

**ASSOCIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL INICIAL E DESFECHO DE GANHO  
PONDERAL EM GESTANTE**

Marília Bandeira Muniz<sup>1</sup>, Eliziane Costa da Silva <sup>2</sup>, Elda S A de Andrade<sup>3</sup>

1 Graduanda do Curso de Nutrição – Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

2 Nutricionista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

3 Tutora do Curso de Nutrição – Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Autor correspondente:

Marília Bandeira Muniz

Endereço: Rua Poeta Zezito Neves, 38 – Apt: 2502 – Boa Viagem – Recife-PE CEP:  
51020-200

Telefone: (81) 99191-5570

e-mail: lilabandeira@hotmail.com

# ASSOCIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL INICIAL E DESFECHO DE GANHO PONDERAL EM GESTANTE

*Association of the initial nutritional state and ponderal gain in pregnant*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a associação do estado nutricional inicial e desfecho de ganho ponderal em gestante. **Método:** Estudo longitudinal em gestantes atendidas no ambulatório de nutrição infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (Recife-PE), no período de junho a setembro de 2015. Os dados antropométricos foram coletados na primeira consulta do pré-natal e na última que antecedeu o parto. O parâmetro utilizado para o diagnóstico nutricional foi o IMC. As análises foram realizadas no Programa SPSS versão 22.0 e realizadas testes de associação de variáveis. **Resultados:** Foram avaliadas 69 gestantes, a maioria primípara, iniciando o acompanhamento nutricional a partir do segundo trimestre. A média de idade foi de 26 anos. No período pré-gestacional inicial, 52,17% das mulheres apresentavam sobrepeso ou obesidade. No período gravídico, o ganho de peso elevado foi encontrado em 44,93%. Houve associação entre o excesso de peso no período pré-gestacional e o ganho de peso elevado, que foi estatisticamente significativo ( $p=0,026$ ). **Conclusão:** A maioria das gestantes apresentaram inadequação do ganho de peso gestacional, evidenciando a importância da promoção de mudança de estilo de vida, sendo necessário o acompanhamento nutricional desde o período pré-gestacional visando evitar complicações futuras para o binômio mãe e filho.

**Palavras-chaves:** Gestantes, avaliação nutricional, ganho de peso, cuidado pré-natal.

## Abstract

**Objective:** To evaluate the association of initial nutritional status and outcome of weight gain in pregnant women. **Method:** Longitudinal study in pregnant women attended at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (Recife-PE), in the period from June to September 2015. The anthropometric data were collected at the first prenatal visit and the last that preceded the birth. The BMI was used as a parameter for nutritional diagnosis. The analyzes were carried out in the SPSS Program version 22.0 and tests of association of variables were performed. **Results:** A total of 69 pregnant women were evaluated, most of them primiparous, starting the nutritional monitoring from the second trimester. The mean age was 26 years. In the initial pre-gestational period, 52.17% of the women were overweight or obese. In the pregnancy period, the high weight gain was found in 44.93%. There was an association between pre-gestational overweight and high weight gain ( $p = 0.026$ ). **Conclusion:** The majority of pregnant women presented inadequate gestational weight gain, evidencing the importance of lifestyle change promotion, and it is necessary nutritional monitoring from the pre-gestational period in order to avoid future complications for the mother and child binomial.

Key-words: Pregnant women, nutritional assessment, weight gain, prenatal care.

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas alterações físicas, hormonais e emocionais, nas quais as necessidades nutricionais e ingestão da mãe modificam-se completamente. O estado nutricional no início da gestação e o acompanhamento do ganho de peso são de suma importância, uma vez que estão diretamente relacionados ao risco de morbimortalidade materna e perinatal<sup>1</sup>. O ganho de peso tanto insuficiente como em excesso apresentam situações desfavoráveis para mãe e filho, dentre elas, parto cirúrgico, diabetes e hipertensão gestacional, baixo peso ao nascer, macrossomia fetal, desproporção céfalo-pélvica, trauma, asfixia, prematuridade e morte perinatal<sup>2</sup>. Essas complicações perinatais associadas a inadequação nutricional, podem promover enfermidades a vida adulta<sup>3</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o monitoramento do ganho ponderal durante a gestação é um procedimento de baixo custo e de grande utilidade para o estabelecimento de intervenções nutricionais, visando à redução de riscos maternos e fetais. A avaliação e a orientação nutricional podem proporcionar um ganho de peso adequado, prevenindo o ganho excessivo ou diagnosticando o ganho de peso insuficiente<sup>4</sup>.

As recomendações para ganho de peso total segundo o estado nutricional inicial da gestante são classificados de acordo com o Ministério da Saúde (MS), através do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional<sup>1</sup>. E com esses parâmetros, conseguimos proporcionar a gestante o ganho de peso necessário para suprir as demandas materno-fetal, melhorando assim o desfecho nutricional e atendendo desta forma, os programas da atenção básica relacionados à saúde<sup>5</sup>.

Desta forma, a atenção básica na fase pré-natal, vem com o intuito de realizar um bom acompanhamento e desenvolvimento gestacional, através de ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado de qualquer problema que venha a ocorrer durante o período gestacional<sup>5</sup>.

Nesse contexto, a avaliação do ganho ponderal ao longo da gestação e a compreensão de seus determinantes são de grande relevância para o estabelecimento de intervenções precoces, visando assegurar a saúde materno-infantil<sup>6</sup>. Com isso, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o estado nutricional inicial e o desfecho de ganho ponderal em gestante.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo do tipo longitudinal, realizado com gestantes no período de junho a setembro de 2015, no ambulatório de nutrição infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (Recife-PE), que se trata de um hospital de referência materno infantil . O plano amostral foi composto de dados de indivíduo com faixa etária de 18 a 39 anos, totalizando o valor de 69 indivíduos. Foram excluídos deste estudo, paciente que apresentavam doença de ordem genéticas ou metabólicas que pudessem repercutir no seu estado nutricional tais como: doenças crônicas (doença renal crônica, doenças hepáticas crônicas e diabetes). Foram coletados dados antropométricos de peso pré- gestacional ou peso real realizado até a 13ª semana de gestação e altura. A altura foi aferida em posição ortostática utilizando o antropômetro vertical acoplado a balança digital – Filizola® com a gestante de pés descalços e unidos, no centro da plataforma, de costas para o marcador.

O peso foi aferido na balança (Filizola ®), que apresentava precisão de 0,5Kg e capacidade de 150,0 Kg. As pacientes foram pesadas descalças e com o mínimo de vestimentas.

Posteriormente, foi calculado o IMC, tendo como variáveis o peso sobre a altura ao quadrado. Utilizou-se como parâmetro para o diagnóstico nutricional pré-gestacional o IMC, tendo como ponto de corte as referências de baixo peso ( $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), peso adequado ( $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2 \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $\geq 25 \text{ kg/m}^2 \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ )<sup>7</sup>. O estado nutricional durante a gestação foi classificado de acordo com os valores do IMC para a idade gestacional, proposto pelo método de Atalah et al<sup>8</sup>.

Os dados antropométricos foram coletados em dois momentos, na primeira consulta do pré-natal e na última consulta que antecedeu o parto.

O presente estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sob o nº CAAE 39934814.9.0000.5201, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram digitados no programa *Excel* para *Windows*®. As análises foram realizadas no Programa SPSS versão 22.0. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de *Kolmogorov Smirnof* e aplicadas transformações logarítmicas ( $\log_n$ ), já variáveis com distribuição normal foram descritas sob a forma de médias e dos respectivos desvio padrão. As variáveis com distribuição não Gaussiana foram apresentadas sob a forma de medianas e dos respectivos intervalos interquartílicos. Na descrição das proporções, a distribuição binomial foi aproximada à distribuição normal, pelo intervalo de confiança de 95%. Nos testes de inferência estatística, as proporções foram associadas pela razão de prevalência e teste do Qui quadrado de Pearson. Foi adotado o nível de significância de 5% para rejeição de hipótese de nulidade.

## **RESULTADOS**

No total da amostra foram avaliadas 69 gestantes, com média de idade de 26,1 anos ( $\text{DP} \pm 5,57$  anos), sendo a maioria primíparas. Em relação ao perfil socioeconômico,

a média de número de pessoas na família foi de 3,27 (DP  $\pm$  1,49), onde a maioria das gestantes apresentava uma renda familiar  $\leq$  a 2 salários mínimos com um per capita de R\$ 514,64 e mais de 4 anos de estudos (Figura 1).

Em relação a assistência pré-natal, o número médio de consultas foi de 7,7 (DP  $\pm$  2,06). Quanto ao acompanhamento nutricional das gestantes, a maioria recebeu assistência a partir do 2º trimestre gestacional (59,4%) (Tabela 1). Verificou-se que a maioria das participantes (52,2%), iniciaram a gravidez com o estado nutricional inadequado, predominando o sobrepeso/obesidade no período pré-gestacional e mantiveram um ganho ponderal elevado durante todo o período gravídico (Tabela 2), com uma média de idade gestacional de 38,69 semanas (DP  $\pm$  1,81). Com isso, conclui-se que as gestantes que apresentaram sobrepeso no período pré-gestacional apresentaram ganho ponderal maior que as eutróficas e obesas, e esse ganho foi estatisticamente significativo ( $p=0,026$ ) (Tabela 3).

## **DISCUSSÃO**

A maioria das gestantes eram primíparas, com renda familiar mensal inferior ou igual a um e meio salário mínimo, renda per capita de R\$ 514,64 e com mais de 4 anos de estudo. A literatura mostra que as condições socioeconômicas desfavoráveis, repercutem negativamente na saúde da população, e que quanto maior a renda, maior o acesso a alimentação variada<sup>9</sup>. Konno *et al* mostram que as gestantes de maior escolaridade ( $\geq$  4 anos) também obtiveram maior ganho ponderal<sup>10</sup>, assim como Hickey que em uma revisão de literatura, conclui que existe uma relação direta entre a escolaridade e o ganho de peso<sup>11</sup>, corroborando desta forma com o nosso estudo. Já o estudo realizado em Recife mostra que as gestantes com baixa escolaridade tiveram um aumento de ganho ponderal, uma

vez que as mesmas priorizavam o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcar e alimentos refinados, em substituição a uma alimentação saudável<sup>12</sup>, provavelmente por esses alimentos apresentarem um custo menor, além da associação com a falta de informação nutricional, já que o acompanhamento nutricional não foi iniciado no período pré-gestacional.

O acompanhamento nutricional só foi iniciado a partir do segundo trimestre e a média de idade das gestantes não representavam riscos reprodutivos. Um estudo transversal com 240 gestantes em Belo Horizonte relata que o acompanhamento nutricional deve ser iniciado desde o período pré-gestacional<sup>13</sup>. Os achados do estudo de Santos *et al* ressaltam que o controle de peso materno será mais eficaz quando iniciado durante o período pré-concepcional, assegurando assim, condições adequadas a futura gestante e ao seu conceito<sup>6</sup>. Recentemente, Fraser *et al*. investigaram a associação entre ganho de peso gestacional e desfechos gestacionais 16 anos após a gravidez e descobriram que as mulheres com ganho de peso adequado durante a gravidez tiveram melhores resultados em comparação com aquelas que tiveram ganho de peso excessivo<sup>14</sup>, que corrobora com o estudo de Padilha *et al*, que mostra que a redução de complicações fortalece a importância do modelo de atenção nutricional com seu número mínimo de visitas, assistência nutricional precoce e individualizada<sup>15</sup>. Com isso conclui-se que o excesso de peso alcançado pelas gestantes desse estudo, pode estar associado ao acompanhamento nutricional tardio. Assim, o monitoramento da avaliação nutricional é de extrema importância, pois influenciará de maneira direta na mudança de hábitos alimentares.

A avaliação do estado nutricional mostrou que mais de 50% das mulheres já iniciaram a gestação com sobrepeso/obesidade, sendo semelhante ao encontrado

em um estudo retrospectivo no município de São Paulo<sup>5</sup>. Um estudo descritivo com 240 gestantes de baixo risco obstétrico, atendidas em um serviço público de pré-natal da cidade do Recife, PE, verificou que 26% apresentavam sobrepeso/obesidade inicial, que se associou ao ganho de peso excessivo<sup>12</sup>. No Brasil, resultados semelhantes foram encontrados em estudo de coorte coordenado pelo Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP), com dados de 115 gestantes que iniciaram pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF) do município de Campina Grande-PB, no qual 27% apresentavam-se com sobrepeso/obesidade<sup>16</sup>. A semelhança desses achados em diferentes regiões do Brasil, indica que no Nordeste, a obesidade, e não só a desnutrição, corrobora com a transição epidemiológica e nutricional do país, onde visualizamos o declínio da desnutrição e a ascensão da obesidade<sup>6</sup>. O estudo multicêntrico dos Estados Unidos com 2.070 gestantes acompanhadas durante 10 anos, mostra que mulheres com sobrepeso no início da gestação ganharam mais peso em relação as eutróficas<sup>17</sup>. Isso é preocupante, uma vez que a obesidade materna está associada a complicações tanto para a mãe como para o filho e com isso, comprova-se a importância do monitoramento nutricional dessas gestantes desde o período pré-gestacional, através de intervenções pautadas em orientações dietéticas. Provavelmente, essas gestantes não possuem hábitos alimentares saudáveis e são sedentárias, contribuindo dessa forma para o ganho excessivo de peso.

Esse ganho de peso excessivo, está presente em 44,9% das gestantes do nosso estudo, o que também comprovou o estudo randomizado em um município de Porto Alegre<sup>18</sup>. Um estudo desenvolvido em seis capitais brasileiras verificou que 29% das gestantes apresentavam ganho de peso excessivo, proporção que

aumentou para 50% entre aquelas com sobrepeso e 38% para aquelas com obesidade<sup>6</sup>. Esses dados corroboram com nosso estudo, onde as gestantes com sobrepeso no período pré-gestacional, continuaram ganhando mais peso em relação as eutróficas e as obesas (Tabela 3). Esses resultados podem estar associados ao maior risco de hipertensão, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, morte fetal, macrossomia, parto prematuro e mortalidade perinatal<sup>6</sup>. A obesidade é uma enfermidade multifatorial, que atinge mulheres na faixa etária reprodutiva na proporção de 6,9% (18-24 anos), 12,4% (25-34 anos) e de 17,1% (35-44 anos). O excesso de peso, no Brasil, relaciona-se com o pobre perfil nutricional, devido as condições ambientais e socioeconômicas desfavoráveis<sup>19</sup>

O ganho de peso gestacional e o estado nutricional materno vêm se caracterizando como um problema de saúde pública, sendo necessário intervenção imediata nos sistemas de saúde, afim de promover prevenção de intercorrências gestacionais e influência nas condições de saúde do binômio mãe/filho<sup>20,21,22</sup>. Essa intervenção deve voltar-se para um atendimento nutricional individualizado por meio da avaliação do estado nutricional da gestante nas consultas pré-natal, para que sejam estabelecidas as necessidades de nutrientes necessárias nesse período<sup>6</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O estudo revela um percentual significativo de puérperas com inadequação do ganho de peso gestacional, evidenciando assim a importância da promoção de mudança de estilo de vida, sendo necessárias intervenções em relação ao estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso gestacional e adequação do consumo alimentar.

Com isso, conclui-se a importância da atuação da equipe multiprofissional, que vem com o intuito de encaminhar essa gestante o mais precoce possível para uma avaliação nutricional.

Desta forma, os nutricionistas devem estar preparados para orientar as mulheres da importância da redução do peso antes do início da gravidez e também de como evitar o excesso de ganho de peso na gestação. Para que isto seja realizado, a avaliação nutricional deve ser iniciada desde o período pré-gestacional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco - manual técnico**. 2012, Brasília: Ministério da Saúde.
2. Crane JM, white J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestacional weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. **J obstet Gynaecol Can**. 2009, 31(1):28-35.
3. Zadick Z. Maternal nutrition, fetal weight, body composition and disease in later life. **J Endocrinol Invest**. 2003, 26:941-6.
4. Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Castro NB, Bortolomedi AP. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Rev. Bras. Ginocol. Obstet**. 2012, 34, 304-9.
5. Sato APS, Fujimori E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [acesso em 09 de abril 2018]. Disponível em WWW.eerp.usp.br/rlae. 2012, 20(3):[7 telas].
6. Santos JGC, Silva JMC, Passos AMPR, Monteiro BKSM, Maia MM et al. Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré- natal. **Internacional Journal of Nutrology**. 2017, 10(2):05-15.
7. World Health Organization [Internet]. Global database on body mass index: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. 2012 [cited 2012 May 10]. Available from: <[http:// apps.who.int/bmi/index.jsp](http://apps.who.int/bmi/index.jsp)>
8. Atalah SE, castillo CL, castro RS. Propuesta de um nuevo estandar de evaluacion nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, 1997; 125, 1429-36.

9. Marano D, Gama SGN, Pereira APE, Junior PRBS. Adequação do ganho de peso ponderal de gestantes em dois municípios do estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2012; 34(8):386-93.
10. Konno SC, Benicio MHA, Aluísio J. D. Barros. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Rev. Saúde Pública.** 2007, vol.41 no.6 São Paulo Dec.
11. Hickey CA. Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. **Am J Clin Nutr.** 2000;71(5 Supl):1364S-70S.
12. . Andreto LM, Souza AI, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2006, 22(11):2401-9.
13. Teixeira CSS, Cabral ACV. Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. **Rev Bras Ginec Obst.** 2016, 38:27–34.
14. Fraser A, Tilling K, Macdonald-Wallis C, Hughes R, Sattar N, Nelson SM et al. Associations of gestational weight gain with maternal body mass index, waist circumference, and blood pressure measured 16 y after pregnancy: the Avon longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). **Am J Clin Nutr.** 2011, 93:1285–92.
15. Padilha PC, Larissa MO, Neves EQC, Ghedini AC, Costa T, Saunders C. Evaluation of efficacy and effectiveness of prenatal nutritional care on perinatal outcome of pregnant women; Rio de Janeiro, Brazil. **Nutr Hosp.** 2015,32(2):845-854.

16. Mello AS, Assunção PL, Gondim SS, Carvalho DF, Amorim MM, Benicio MH, et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev Bras Epidemiol.** 2007, 10(2):249-57.
17. Gunderson EP, Murtaugh MA, Lewis CE, Quesenberry CP, West DS, Sidney S. Excess gains in weight and waist circumference associated with childbearing: the coronary artery risk development in young adults study (CARDIA). **Int J Obes Relat Metab Disord** 2004;28(4):525-35.
18. Nast M, Oliveira A, Rauber F, Vitolo MR. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013, 35(12):536-40.
19. Correia LL, Silveira DMI, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, Rocha HAL, et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2011, 16(1):133-45.
20. Dodd JM, Turnbull DA, Mcphee AJ, Wittert G, Crowther CA, Robinson JS. Limiting weight gain in overweight and obese women during pregnancy to improve health outcomes: the LIMIT randomised controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth.** 2011, 11:79.
- 21.. Seabra G, Padilha PC, Queiroz JA, Saunders C. [Pregestational overweight and obesity: prevalence and outcome associated with pregnancy]. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2011, 33(11):348-53.
22. Seligman LC, Duncan BB, Branchtein L, Gaio DS, Mengue SS, Schmidt MI. Obesity and gestational weight gain: cesarean delivery and labor complications. **Rev Saúde Pública.** 2006, 40(3):457-65.

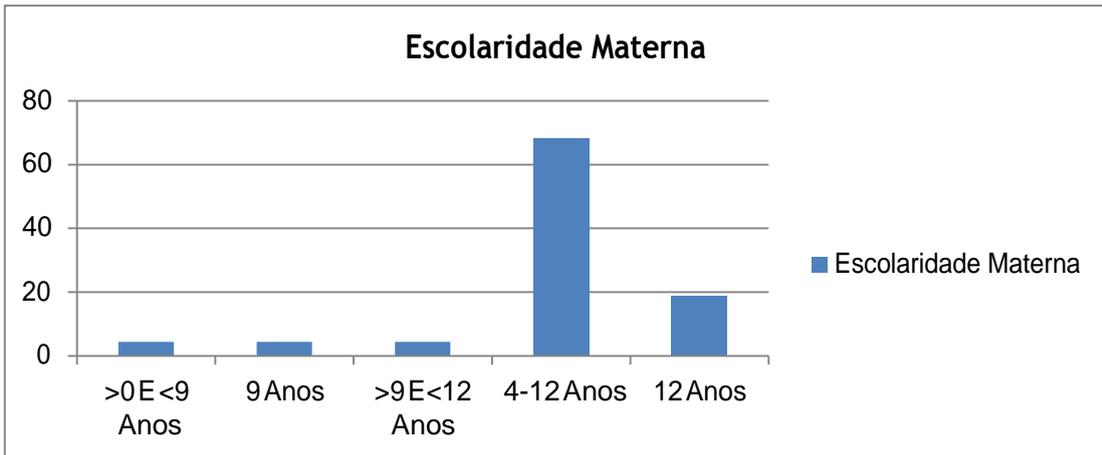


Figura 1. Escolaridade materna das gestantes atendidas em um Hospital de Referência do Nordeste, Brasil.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Paridade materna</b>		
<b>Primipara</b>	43	62,31
<b>2º gestação</b>	18	26,09
<b>3º gestação</b>	5	7,25
<b>4º gestação</b>	2	2,9
<b>5º gestação</b>	1	1,45
<b>Período inicial do acompanhamento nutricional</b>		
<b>1º trimestre</b>	9	13,04
<b>2º trimestre</b>	41	59,42
<b>3º trimestre</b>	19	27,54

Tabela 1. Distribuição percentual da paridade materna e do período inicial do acompanhamento nutricional em gestantes atendidas no ambulatório de nutrição de um Hospital de Referência do Nordeste Brasileiro.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado nutricional pré-gestacional</b>		
<b>Eutrófico</b>	33	47,82
<b>Sobrepeso</b>	24	34,78
<b>Obeso</b>	12	17,39
<b>Ganho ponderal total</b>		
<b>Baixo</b>	16	23,19
<b>Adequada</b>	22	31,88
<b>Elevado</b>	31	44,93

Tabela 2. Estado nutricional pré-gestacional e ganho ponderal de gestantes atendidas em um Hospital de Referência do Nordeste, Brasil.

GANHO PONDERAL	ESTADO NUTRICIONAL		
	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidade
<b>Baixo</b>	81,3%	6,3%	12,5%
<b>Normal</b>	45,5%	36,4%	18,2%
<b>Elevado</b>	32,3%	48,4%	19,4%
Pearson Chi-Square			0,026

Tabela 3. Associação entre o Estado nutricional pré-gestacional e o desfecho do ganho ponderal de gestantes atendidas em um Hospital de Referência do Nordeste, Brasil.

## ANEXO

### Regras para publicação da Revista Cadernos de Saúde Coletiva

#### Escopo e política

Os Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.

**Conflito de interesses:** Todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.

**Questões éticas:** Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.

**Autoria:** Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no [Documento de responsabilidade pela autoria](#).

**Processo de julgamento:** Os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.

**Pré-análise:** a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

**Avaliação por pares:** os artigos selecionados na pré-análise são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de

juízo.

A revista adota softwares livres para identificação de plágio.

### **Forma e preparação de manuscritos**

Serão aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês. A folha de rosto deve conter o título do trabalho, nome, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal.

O artigo deve conter título do trabalho em português, título em inglês, resumo e abstract, com palavras-chave e key words. As informações constantes na folha de rosto não devem aparecer no artigo. Sugere-se que o artigo seja dividido em subitens. Os artigos serão submetidos a no mínimo dois pareceristas, membros do Conselho Científico dos Cadernos ou a pareceristas ad hoc. O Conselho Editorial do CSC enviará uma carta resposta informando da aceitação ou não do trabalho.

A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

**Formatação:** Os trabalhos devem estar formatados em folha A4, espaço duplo, fonte Arial 12, com margens: esq. 3,0 cm, dir. 2,0 cm, sup. e inf. 2,5 cm. O título deve vir em negrito; palavras estrangeiras, e o que se quiser destacar, devem vir em itálico; as citações literais, com menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências. Todas as páginas devem estar numeradas.

**Ilustrações:** o número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser mínimo (em um máximo de 5 por artigo, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto).

**Tabelas:** Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

**Figuras:** As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que

foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi..

As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal (de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (Abstract); O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho. Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Agradecimentos: As pessoas que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria, assim como instituições que apoiaram o trabalho podem ser mencionados, desde que deem permissão expressa para isto (Documento de responsabilidade pelos agradecimentos).

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:

Artigos originais: artigos resultantes de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, ou ensaios teóricos; máximo de 4.000 palavras.

Revisão: revisão sistemática crítica sobre um tema específico; máximo de 4.000 palavras.

Debate: artigo teórico acompanhado de opiniões proferidas por autores de diferentes instituições, a convite do Editor; máximo de 6.000 palavras

Notas: relato de resultados preliminares ou parciais de pesquisas em andamento; máximo de 1.200 palavras.

Opiniões: opiniões sobre temas ligados à área da Saúde Coletiva, de responsabilidade dos autores, não necessariamente refletindo a opinião dos editores; máximo 1.800 palavras.

Cartas: devem ser curtas, com críticas a artigos publicados em números anteriores; máximo de 1.200 palavras.

Ensaio clínico

Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro

do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínico a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](http://ClinicalTrials.gov)
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

### **Envio de manuscritos**

Os autores deverão estar cadastrados no sistema da revista para a submissão de originais que deverão ser enviados online. O endereço eletrônico da revista é: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/>. Neste endereço é possível realizar o cadastro no sistema, assim como verificar as orientações gerais para a submissão, tais como: tipos de manuscritos aceitos, formatação.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.