve compreender alimentos ricos em energia, proteínas e micronutrientes, sem contaminação e sem exageros na quantidade de sal ou condimento.⁹

Segundo Vieira et al.¹⁰, a criança tem a habilidade de conservar o sódio no corpo na ocorrência de baixos níveis de ingestão dietética. Isto é preocupante, visto que estudos populacionais epidemiológicos sustentam que o sal desempenha importante papel na etiologia da hipertensão. Estudos epidemiológicos envolvendo medidas da pressão arterial em crianças e adolescentes têm demonstrado que o valor da medida da pressão arterial na infância constitui-se no maior preditor dos níveis pressóricos do adulto.¹¹

Desse modo, a avaliação do consumo alimentar e a avaliação da ingestão de nutrientes em crianças tornaram-se objetos de estudo na área científica devido às evidências de que a dieta constitui um dos fatores ambientais modificáveis e envolvidos no processo saúde-doença.¹²

As crianças adquirem o gosto por sal de acordo com a quantidade que ingerem diariamente e pelo tempo em que já estão consumindo. O consumo crônico de dieta com conteúdo elevado de sal está associado ao aparecimento de doenças de grande importância epidemiológica no Brasil.¹¹ Em ensaio clínico randomizado aninhado a uma coorte de 476 recém-nascidos, Geleijnse et al.¹³, na Holanda, demonstraram que baixos níveis de ingestão de sódio nos primeiros seis meses de vida estavam associados a menores níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, aos 15 anos de idade.

Os dados sobre consumo de sódio no Brasil são esparsos e abordam diferentes faixas etárias. Além disso, são escassos os trabalhos de cunho

populacional nessa área, que possam fornecer um retrato fidedigno da situação de consumo de sódio em populações de lactentes. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi estimar a quantidade de sódio ingerida por crianças de 15 a 32 meses de vida em São Luís- MA, capital situada no nordeste brasileiro, e verificar sua distribuição segundo características das crianças, da mãe e da família.

2. METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um recorte transversal de um estudo maior, a coorte de nascimentos intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras – “BRISA”, que estudou nascimentos hospitalares das cidades de São Luís e Ribeirão Preto, realizada no ano de 2010.

A coleta de dados do BRISA ocorreu em três etapas: Coorte do pré-natal, ao 5º mês de gestação, de fevereiro de 2010 a junho de 2011; Coorte do nascimento, de maio de 2010 a novembro de 2011 e no Segmento do nascimento durante o segundo ano de vida, de abril de 2011 a janeiro de 2013.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população estudada foi constituída exclusivamente pelas crianças que participaram da Coorte de nascimento BRISA, nascidas em maternidades públicas e privadas do município de São Luís com mais de 100 partos/ano (no ano de 2009), sendo a coleta realizada nos anos de 2010 e 2011, em Segmento do segundo ano de vida. Foram aplicados os seguintes instrumentos: o questionário do 1º ano e o inquérito alimentar Recordatório de 24h (R24h) das crianças.

A inviabilidade de ser aplicado o R24h com todas as crianças fez com que fosse calculada uma subamostra para essa finalidade. Foram selecionadas todas as crianças nascidas pré-termo, com baixo peso ao nascer e/ou gemelares, cujas mães foram acompanhadas desde a gravidez, adicionando-se a esse total de crianças um número 1,5 vezes maior que crianças a termo. O cálculo amostral resultou em 2135 crianças que tiveram seus responsáveis convidados a participarem da investigação do consumo alimentar através da aplicação do R24h.

Devido algumas dificuldades, tais como localização do endereço e recusa de participação das mães, houve perda de 52,6% da amostra, sendo avaliadas

1012 crianças. Destas 2,56% (26 crianças) foram excluídas por terem R24h incompleto ou atípico.

Dentre as crianças estudadas, foram escolhidas, de forma não probabilística, uma subamostra de 206 que tiveram três replicações do R24h, utilizada neste estudo como componentes de variância da medida dietética para estimativa da variância intrapessoal. Isto resultou em um número final para análise de 986 crianças.

2.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas nesta pesquisa as crianças de ambos os sexos, que fizeram parte da subamostra da Coorte de nascimento BRISAS no Segmento do segundo ano, com idades entre 15 a 32 meses, sem distinção de cor, cujas mães responderam ao inquérito dietético (R24h) e autorizaram a inclusão dos dados no estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas todas as crianças em que a mãe relatou que o dia correspondente à avaliação pelo inquérito dietético (R24h) era um dia atípico de consumo, ou seja, que a criança não se alimentou como de costume, dessa forma seu consumo não representava um dia habitual. Além destes, foram excluídos os inquéritos incompletos, independente das causas.

2.3 LOCAL E TEMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão, na região Nordeste do Brasil, no Centro de Pesquisa Clínica (CEPEC), no Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), ambos mantidos pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e também nos domicílios de alguns entrevistados, mediante agendamento prévio. Todos os dados usados no presente estudo foram coletados no período de abril de 2011 a janeiro de 2013.

2.4 COLETA DE DADOS

2.4.1 INSTRUMENTO DE COLETA

Utilizou-se o questionário de seguimento do projeto BRISA que permitiu a coleta dos dados socioeconômicos e demográficos das crianças e de suas mães. Já o R24h foi utilizado para o registro e avaliação da ingestão de alimentos sólidos e líquidos do dia anterior à entrevista realizada com os participantes. O R24h foi aplicado por nutricionistas treinadas.

Em função da influência do dia da semana e da estação do ano no consumo dos alimentos e pelo número significativo de crianças que participaram do estudo, as medidas coletadas do consumo foram realizadas aleatoriamente entre os dias da semana e meses do ano.

Por se tratar de crianças, a entrevista foi aplicada à mãe ou responsável. A mãe da criança foi questionada, detalhadamente, sobre os alimentos e bebidas consumidos pela criança, a marca e o modo de preparo, além de informar o tamanho ou volume da porção ingerida, com auxílio de álbum fotográfico.

Para padronização na coleta de dados foi utilizado formulário para aplicação do R24h. Os dados coletados foram digitados por nutricionistas treinadas, após a realização da quantificação dos alimentos e bebidas de forma padronizada, com o auxílio da Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras.¹⁴

Os alimentos foram então convertidos em nutrientes, estimando assim a quantidade de sódio, por meio do Programa Virtual Nutri Plus ® (versão 2010) da Universidade de São Paulo (USP), exportados e organizados em planilha do Programa Excel ® (versão 2010).

Foram estudadas variáveis socioeconômicas e demográficas relativas às características da população. Para a parte descritiva da análise utilizou-se a seguinte categorização:

- Sexo e Cor da criança: branca, negra/preta, parda/mulata/cabocla/morena, amarelo/oriental;
- Situação conjugal da mãe: classificada em casada, união consensual, solteira, divorciada, viúva;

- Escolaridade do chefe da família: representada por alfabetização de jovens e adultos, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior incompleto ou completo;
- Quantidade de moradores: categorizada em até 4 pessoas ou maior que 4;
- Classe econômica social: classificada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)¹⁵ em classes A, B, C, D e E;
- Exerce atividade remunerada fora de casa: categorizada em sim ou não.

Para a análise de associações, algumas variáveis foram codificadas em apenas duas categorias: Cor/raça (branca e preta/parda/amarela), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), classe social (alta e baixa) e escolaridade do chefe da família (até o fundamental e médio/superior). As demais continuaram como antes.

2.4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de médias, percentis (10, 25, 50, 75 e 90) e desvio-padrão por meio do programa estatístico STATA® (versão 12.0).

O ajuste da variabilidade intrapessoal e interpessoal foi realizada por meio do programa estatístico The Multiple Source Method® (versão 1.0.1). A avaliação da ingestão de sódio foi conduzida em relação ao Nível de Ingestão Máximo Tolerável (UL).

Uma análise univariada foi conduzida para verificação de associações entre características da criança/mãe/família e o consumo de sódio, utilizando-se a comparação entre médias.

2.4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de base para esta pesquisa, à coorte BRISA, seguiu o cumprimento das diretrizes exigidas pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, encaminhado ao

Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário – UFMA e aprovado sob Parecer N° 223/2009.

3. RESULTADOS

O total inicial de crianças a serem avaliadas foi de 1012. Entretanto, destas foram excluídas 2,56% que apresentaram R24h atípicos ou incompletos, o que implicou em uma amostra final de 986 crianças. A maioria (53,35%) era do sexo feminino e de cor parda (66,53%).

Em relação às características socioeconômicas e demográficas das mães, observou-se que a maioria eram adultas jovens com idades entre 21 a 34 anos (70,08%), possuíam ensino fundamental (38,35%) e ensino médio (33,26%); 55,98% encontravam-se em união consensual. Já em relação à Classificação Econômica Brasileira, notou-se que 50,70% pertenciam a classe D e 34,30% a classe E; e ainda 63,32% das mães avaliadas não desempenhavam nenhuma atividade remunerada fora de casa. As demais características socioeconômicas e demográficas das crianças e de suas mães/chefe da família estão dispostas na Tabela 1.

No que tange ao consumo de sal, comparou-se a média de ingestão com o Nível Máximo Tolerável (UL) para consumo humano, que corresponde a 1500mg. Na avaliação do mesmo observou-se uma média de ingestão elevada, destacando-se que em 10% das crianças avaliadas houve consumo superior à UL. (Tabela 2)

Na Tabela 3, é demonstrada a distribuição das médias de consumo de sódio por características sociodemográficas e econômicas das famílias das crianças estudadas, além da cor e sexo dessas crianças. Além disso, verificou-se a associação entre essas características e o consumo de sódio.

4. DISCUSSÃO

Nesse trabalho, avaliou-se a ingestão de sódio de uma amostra representativa de crianças, na primeira infância, em São Luís-MA. Os achados após as análises mostraram que a ingestão média de sódio apresentou valores altos, próximos aos Níveis Máximos Toleráveis (UL) para a população adulta. Além disso, em cerca de 10% da amostra (percentil 90) observou-se um consumo acima da UL. Na análise da distribuição do consumo por características da população estudada, verificou-se que apenas a categoria “ter companheiro”, na variável situação conjugal, associou-se com níveis menos prejudiciais de ingestão desse íon.

Apontando em sentido semelhante ao presente estudo, Tavares et al.¹⁶, em trabalho realizado com crianças assistidas em creches públicas e privadas no município de Manaus, observaram consumo de sódio elevado, com valores na dieta que excediam o limite máximo tolerável de ingestão (UL), em mais de 70% das crianças investigadas, independentemente do tipo de creche que frequentavam. Apesar de o estudo citado mostrar percentuais mais altos de ingestão acima da UL (70% vs 10%), é possível que a diferença se explique pelo caráter populacional da presente pesquisa, enquanto o de Tavares et al. limitou-se ao ambiente de creches, induzindo, possivelmente, a hábitos alimentares diferentes dos verificados na população geral. Em outro estudo brasileiro realizado em Belém, Portella et al.¹⁷, analisando amostra de conveniência de 78 crianças de 6 a 18 meses, encontrou valores médios significativamente mais baixos (316,25mg vs 1033mg) que os do presente estudo. Além da amostra ser de conveniência, a faixa etária estudada era mais baixa e os alimentos faziam parte de alimentação complementar, ou seja, dentro do processo de desmame.

Parece haver uma tendência mundial de altos níveis de ingestão de sódio tanto em adultos como em crianças, com conseqüências conhecidas em termos de hipertensão e doenças cardiovasculares¹⁸⁻²³. Brown et al.²⁴ publicaram artigo onde demonstram que, na maioria dos países, esta ingestão ultrapassa comumente os 1800mg por dia em crianças de 5 ou mais anos, tendência que se intensifica com o aumento da idade.

Um aspecto importante a apontar é que a ingestão de sódio avaliada em nosso estudo refere-se somente ao sódio intrínseco aos alimentos, não se

reportando ao sódio de adição. Isto provavelmente elevaria ainda mais a média de consumo desse nutriente.

Ainda chamando atenção para a alta ingestão desse íon na dieta, ressalta-se que os valores de limite máximo tolerável de ingestão (UL), são definidos na literatura para o ser humano em geral. No caso de crianças, estar próximo desse limite é fato ainda mais grave, uma vez que não existe definição de limites para essa faixa etária e que, provavelmente, estes seriam mais baixos do que os utilizados para adultos.

As justificativas para a ingestão de sódio elevada, observada a partir das informações relatadas no R24h, provavelmente, deve-se ao aumento no consumo de alimentos industrializados, ricos neste mineral. Observou-se que muito cedo as crianças começam a receber alimentos inadequados como doces industrializados, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, pratos congelados semiprontos, refrigerantes e sucos artificiais. Isso é corroborado por Costa, Machado¹¹ que propõem que o alto consumo de sódio pode estar relacionado à maior ingestão de alimentos preparados com temperos prontos; dizem ainda que a dieta ocidental fornece uma grande quantidade de sal, devido à inclusão dessa grande quantidade de alimentos industrializados.

Variáveis como renda familiar, escolaridade, entre outras, estão condicionadas, de alguma maneira, à forma como essas famílias se inserem no processo de produção, refletindo na aquisição de alimentos e, conseqüentemente, no estado nutricional.²⁵

Este estudo também procurou analisar a distribuição das características socioeconômicas e demográficas das díades em relação ao consumo de sódio, encontrando associação entre a categoria “ter companheiro”, da variável “situação conjugal” e ingestão de níveis menos elevados de sódio. É possível que esta associação seja explicada por fenômenos sociais, uma vez que o pai (ou companheiro) tenderia a exercer um papel mais regulador na alimentação das crianças.²⁶ É plausível que influencie nessa associação, a necessidade da mãe sem companheiro passar mais tempo fora do lar, assim dispensando menos tempo para cuidar da alimentação dos filhos que, em geral, fica a cargo de pessoas menos exigentes como avós e tios. Também tenderia a adquirir alimentos de preparos mais rápidos para a dieta familiar, alimentos estes que normalmente possuem um alto teor de sódio.

Aquino, Philippi²⁷ mostraram que fatores como o trabalho da mulher fora do lar, maior praticidade, rapidez, durabilidade e boa aceitação de produtos industrializados vêm contribuindo cada vez mais para a introdução e manutenção desses alimentos nos hábitos da família e da criança. No presente estudo a variável “atividade remunerada” não mostrou associação com a ingestão de sódio. Apesar disso, entende-se que esse fator é potencialmente modificador de hábitos, uma vez que a mãe tenderia a passar mais tempo fora do lar.

Verificou-se, em nosso estudo, que não houve diferenças entre as classes socioeconômicas no que se refere ao consumo de sódio. Porém, em estudo realizado com lactentes de 6 a 18 meses em Belém, utilizando o método de inquéritos alimentares para estimar a quantidade de sódio nos alimentos preparados em seus domicílios, evidenciou que o excesso de sódio foi mais frequente nos alimentos do estrato socioeconômico baixo do que nos alimentos do grupo do estrato socioeconômico alto.¹⁶ Diferenças metodológicas tais como os diferentes tipos de amostragem (populacional vs conveniência) e de tamanho da amostra (986 vs 78) provavelmente explicam as diferenças encontradas entre os dois estudos.

O presente estudo utilizou o R24h como método de mensuração do consumo alimentar. Esse método apresenta limitações e vieses reconhecidamente discutidos na literatura, entre eles o viés de aferição. Entretanto, algumas estratégias foram utilizadas para a redução desse viés, como o treinamento dos entrevistadores e a padronização dos alimentos em medidas caseiras, o que contribuiu para reduzir os efeitos sob as variâncias intra e interpessoal.

Outra limitação dos métodos de avaliação de consumo alimentar é o erro aleatório, pois mesmo que os indivíduos possuam padrão alimentar estável, a dieta é um evento aleatório.²⁸ Em vista disso, os resultados deste estudo foram ajustados pela variância intrapessoal afim de que apenas a variância interpessoal (que existe entre os indivíduos do grupo) da distribuição do consumo fosse avaliada.

As limitações do estudo relacionaram-se à perdas de seguimento. Porém, estas foram minimizadas em parte pelo procedimento de ponderação realizado na análise.

O estudo representa uma contribuição significativa para o entendimento dos padrões de consumo alimentar em crianças fornecendo dados sobre a ingestão de sódio e os fatores associados a esse consumo. O caráter populacional e o tamanho robusto da amostra faz com que se destaque de outros que lidaram com amostras menores e/ou de conveniência. Além disso, o programa *The Multiple Source Method* destaca-se como um dos mais eficientes já propostos para correção da variância intrapessoal.

Os resultados do presente estudo apontam para a presença de uma dieta inadequada já nos primeiros anos de vida da criança, no que tange ao consumo de sódio, o que pode predispor ao aparecimento de doenças crônicas, com impacto na morbimortalidade e qualidade de vida dessas crianças. Nesse sentido, considerando a importância dos pais na dinâmica familiar e o fato do estudo ter encontrado uma variável parental relacionada ao aumento da ingestão de sódio, reforça-se a importância educacional do ambiente familiar no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breast feeding: results of a WHO systematic review. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
2. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Washington, DC: The National Academies Press. 2005.
3. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;34(4):287–92.
4. Kraemer MVS, Proença RPC. Informação nutricional de sódio em rótulos de alimentos industrializados para lanches consumidos por crianças e adolescentes [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
5. Martelli A. Redução das concentrações de cloreto de sódio na alimentação visando a homeostase da pressão arterial. *Rev Eletr em Gest, Educ e Tec Amb*. Abril 2014; 18(1): 428-236.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
7. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
8. Holanda LB, Filho AAB. Métodos aplicados em inquéritos alimentares. *Rev Paul Pediatría*. 2006; 24(1): 62-70.
9. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev Nutr*. Maio/junho 2010; 23(3): 475-486.
10. Vieira MNM, Japur CC, Resende CMM, Monteiro JP. Valores de referência de ingestão de nutrientes para avaliação e planejamento de dietas de crianças de um a oito anos. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008; 41(1): 67-76.

11. Costa FP, Machado SH. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1383-1389.
12. Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Métodos de inquéritos alimentares. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. *Inquéritos Alimentares – métodos e bases científicos*, Barueri: Manole; 2005. p. 1-31.
13. Geleijnse JM, Hofman A, Witteman JCM, Hazebroek AAJM, Valkenburg HA, Grobbee DE. Long-term effects of neonatal sodium restrictions on blood pressure. *Hypertension*. 1997 Apr; 29(4): 913-7.
14. Pinheiro ABV, Lacerda EMA, Benzecry EH, Gomes MCS, Costa VM. *Tabela para avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras*. 5º ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo; 2009, 4 p.
16. Tavares BM, Veiga GV, Yuyama LKO, Bueno MB, Fisberg RM, Fisberg M. Estado nutricional e consumo de energia e nutrientes de pré-escolares que frequentam creches no município de Manaus, Amazonas: existem diferenças entre creches públicas e privadas? *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(1): 45-50.
17. Portella, MB, Morais TB, Morais MB. Excesso de sódio e déficit de ferro em alimentos de transição. *J Pediatr (Rio J)*. 2010; 86(4): 303-310.
18. Avozani P, Spinelli RB, Zemolin GP, Zanardo VPS. Avaliação da ingestão de sódio e o risco de hipertensão arterial em adolescentes das escolas públicas de Erechim – RS. *Perspectiva*. Março/2014; 38(141): 141-150.
19. Falkner B, Michel S. Blood pressure response to sodium in children and adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 65 (Suppl): 618S-21S.
20. Fedalto MB, Oliveira J, Stofella NCF, Balbi ME. Determinação do teor de sal em salgadinhos de milho e possíveis consequências na alimentação infantil. *Visão Acadêmica*. Jun/2011; 12(1):47-52.
21. Feng J. He, Graham A. MacGregor. Importance of Salt in Determining Blood Pressure in Children: Meta-Analysis of Controlled Trials. *Hypertension*. 2006; 48: 861-869.
22. Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ*. 1998; 316: 21–5.
23. Brion MJ, Ness AR, Davey Smith G, Emmett P, Rogers I, Whincup P, et al. Sodium intake in infancy and blood pressure at 7 years: findings from the

- Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Eur J Clin Nutr.* 2008 Oct; 62(10): 1162-9.
24. Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. Salt intakes around the world: implications for public health. *Int J Epidemiol.* 2009 Jun; 38(3): 791-813.
25. Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular de anemia na infância na cidade de São Paulo (1984 – 1996). *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(6 Supl): 62-72.
26. Manfro EC, Macarini SM, Vieira ML. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum.* 2011; 21(1): 59-69.
27. Aquino RC, Philippi ST. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(6): 655-60.
28. Barbosa RMS, Soares EA, Lanzillotti HS. Avaliação da ingestão de nutrientes de crianças de uma creche filantrópica: aplicação do Consumo Dietético de Referência. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* Abr / jun 2007; 7(2): 159-166.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas das crianças de 15 a 32 meses de idade e de suas mães. São Luís, Maranhão, Brasil, 2011-2013.

Variáveis	N	%
Sexo da criança		
Masculino	460	46,65
Feminino	526	53,35
Cor da criança		
Branca	156	15,82
Preta/Negra	68	6,90
Parda/cabocla/morena	656	66,53
Amarelo/oriental	6	10,75
Idade da mãe		
≤ 20 anos	211	21,40
21 a 34 anos	691	70,08
≥35 anos	84	8,52
^aEscolaridade do chefe da família		
^b Alfabetização	128	13,86
Ensino Fundamental	354	38,35
Ensino Médio	307	33,26
^c Ensino Superior	134	14,53
Estado Civil da mãe		
Casada	214	21,70
União consensual	552	55,98
Solteira	181	18,35
Divorciada	31	3,14
Viúva	8	0,83
^dClasse Econômica		
B	11	1,11
C	137	13,89
D	500	50,70
E	338	34,30
Quantidade de moradores na casa		
Até 4	536	54,36
> 4	450	45,64
^eAtividade remunerada (mãe)		
Sim	361	36,68
Não	623	63,32
Total	986	100

^an = 923 crianças; ^bAlfabetização de jovens e adultos; ^cEnsino Superior completo e incompleto; ^dDe acordo com a ABEP; ^en=984.

Tabela 2. Média, desvio padrão, percentis da ingestão de sódio alimentar entre crianças de ambos os sexos, São Luís, Maranhão, Brasil, 2011-2013.

Sexo Masculino

Nutrientes	Média de ingestão \pm DP	UL*	Percentis de consumo				
			10	25	50	75	90
Sódio (mg)	1033 \pm 405	1500	598,95	598,95	730,57	964,25	1568,13

Sexo Feminino

Nutrientes	Média de ingestão \pm DP	UL*	Percentis de consumo				
			10	25	50	75	90
Sódio (mg)	1033 \pm 405	1500	557,15	746,28	978,14	1189,55	1549,82

*Limite máximo de ingestão diária

Tabela 3. Distribuição e associação das médias de consumo de sódio por características sociodemográficas e econômicas das crianças e de suas famílias. São Luís, Maranhão, Brasil, 2011-2013.

Variáveis	n	Média de ingestão de Na (mg)	Desvio-padrão	p-valor*
Sexo da Criança				
Feminino	460	1026.34	434.72	
Masculino	526	1031.43	415.91	0.851
Cor da Criança				
Branca	256	996.64	511.61	
Preta/Parda/Amarela	730	1042.29	625.51	0.294
Classe Social				
C. Alta	148	1019.54	350.88	
C. Baixa	838	1030.73	436.47	0.767
Situação Conjugal da mãe				
Com companheiro	766	1008.91	601.91	
Sem companheiro	220	1105.39	579.79	0.035
Habitantes na casa				
Até 4	256	1019.87	582.12	
> 4	730	1034.14	603.96	0.743
Atividade Remunerada da mãe				
Não	361	1054.82	611.01	
Sim	625	1016.35	590.56	0.331
Escolaridade do chefe da família				
Até o Ens. Fundamental	636	1013.15	610.27	
Ens. Médio/Ens. Superior	350	1061.84	574.87	0.221

*Comparação entre médias

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DO 1º ANO: BLOCO A, BLOCO C E BLOCO F



QUESTIONÁRIO DO 1º ANO ENTREVISTA

Etiqueta

BLOCO A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO1A. Número de identificação: 1ª casela: 1 Ribeirão Preto
2 São Luís2ª casela: 1 Pré-natal
2 Nascimento3ª casela: F. Avaliação da mãe no 1º ano
A. Avaliação no 1º ano RN 1
B. Avaliação no 1º ano RN 2
C. Avaliação no 1º ano RN 3
D. Avaliação no 1º ano RN 44ª e 5ª caselas: QG. Questionário geral da criança
QM. Questionário de saúde da mulher
QP. Questionário da psiquiatria
SG. Sangue
SR. Soro
HM. Hemograma da criança
TB. Teste de Bayley
AO. Avaliação Odontológica
ID. Identificação
NT. Questionário nutricional

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade (colocar o mesmo número seqüencial do nascimento)

2A. Cidade:

01. Ribeirão Preto02. São Luís3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): Entrevistador (a):

4A. Nome completo da mãe (não abreviar):

5A. Nome completo da criança (não abreviar):

BLOCO C - IDENTIFICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

1C. Qual a cor de <CRIANÇA>?

01. Branca
 02. Preta/negra
 03. Parda/mulata/caboçola/morena
 04. Amarela/oriental
 05. Indígena
 09. Não sabe

2C. <CRIANÇA> vai à escolinha ou creche?

01. Sim
 02. Não **Passe para a questão 4C**
 09. Não sabe **Passe para a questão 4C**

3C. Se sim, desde que idade <CRIANÇA> frequenta a escolinha ou creche? [] [] meses

88. Não se aplica
 99. Não sabe

4C. A criança ONTEM recebeu leite do peito?

01. Sim **Passe para a questão 6C**
 02. Não
 09. Não sabe

5C. Se NÃO, até que idade a criança mamou leite do peito? [] [] meses [] [] dias

88. Não se aplica (nunca mamou)
 99. Não sabe

6C. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para a mãe: aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos)

[] [] meses [] [] dias

88. Não se aplica
 99. Não sabe

7C. Considerando apenas os últimos três meses, a senhora tem o hábito de oferecer o peito para <CRIANÇA> depois que ele(a) já adormeceu à noite

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

Quando a senhora inseriu estes alimentos ou bebidas na rotina alimentar de <CRIANÇA>?

8C. Leite (líquido ou pó) [] [] meses [] [] dias 88. Nunca 99. Não sabe

9C. Leite tipo fórmula? [] [] meses [] [] dias 88. Nunca 99. Não sabe

10C. Outros líquidos (chás, sucos) [] [] meses [] [] dias 88. Nunca 99. Não sabe

11C. Semi-sólido ou sólido? [] [] meses [] [] dias 88. Nunca 99. Não sabe

12C. A Sra. usa açúcar (ou mel, nescau, toddy ou algo doce) para adoçar alguns desses alimentos?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

13C. Considerando apenas os últimos três meses, <CRIANÇA> costuma usar mamadeira durante a noite, após já ter adormecido?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

BLOCO F - DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1F. A família recebe bolsa família ou algum outro benefício de transferência de renda do governo?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

Passe para a questão 3F

2F. Há quanto tempo recebe o benefício do governo? meses

98. Não se aplica
 99. Não sabe

3F. Sua família é cadastrada no Programa de Saúde da Família (PSF)?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

Passe para a questão 9F

A Sra. recebeu visita do PSF no último mês pelo:

- | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| 4F. Agente comunitário | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 08. <input type="checkbox"/> Não se aplica | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 5F. Médico | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 08. <input type="checkbox"/> Não se aplica | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 6F. Enfermeiro | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 08. <input type="checkbox"/> Não se aplica | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 7F. Auxiliar | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 08. <input type="checkbox"/> Não se aplica | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 8F. Dentista ou Auxiliar de dentista | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 08. <input type="checkbox"/> Não se aplica | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |

9F. Qual a situação conjugal atual da Sra.?

01. Casada
 02. União consensual (morando junto)
 03. Solteira
 04. Separada/desquitada/divorciada
 05. Viúva
 09. Não sabe

10F. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes).

99. Não sabe

11F. A Sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

12F. Sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

Passe para a questão 15F

22F. Qual a sua relação de trabalho do chefe da família?

01. Trabalha por conta própria
 02. Assalariado ou empregado
 03. Dono da empresa-empregador
 04. Faz bloc
 05. Não se aplica
 09. Não sabe

23F. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$

2ª pessoa R\$

3ª pessoa R\$

4ª pessoa R\$

5ª pessoa R\$

A família tem outra renda?

Renda total R\$

88. Não quis informar
 99. Não sabe

Quantos itens abaixo a família possui? (assinale no quadrado)

24F. Televisão em cores

25F. Rádio

26F. Banheiro

27F. Automóvel

28F. Empregada

29F. Máquina de lavar

30F. Videocassete ou DVD

31F. Geladeira

32F. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

0	Quantidade de itens			
	1	2	3	4 ou mais
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	4	5	6	7
0	4	7	8	9
0	3	4	4	4
0	2	2	2	2
0	2	2	2	2
0	4	4	4	4
0	2	2	2	2

33F. Grau de Instrução da pessoa com maior renda (circule a resposta)

Analfabeto/Primário Incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial Incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial Incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior Incompleto	4
Superior completo	8

APÊNDICE B - FORMULÁRIO RECORDATÓRIO 24H



BLOCO O - RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 24h

10. Ontem a criança se alimentou como sempre?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

Por favor, me diga tudo o que a criança comeu nesse dia, desde a hora em que acordou até a hora em que foi dormir.

Refeição (hora, local e quem ofereceu)	Preparação	Alimentos	Quantidade (medidas caseiras)	Observação	Quantidade (g/ml)

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematuros). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação.

Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da
Testemunha: _____

Data: ____/____/____

ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Samey, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo Nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio Lima de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

ANEXO B - NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Periódico: *Jornal de Pediatria*

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Orientações gerais

O arquivo original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

- a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;
- b) título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c) nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d) apenas a titulação mais importante de cada autor;
- e) endereço eletrônico de cada autor;
- f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;

- l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m) contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n) contagem total das palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir 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. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo UniformRequirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM StyleGuide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site “samplereferences” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço [http:// www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html](http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html). Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

Artigos em periódicos:

1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestivetract neural controland gastrointestinal disorders in cerebral palsy. J Pediatr (Rio J). 2012;88:455-64.

2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida- Junior AA, et al. Volumetriccapnography as a tool todetectearlyperiphericlungobstruction in cysticfibrosispatients. J Pediatr (Rio J). 2012;88:509-17.

3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up StudyGroup. Neurodevelopmentaloutcomeofextremelylowbirthweightinfantsfromthe Vermont Oxford network: 1998-2003. Neonatology. 2010;97:329-38.

4. Sem autor:

Informedconsent, parental permission, andassent in pediatricpractice. CommitteeonBioethics, American AcademyofPediatrics. Pediatrics. 1995;95:314-7.

5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianny RS, Silveira RC. Use of off-labelandunlicenseddrugs in the neonatal intensivecareunitand its associationwithseverity scores. J Pediatr (Rio J). 2012 Oct 30. [Epubaheadofprint]

Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principlesof neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. Neonatal andPediatricPharmacology. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infantsleepandfeeding: a telephonesurveyofHispanicAmericans [dissertation]. MountPleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson'selectronic atlas ofhematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A languageandenvironment for statisticalcomputing. Vienna: R Foundation for StatisticalComputing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Availablefrom: [http:// www.R-project.org](http://www.R-project.org)

Documentos do Ministério da Saúde:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Developmentof a questionnaire for earlydetectionoffactorsassociatedtotheadherencetotreatmentofchildrenandadolesc - entswithchronicrheumaticdiseases "thePediatricRheumatologyAdherenceQuestionnaire (PRAQ)". PaperpresentedattheACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo \pm .

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.
9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.