ALEITAMENTO MATERNO E EXCESSO DE PESO EM PRÉ-ESCOLARES DE DOIS A CINCO ANOS DE IDADE

ALEITAMENTO MATERNO E EXCESSO DE PESO EM PRÉ-ESCOLARES

BREASTFEEDING AND OVERWEIGHT IN TWO TO FIVE YEARS OLD CHILDREN

BREASTFEEDING AND OVERWEIGHT IN PRESCHOOLS

Adriana Soares Lobo, 0000-0002-7335-565X, Larissa Tachibana Velozo, 0000-0003-4412-4315

Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça - Santa Catarina (SC), Brasil

Autor correspondente: Larissa Tachibana Velozo.

Endereço: Av. Paulo Roberto Vidal, n° 2490, 88132-599 – Bela Vista, Palhoça – SC.

Endereço eletrônico: Larissatachibana@hotmail.com

Financiamento: O estudo não recebeu financiamento.

Declaração de conflito de interesse: Nada a declarar.

Número total de palavras: 2923. **Tabelas:** 3. **Figuras:** 1. **Referências:** 30

RESUMO

Objetivo: Verificar o possível efeito protetor do aleitamento materno contra o excesso de peso infantil na fase pré-escolar.

Métodos: Estudo do tipo descritivo, de temporalidade transversal e abordagem quantitativa, com amostra não probabilística envolvendo pré-escolares de dois a cinco anos de idade, matriculadas em um Centro de Educação Infantil (CEI) público no município de Palhoça, Santa Catarina. O estado nutricional foi avaliado pelo escore-Z IMC/idade (curvas da OMS), de acordo com o sexo e aplicado um questionário acerca do aleitamento materno e alimentação complementar às mães dos pré-escolares.

Resultados: Risco de sobrepeso foi encontrado em 26,9% dos avaliados e de excesso de peso em 13,4%, porém a maior parte foi classificado como eutrófico (59,7%). A prática do aleitamento materno (independente da duração) foi relatada por 88,1% das mães dos pré-escolares, não havendo diferença significativa em relação ao status de peso (sem ou com excesso de peso) (p=0,863). Dentre as 59 mães que amamentaram, um pouco mais de um quarto delas (25,4%) relatou ter amamentado por até cinco meses, e quase 75% amamentaram por seis ou mais meses. A média de meses de introdução de todos os grupos de alimentos foi superior a cinco meses. No entanto, valores mínimos indicaram que todos os outros alimentos foram introduzidos já no primeiro mês de vida.

Conclusão: Apesar da elevada prevalência de aleitamento materno relatada pelas mães/responsáveis, essa prática não se mostrou associada a uma proteção contra excesso de peso das crianças na idade pré-escolar.

Palavras-chave: Excesso de peso. Aleitamento materno. Alimentação complementar

ABSTRACT

Objective: To verify the possible protective effect of breastfeeding against overweight in pre-school children.

Methods: A descriptive study, transversal temporality and quantitative approach, with a non-probabilistic sample involving preschoolers aged two to five years, enrolled in a Public Early Childhood Education Center (CEI) in the municipality of Palhoça, Santa Catarina. The nutritional status was assessed by the BMI-Z-score (WHO curves) according to sex and a questionnaire was applied on breastfeeding and complementary feeding to pre-school mothers.

Results: Risk of overweight was found in 26.9% of the evaluated and overweight in 13.4%, but most were classified as eutrophic (59.7%). The practice of breastfeeding (regardless of duration) was reported by 88.1% of pre-school mothers, with no significant difference in weight status (no or overweight) ($p = 0.883$). Among the 59 mothers who breastfed, a little more than a quarter of them (25.4%) reported having breastfed for up to five months, and almost 75% breastfed for six months or more. The average months of introduction of all food groups were over five months. However, minimum values indicated that all other foods were introduced as early as the first month of life.

Conclusion: Despite the high prevalence of breastfeeding reported by mothers / guardians, this practice was not associated with protection against overweight in pre-school children.

Keywords: Overweight. Breastfeeding. Complementary feeding

INTRODUÇÃO

A obesidade caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo e, por sua vez, o sobrepeso pode ser definido como o peso que excede o limite de um padrão ou valor de referência. Ambos os conceitos são compreendidos na caracterização de excesso de peso, cuja a etiologia é multifatorial, sendo uma das principais causas o desequilíbrio entre as calorias ingeridas e as calorias gastas. Entre as crianças, o excesso de peso pode se estender até a vida adulta e está associado com morte prematura. [1,2,3] Além disso, pode acarretar em dificuldades respiratórias, risco para fraturas, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, resistência à insulina e efeitos psicológicos.[4] Em 2017, o relatório elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apontou que 7,3% das crianças menores de cinco anos apresentavam excesso de peso.[5]

O tratamento do sobrepeso e da obesidade apresenta-se de maneira complexa, sendo necessário salientar a importância às medidas preventivas. Neste contexto, entre as medidas encontra-se a promoção ao aleitamento materno, devido a hipótese de que o mesmo teria efeito protetor contra o excesso de peso.[6]

O aleitamento materno caracteriza-se como uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido, e é reconhecido que as práticas alimentares no primeiro ano de vida constituam um marco importante na formação dos hábitos alimentares.[7] Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a introdução de outros alimentos não seja efetuada posterior a este período, visando prevenir doenças tanto a curto como a longo prazo, incluindo o sobrepeso e a obesidade.[8]

Diversos estudos explicam as evidências do efeito protetor por meio da correlação inversa da maior duração do aleitamento materno com a menor ocorrência de excesso de peso, bem como, a composição única do leite, relacionada ao conteúdo proteico que o mesmo apresenta em relação às fórmulas lácteas e outros leites. Além disso, lactentes alimentados com leite materno poderiam desenvolver mecanismos para regulação da ingestão energética, e esta situação combinada à composição do mesmo, estariam envolvidos no processo denominado "*imprinting*" metabólico, no qual pode alterar

o número e/ou tamanho dos adipócitos. Ademais, a presença da leptina no leite humano possivelmente influenciaria na regulação das vias anabólicas e catabólicas do lactente. Há também hipóteses relativas a programação metabólica na qual o leite materno induziria alterações no organismo do lactente, induzindo em uma maior distinção entre fome após o jejum e saciedade após a alimentação.[9,10,11]

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é verificar se o aleitamento materno exerce efeito protetor contra o excesso de peso infantil na fase pré-escolar.

MÉTODO

O presente estudo caracterizou-se como descritivo de temporalidade transversal e abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Educação Infantil (CEI) público do município de Palhoça, Santa Catarina, com pré-escolares de dois a cinco anos de idade. Foram avaliados o estado nutricional por meio da coleta de dados antropométricos de peso e estatura das crianças e aplicado um questionário sobre o aleitamento materno às mães ou responsáveis pelos pré-escolares.[12,13,14]

A amostragem se deu de modo não probabilístico por voluntariado. Foi escolhido um CEI do município de Palhoça (SC) pelo conhecimento prévio do local e por ser de fácil acesso à pesquisadora. Todas as mães ou responsáveis pelos pré-escolares de dois a cinco anos foram convidadas a participarem do estudo. De acordo com a direção do CEI, haviam 131 crianças de dois a cinco anos de idade matriculadas na instituição no primeiro semestre de 2018.

Foram incluídos no estudo pré-escolares com a faixa etária estabelecida, cuja as mães ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam o questionário por completo e autorizaram a participação dos pré-escolares sob sua responsabilidade. Ademais, se fez necessário que os pré-escolares que optaram em participar do estudo, carimbassem suas digitais com tinta guache no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina (parecer 2.847.879 de 27/08/2018).

Das 131 mães/responsáveis convidadas, 86 assinaram o TCLE aceitando participar do estudo. Destas, nove apresentaram dados incompletos e 10 pré-escolares estavam ausentes nos dias da coleta de dados antropométricos, totalizando 67 participantes no presente estudo.

A coleta de dados antropométricos (peso e estatura) ocorreu nas salas de aulas em horários devidamente programados com as professoras das turmas. Os pré-escolares foram pesados sem sapatos e com o mínimo de roupa possível, em balança digital portátil (Techline®, modelo BAL-20) com capacidade para até 180kg e subdivisões de 100g. Para a medida da estatura foi utilizada uma fita métrica flexível fixada em uma parede sem rodapé. Todas as medidas antropométricas foram anotadas imediatamente após sua tomada.

O questionário enviado às mães ou responsáveis foi elaborado pela pesquisadora com base em outros estudos sobre o assunto.[15,16] O instrumento era composto por questões abertas e fechadas acerca de dados sociodemográficos, aleitamento materno e introdução de alimentos complementares.

Após a coleta dos dados, os valores de peso e estatura foram usados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da estatura em metros). A avaliação do estado nutricional foi feita calculando-se para cada criança os valores em escore z de IMC. Como referência, adotou-se as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) e os pontos de corte de IMC por idade proposto pelo Ministério da Saúde (2009) (Magreza: < Escore-z -2; Eutrófico: > Escore-z -2 e < Escore-z +1; Risco para Sobrepeso: > Escore-z +1 e < Escore-z+2 e Excesso de peso: ≥ Escore-z +2).[17,18]

Os resultados foram tabulados em planilha Microsoft Office Excel® e convertidos ao programa estatístico Stata (versão 13.0). Foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequências absoluta e relativa) e inferencial (teste t de *Student* para variáveis numéricas e teste de associação de Qui-quadrado para variáveis categóricas). Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 67 pré-escolares de dois a cinco anos de idade (média de 3,6±0,9 anos). As mães tinham em média 32,5±5,2 anos e maioria delas não cursou o ensino superior (73,2%) e apresentavam renda inferior a três salários mínimos (70,1%). Não foram observadas diferenças

significativas entre meninos e meninas para as variáveis idade, peso, estatura, IMC e idade materna (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos pré-escolares de 2 a 5 anos de idade

	Geral (n=67)	**Meninos** (n=41; 61,2%)	**Meninas** (n=26; 38,8%)	**P**
Variáveis		**Média±DP**		
Idade (anos)	3,6±0,9	3,6±0,9	3,7±0,9	*0,891*
Peso (Kg)	17,0±3,0	17,4±3,1	16,4±2,6	*0,177*
Estatura (m)	1,01±0,08	1,01±0,08	1,00±0,09	*0,376*
IMC (Kg/m^2)	16,72±1,49	16,81±1,21	16,57±1,87	*0,526*
Idade da mãe (anos)	32,5±5,2	32,2±5,2	33,0±5,4	*0,513*
		Frequências		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Acumulada (%)	
Escolaridade da mãe				
Ensino Fundamental Incompleto	5	7,5	7,5	
Ensino Fundamental Completo	13	19,4	26,9	
Ensino Médio Completo	31	46,3	73,2	
Ensino Superior Completo	11	16,4	89,6	
Pós-Graduação	7	10,4	100,0	
Renda				
Até 1 salário mínimo	14	20,9	20,9	
De 2 a 3 salários mínimos	33	49,2	70,1	
De 4 a 6 salários mínimos	15	22,4	92,5	
Mais de 7 salários mínimos	4	6,0	98,5	
Não respondeu	1	1,5	100,0	

A Figura 1 apresenta a classificação do estado nutricional dos pré-escolares de acordo com o indicador IMC por idade. A maior parte classificou-se como eutrófico (59,7%). Risco de sobrepeso foi encontrado em 26,9% dos avaliados e excesso de peso em 13,4%. Nenhum pré-escolar apresentou magreza. Apesar da eutrofia ter se apresentado ligeiramente maior entre as meninas, não foi observada associação estatisticamente significativa entre sexo e estado nutricional (p=0,198).

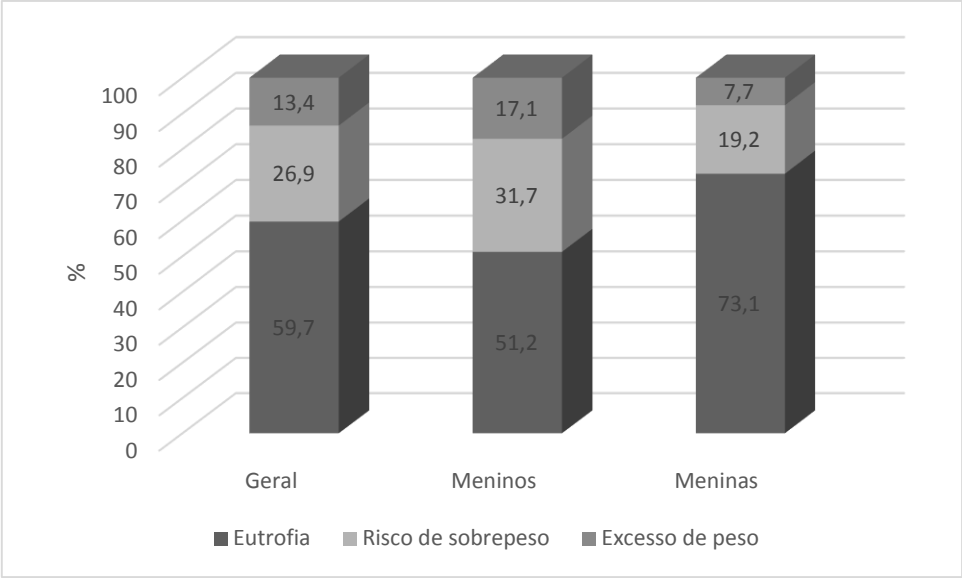

Figura 1- Estado nutricional dos pré-escolares de 2 a 5 anos de idade

A prática do aleitamento materno (independente da duração) foi relatada por 88,1% das mães dos pré-escolares, não havendo diferença significativa em relação ao status de peso (sem ou com excesso de peso) (p=0,934). Dentre as 59 mães que amamentaram, um pouco mais de um quinto delas (25,4%) relatou ter amamentado por até cinco meses, e as demais amamentaram por seis meses ou mais.

Tabela 2: Frequência de aleitamento materno e duração do aleitamento relatado pelas mães dos pré-escolares de 2 a 5 anos sem e com excesso de peso

	Geral (n=67)		**Sem excesso de peso** (n=58; 86,6%)		**Com excesso de peso** (n=9; 13,4%)		***p****
Ofereceu leite materno							
Não	8	11,9	7	12,1	1	11,1	*0,934*
Sim	59	88,1	51	87,9	8	88,9	
Duração							
Até 5 meses	15	25,4	14	27,4	1	12,5	*0,610*
De 6 a 12 meses	28	47,5	24	47,1	4	50,0	
13 ou mais meses	16	27,1	13	25,5	3	37,5	

* p para teste Qui-Quadrado.

A Tabela 3 apresenta a idade da introdução dos alimentos complementares entre as mães que ofereceram leite materno. A média de meses de introdução de todos os grupos de alimentos foi superior a 5 meses (de 5,0±2,3 meses para chás a 12,1±5,9 meses para doces). No entanto, valores

mínimos indicam que, com exceção do feijão, todos os outros alimentos foram introduzidos já no primeiro mês de vida.

Tabela 3: Idade da introdução dos alimentos complementares entre as mães que ofereceram leite materno aos pré-escolares

Alimentos (meses)	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Leite artificial/vaca	5,9	3,3	0	16
Chás	5,0	2,3	1	12
Sucos	5,6	1,9	1	12
Frutas	5,9	2,0	3	18
Cereais	7,7	2,7	4	21
Hortaliças	7,4	3,1	4	24
Carne	7,9	3,1	4	24
Feijão	8,0	3,2	5	24
Doces	12,1	5,9	2	30

DISCUSSÃO

Foram avaliados 67 pré-escolares de dois a cinco anos de idade, sendo a maioria de meninos (61,2%). O excesso de peso foi encontrado em 13,4% dos avaliados e não foi observada associação estatisticamente significativa entre aleitamento materno e excesso de peso.

Elevadas prevalências de excesso de peso na faixa etária infantil têm sido encontradas em alguns estudos. Nascimento et al. (2016) ao avaliarem pré-escolares de dois a quatro anos de idade, encontraram uma prevalência 9,3% para o excesso de peso. Por sua vez, Balaban et al. (2004) obtiveram como resultado em sua pesquisa envolvendo 409 pré-escolares com a faixa etária semelhante a do presente estudo, a prevalência de 18,6% com excesso de peso. Por fim, em um estudo cujo o objetivo era avaliar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso em 4.914 pré-escolares matriculados em escolas públicas dos estados do Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC), constataram prevalênciab para o excesso de peso de 14,4% e 7,5% respectivamente. [19,6,20]

Apesar da maior proporção de meninos com excesso de peso encontrada no estudo, não foi observada associação estatisticamente significativa em relação ao sexo e o excesso de peso. O mesmo ocorreu no estudo de Simon, Souza e Souza (2009), com pré-escolares de dois a seis anos de idade, cuja prevalência de excesso de peso não obteve diferença relevante entre os sexos (34,4% para os meninos e 34,5% para as meninas).[21] Em um estudo com 817 pré-escolares de dois a quatro anos de idade,

Nascimento et al. (2016) também não observaram diferença na prevalência excesso de peso em relação aos sexos. Da mesma forma, Menezes et al. (2011) também não encontram associação entre sexos e excesso de peso. [19,22]

Com relação ao aleitamento materno foi observada uma elevada proporção de mães que relataram terem ofertado leite materno aos seus filhos (88,1%). Segundo Marques, Cotta e Priore (2011), o leite materno é o alimento ideal para o lactente devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, que protegem o recém-nascido de infecções, diarreia e doenças respiratórias, permitindo seu crescimento e desenvolvimento saudável, além de reduzir o índice de mortalidade infantil. Ademais, sua temperatura é correta, é isento de contaminação, estimula o veículo afetivo entre mãe e bebê e não tem custo.[24] O ato de amamentar protege também a saúde da mãe a longo prazo por reduzir os riscos de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de mama e ovário, além de influenciar na recuperação do útero, reduzindo o risco de hemorragia e anemia após o parto.[23,24]

Em um estudo no município de Florianópolis, Santa Catarina com o objetivo de estimar a prevalência do aleitamento materno, observou-se que dentre 1.073 crianças, 74,5% receberam o leite materno, valor semelhante a do presente estudo. Dados da pesquisa realizada em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) com 34.366 crianças menores de um ano, verificou-se que 67,7% mamaram na primeira hora de vida, valores que variavam de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA. [25]

Em relação ao tempo de aleitamento, observou-se que houve maior prevalência (47,5%) entre aquelas que amamentaram num período superior a cinco meses até o primeiro ano de vida das crianças. Em contrapartida, este valor encontra-se proeminente ao comparar a maioria das pesquisas envolvendo o mesmo assunto. Além disso, dos pré-escolares participantes apenas 11,9% não foram amamentados. O Ministério da Saúde estabelece que o leite humano apresenta todos os nutrientes que a criança necessita nos primeiros seis meses de vida, devendo ser mantido até os dois anos de idade ou mais e complementado após seis meses com outros alimentos saudáveis e de hábitos da família. [25] Siqueira e Monteiro (2007) ao realizarem um estudo transversal envolvendo 555 crianças, constataram que 78,8% receberam o aleitamento materno por pelo menos três meses.[26] Maranhão et al. (2015), reforçam em seu estudo com 202 mães que a maioria (88,2%) ofertaram leite materno até os três meses

de vida da criança.[27] Entretanto, em um estudo transversal envolvendo crianças de dois a seis anos de idade, contatou-se que a mediana de aleitamento materno foi de sete meses. [21]

No que se refere a introdução da alimentação complementar entre as mães que ofertaram leite materno, foram constatados valores mínimos que ainda sugerem a introdução precoce de diversos grupos alimentares, incluindo leites artificiais. Neste sentido, Masquio, Ganen e Dâmaso (2014) acrescentam que a interrupção do aleitamento resulta na introdução precoce de alimentos complementares, além da oferta de fórmulas infantis, cujo o conteúdo proteico é superior ao leite humano, favorecendo o aumento de secreção de hormônios anabólicos, podendo influenciar na proliferação de adipócitos.[28] Rolland-Cachera et al. (2006) afirmam que é possível associar o consumo de proteína além dos requerimentos metabólicos com as respostas endócrinas e fisiológicas que podem aumentar o ganho de peso na infância e o risco para obesidade na vida adulta. Contudo, o leite materno ainda contém adiponectina, hormônio que pode atuar no aumento do gasto energético.[29] Além disso, é possível associar a influência nos aspetos comportamentais do vínculo mãe e filho e a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. [28]

Garlini (2014) conduziu uma revisão de literatura com o objetivo de verificar a relação da prática do aleitamento materno com o excesso de peso na infância. Dos 22 artigos selecionados, em 17 verificou-se associação entre prevalência de aleitamento materno com a proteção contra o excesso de peso, sendo que entre estes, 13 mostraram que a maior duração do aleitamento materno se associou de forma estatisticamente significativa com a menor ocorrência de excesso de peso. De acordo com o autor, a composição do leite materno estaria associada a um menor risco de desenvolvimento de excesso de peso em função do menor conteúdo proteico em relação às fórmulas lácteas e outros leites. Contudo, no presente estudo, não foi observada associação entre aleitamento materno e status de peso. [10]

Tal fato pode ser justificado pelo tamanho amostral (67 crianças) e pelo período tardio da aplicação do questionário, visto que uma das limitações do estudo pode ter sido o viés de memória das mães ou responsáveis pelos pré-escolares. Segundo o estudo de Balaban et al. (2004), sugere-se a existência do efeito protetor do leite materno contra o excesso de peso na fase pré-escolar. Apesar disso, assim como no presente estudo, os autores obtiveram obstáculos metodológicos, que além da limitação apresentada não foram controladas outras variáveis que poderiam interferir na associação do efeito

protetor, tais como peso da criança ao nascer, ingestão energética total atualmente, nível de atividade física da criança e IMC materno, por exemplo. [6] No entanto, um estudo de revisão com 11 artigos publicados entre 1966 e 2003, onde foram examinadas a validação e confiabilidade do recordatório aplicado às mães acerca do aleitamento materno, verificou-se que os questionários são instrumentos confiáveis e viáveis para que as mães possam relatar suas experiências relacionadas à amamentação, independente do período que o mesmo for aplicado, sendo assim, utilizados nesse tipo de estudo. [6,30]

Por fim, conclui-se que, apesar da elevada prevalência de aleitamento materno relatada pelas mães/responsáveis, essa prática não se mostrou associada a uma proteção contra excesso de peso em crianças na idade pré-escolar de um Centro de Educação Infantil do município da Palhoça. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de esclarecimentos aprofundados a cerca dessa relação, sobretudo amostras maiores de pré-escolares. Contudo, devido a consideráveis evidências a respeito dos benefícios proporcionados pelo leite humano, a prática do aleitamento materno deve ser estimulada de forma exclusiva até o sexto mês de vida e complementada a partir desse período.

REFERÊNCIAS

1: Brasil - Organização Pan-americana da Saúde; Organização das Nações Unidas Para Alimentação e Agricultura. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. 2017. Available from:https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/01/Panorama-final-17.01.

2: Kuczmarski, RJ; Flegal, KM. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. The American Journal Of Clinical Nutrition, 2000; 72(5). Available from: tps://academic.oup.com/ajcn/article/72/5/1074/4729736.

3: De Araújo, MFM; Beserra, EP; Chaves, ES. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2006; 19(4). Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a14.

4: World Health Organization. Obesity and overweight. 2017. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en.

5: Organização das Nações Unidas. Apenas 40% das crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno nos 6 primeiros meses de vida. 2017. Available from: https://nacoesunidas.org/apenas-40-das-criancas-sao-alimentadas-exclusivamente-com-leite-materno-nos-6-primeiros-meses-de-vida.

6: Balaban G, Silva GA, Dias ML, Dias MC, Fortaleza GT, Morotó FM, et al. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? Rev Bras Saúde Mater Infant. 2004;4:263---8.

7: Do Amaral, S; Basso, C. Aleitamento materno e estado nutricional infantil. Disciplinarum Scientia, Santa Maria. 2009;10:19---30.

8: Brasil - Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: SAÚDE DA CRIANÇA Aleitamento Materno e Alimentação Complementa. 2015. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.

9: Simon, VGN; De Souza, JMP; Leone, C; De Souza, SB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. Journal Of Human Growth And Development. 2009; 19: 211---218.

10: Garlini, LM. Aleitamento materno: relação com o excesso de peso na infância. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. 2014; 8:181---198.

11: Brasil - Ministério da Saúde. Guia alimentar para menores de 2 anos. 2002. Available from: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.

12: Gil, AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2008. Available from: https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.

13: Fontelles, MJ; Simões, MG; Farias, SH; Fontelles, RGS. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. Available from: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.

14: Da Silva, EL; Menezes, EM. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 2001. Available from: http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.

15: Escarce, AG; De Araújo, NG; Friche AADL; Motta, AR. Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário. Cefac. 2013;15:1570---1582.

16: Colonetti, T; Lobo, AS. Breastfeeding and obesity in school of Criciúma. Revista Inova Saúde. 2016: 1.

17: World Health Organization. Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-forage,weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. 2006.

18: Brasil - Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. 2009. Available from: http://nutricao.saude.gov.br\\sisvan.php?conteudo=curvas_ cresc_oms.

19: Nascimento,VG; Da Silva JPC; Ferreira, PC; Bertoli, CJ; Leone, C. Maternal breastfeeding, early introduction of non-breast milk, and excess weight in preschoolers. Revista Paulista de Pediatria. 2016;34:454---459.

20: Schuch, I; De Castro, TG; De Vasconcelos, FAG; Dutra, CLC; Goldani, MZ. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. Revista Paulista de Pediatria. 2013;89(2):179−-188.

21: Simon, VGN; De Souza, JMP; De Souza, SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. Revista de Saúde Pública, 2009;43(1):60---69.

22: Menezes RC, et al. Prevalência e determinantes do excesso depeso em pré-escolares. J Pediatr (Rio J). 2011;87:231---7.

23: Marques, ES; Cotta, RMM; Priore, SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(5): 2461---2468

24: Brasil - Ministério da Saúde. Amamentação traz benefícios para a mãe e o bebê. 2014. Available from: http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/amamentacao-traz-beneficios-para-a-mae-e-o bebe?TSPD_101_R0=d99a80130a4fbb93a9f614a66dbfcd71w1n00000000000000002cce1cbdffff0000 00000000000000000000000005ab6d447007680c8ef.

25: Brasil – Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. 2009. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.

26: De Siqueira, RS; Monteiro, CA; Breastfeeding and obesity in schoolage children from families of high socioeconomic status. 2007;41(1):5-12.

27: Maranhão, TA; Gomes, KRO; Nunes, LB; De Moura, LNB. Factors related to exclusive breastfeeding among adolescent mothers. 2015;23 (2):132---139.

28: Masquio, DCL; Ganen, AP; Dâmaso, AR. Influência do aleitamento materno na obesidade e fatores de risco cardiovascular. 2014. Available from: https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_048.

29: Rolland-Cachera, MF; Deheeger M; Maillot, M; Bellisle, F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. International Journal Of Obesity. 2006;30(4):11---17.

30: Li, R; Scanlon, KS; Serdula, MK.The Validity and Reliability of Maternal Recall of Breastfeeding Practice. Nutrition Reviews. 2005; 63(4): 103---110.

ANEXOS

ANEXO A – Normas da Revista Paulista de Pediatria

Revista Paulista de PEDIATRIA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

ISSN 0103-0582 ***versão impressa***
ISSN 1984-0462 ***versión online***

ISSN 2359-3482 *versão English online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Submissão Online

Escopo e política

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A **Revista Paulista de Pediatria** é uma publicação trimestral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. O objetivo é divulgar pesquisa de qualidade metodológica relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Os artigos estão disponíveis na íntegra em português e inglês, em formato eletrônico e acesso aberto. Está indexada nas bases Pubmed Central, Medline, Scopus, Embase (Excerpta Medica Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR, Sumários de Revistas Brasileiras e Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Scientific Information System).

ACESSO ABERTO

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

PROCESSO DE REVISÃO

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

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

Artigos originais: incluem principalmente estudos epidemiológicos e clínicos. Estudos experimentais podem ser aceitos, mas não são o foco principal da Revista.

Relatos de casos: relatos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.

Artigos de revisão: análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.

Cartas ao editor: refletem o ponto de vista do missivista a respeito de outros artigos publicados na Revista.

Editoriais: em geral encomendados pelos editores, para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

Forma e preparação de manuscritos

NORMAS GERAIS

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

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

5 referências; conter no máximo 1 figura ou uma tabela. As cartas estão sujeitas à editoração, sem consulta aos autores.

Observação:
Ensaios clínicos só serão aceitos mediante apresentação de número de registro e base de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 2 DE JULHO DE 2008, Ministério da Saúde do Brasil.

Acessível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html
Para registro, acessar: http://www.ensaiosclinicos.gov.br/about/

- **Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos:** Segundo resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (http://www.ensaiosclinicos.gov.br), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: -site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). (http://www.clinicatrials.gov).

É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **Revista Paulista de Pediatria**. Além disto, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito.

Transferência de direitos autorais: ao submeter o manuscrito para o processo de avaliação da **Revista Paulista de Pediatria**, todos os autores devem assinar o formulário disponível no site de submissão, no qual os autores reconhecem que, a partir do momento da aceitação do artigo para publicação, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito.

Todos os documentos obrigatórios estão disponíveis em: http://www.rpped.com.br/documents-requireds

ATENÇÃO:
Deve ser feito o upload no sistema de cada um dos itens abaixo em separado:
1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comité de Ética e Pesquisa da Instituição; 3) Transferência de Direitos Autorais; 4) Página de rosto; 5) Documento principal com os resumos em português e inglês, palavras-chave e keywords,

texto, referências bibliográficas, tabelas, figuras e gráficos – Não colocar os nomes dos autores neste arquivo; 6) Arquivo suplementares quando pertinente.

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

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

NORMAS DETALHADAS

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

PÁGINA DE ROSTO:

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas) no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- Título do artigo em inglês, no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo, 60 caracteres incluindo espaços).
- Nome COMPLETO de cada um dos autores, número do ORCID (essa informação é obrigatória – a falta da mesma impossibilitará a publicação do artigo), acompanhado do nome da instituição de vínculo empregatício ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país. Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados, preferencialmente, por extenso e na língua original da instituição; ou em inglês quando a escrita não é latina (Por exemplo: Grego, Mandarim, Japonês...).
- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever "nada a declarar".

- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.
- Número total de palavras: no texto (excluir resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

RESUMO E ABSTRACT:

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

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

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

PALAVRAS-CHAVE E KEYWORDS:

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

TEXTO:

Artigo original: dividido em Introdução (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); Método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição); Resultados (claros e objetivos - o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo do texto); Discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

Artigos de revisão: não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.

Relatos de casos: divididos em Introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é conhecido da doença ou do procedimento em questão); Descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e Discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

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

Tabelas

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

Gráficos

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

Figuras

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

FINANCIAMENTO

Sempre antes da Declaração de Conflitos de Interesse. Em apoios da CAPES, CNPq e outras instituições devem conter o nome por extenso e o país. Não

repetir o apoio nos agradecimentos. Se não houve, deixar: O estudo não recebeu financiamento.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Essa declaração deverá constar na página de rosto, antes do financiamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores. Os agradecimentos devem ser colocados no envio da segunda versão do artigo, para evitar conflitos de interesse com os revisores. Não repetir nos agradecimentos a instituição que apoiou o projeto financeiramente. Apenas destacar no apoio.

REFERÊNCIAS

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

No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no "*International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements*" e disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conforme os exemplos a seguir.

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:
Jih WK, Lett SM, des Vignes FN, Garrison KM, Sipe PL, Marchant CD. The increasing incidence of pertussis in Massachusetts adolescents and adults, 1989-1998. Infect Dis. 2000;182:1409-16.

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

Grupos de pesquisa:

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

b. *Com autor definido:*
Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study

Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169:2257-61.

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

Volume com suplemento:
Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:
Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood; Epub 2002 Jul 5.

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:
Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. In press 2002.

Artigos em português
S*eguir o estilo acima*.

2. Livros e Outras Monografias

Livros:
Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
Obs: se for 1a edição, não é necessário citar a edição.

Capítulos de livros:
Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
Obs: se for a 1a edição, não é necessário citar a edição.

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

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

Teses de mestrado ou doutorado:
Afiune JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [master´s thesis]. São Paulo (SP): USP; 2000.
Aguiar CR. Influência dos níveis séricos de bilirrubina sobre a ocorrência e a

evolução da sepse neonatal em recém-nascidos pré-termo com idade gestacional menor que 36 semanas [PhD thesis]. São Paulo (SP): USP; 2007.

3. Outros materiais publicados

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

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

Leis, portarias e recomendações:

Brazil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RN na sala de parto. Portaria SAS/MS 96, 1994.
Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde - área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
Brazil – Presidência da República. Decreto n° 6.871, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei n° 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm
Obs: se o material for disponível na internet, colocar Available from: htttp://www....

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

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

Monografia na internet ou livro eletrônico:

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

Homepage/web site:

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

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [homepage on the Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html
Brazil - Ministério da Saúde - DATASUS [homepage on the Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [cited 2007 Feb 10]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

Submissão Online

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

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