



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

LUIZA LEMOS CAMILO

**ESTADO NUTRICIONAL, GANHO DE PESO GESTACIONAL
E SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

**Goiânia
2021**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

LUIZA LEMOS CAMILO

**ESTADO NUTRICIONAL, GANHO DE PESO GESTACIONAL
E SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Orientadora: Ana Clara Martins e Silva Carvalho

**Goiânia
2021**

SUMÁRIO

1 CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	4
2 ARTIGO.....	5
ANEXOS.....	18
ANEXO A: NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ.....	18
PÁGINA DE TÍTULO E IDENTIFICAÇÃO.....	31

1 CARTA DE APRESENTAÇÃO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE

CURSO DE NUTRIÇÃO

Prezada Profa. Aline Alves Brasileiro e Profa. Sueli Essado Pereira,

Agradecemos inicialmente o aceite como membro participante da comissão examinadora do nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: “Estado nutricional, ganho de peso gestacional e saúde materno-infantil”. Para facilitar o seu entendimento e as devidas correções, anexo, ao final do artigo, está a regra da Revista de Saúde Pública do Paraná: periódico escolhido para o envio do trabalho acima referido (Anexo A).

Cordialmente

Luiza Lemos Camilo

ARTIGO DE REVISÃO

Estado nutricional, ganho de peso gestacional e saúde materno-infantil Nutritional status, gestational weight gain, maternal and child health

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender os fatores que influenciam o estado nutricional, o ganho de peso gestacional e a saúde da gestante e do recém-nascido. Foi realizada consulta nas bases de dados eletrônicas Scielo, Bireme e Pubmed. As palavras chaves para busca foram: nutrição materna, obesidade gestacional, desnutrição gestacional, ganho de peso gestacional, e, nutrição e gestação. Foram utilizados 11 artigos publicados entre o ano de 2015 até 2021. Como resultados surgiram as categorias de IMC pré-gestacional, ganho de peso gestacional, estado nutricional atual, riscos de macrosomia, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica na gestação, parto cesária e peso do recém-nascido, em que foram avaliados e discutidos de acordo com as pesquisas realizadas. Com isso, esta pesquisa conclui que a maioria das mulheres tende a ter um ganho de peso inadequado, e que ele está ligado aos desfechos gestacionais indesejáveis, e que consequentemente influenciam na saúde materna fetal.

DESCRITORES: Gravidez, Ganho de Peso na Gestação, Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

The objective of this study was to understanding the factors that influence the nutritional status, gestational weight gain and the health of pregnant women and newborns. Consultation was carried out in the electronic databases Scielo, Bireme and Pubmed. The key words to search were: maternal nutrition, gestational obesity, gestational malnutrition, gestational weight gain, nutrition and pregnancy. Eleven articles published between 2015 and 2021 were used. As a result, the categories of pre-gestational BMI, gestational weight gain, current nutritional status, risks of macrosomia, Diabetes Mellitus, Systemic Arterial Hypertension in pregnancy, cesarean delivery and newborn weight gain

newborn, in each one they were evaluated and discussed according to the research carried out. With this, this research we can conclude that the majority of women tend to have an inadequate weight gain, and that it is linked to undesirable pregnancy outcomes and that consequently influence fetal and maternal health.

DESCRIPTORS: Pregnancy, Gestational Weight Gain, Maternal and Child Health.

INTRODUÇÃO

O corpo da mulher no período da gravidez passa por transformações fisiológicas e metabólicas que culminam com o aumento das demandas energéticas, pois é ele quem irá gerar uma nova vida. Com isso, é essencial iniciar a gestação com o peso corporal saudável e manter o ganho de peso de acordo com o recomendado, pois ele garantirá o crescimento fetal, a formação do líquido amniótico, da placenta, a expansão do útero, o aumento das mamas, do volume sanguíneo, do líquido extracelular e o acúmulo variável de tecido adiposo¹⁻⁴.

A nutrição adequada é um aspecto importante que contribui para uma gestação saudável. Assim o acompanhamento nutricional deve incentivar o consumo alimentar adequado da gestante, assegurando suas necessidades energéticas e promovendo um ganho de peso adequado. Além das orientações nutricionais, deve-se monitorar e avaliar o peso pré-gestacional, o peso gestacional atual, os hábitos alimentares, a evolução do ganho de peso, o IMC gestacional e outros fatores, com o intuito de promover a saúde materno-fetal, da mãe no pós-parto, e da criança nos primeiros dois anos de vida. Portanto, esse acompanhamento deve acontecer desde a gravidez até a amamentação, com o objetivo principal de auxiliar na formação de hábitos alimentares saudáveis^{3,5,6}.

Os fatores psicossociais, estilo de vida e o conhecimento sobre a importância da nutrição e ganho de peso adequado na gestação, influenciam o desfecho do ganho de peso. Inclusive é durante a gestação que as crenças, proibições e prescrições permeiam as ideias das gestantes, e às vezes,

contrapõe o conhecimento científico e as levam a tomar decisões erradas quanto a sua nutrição^{1,7}.

A obesidade é um grave problema de Saúde Pública, sendo considerada uma epidemia global. É uma patologia em que há o acúmulo anormal e excessivo de gordura corporal, e as mulheres são as mais afetadas principalmente em idade reprodutiva. O outro lado do ganho de peso inadequado é quando ele está insuficiente, iniciar uma gestação com diagnóstico de baixo peso, requer maior atenção no aporte nutricional, pois essa gestante terá que ganhar maior quantidade de peso, se comparada com mulheres que iniciam a gestação eutróficas^{1-3,8}.

A nutrição materna tem ganhado cada vez mais importância. O objetivo da intervenção nutricional na gestação é reduzir complicações na saúde materno-infantil a curto e longo prazo, garantindo a boa nutrição materna⁹.

Diante do exposto o objetivo desta pesquisa foi compreender os fatores que influenciam o estado nutricional, o ganho de peso gestacional e a saúde da gestante e do recém-nascido.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica. As bases de dados eletrônicas consultadas foram: Scielo, Bireme e Pubmed. As palavras chaves para busca foram: nutrição materna, obesidade gestacional, desnutrição gestacional, ganho de peso gestacional, e, nutrição e gestação.

Foram incluídos documentos cujos resultados relatam sobre ganho de peso gestacional e nutrição na saúde da gestante e do recém-nascido. O limite cronológico estabelecido foram publicações do ano de 2015 até 2021, na língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Foram excluídos artigos de revisão bibliográfica, material no qual o tema é abordado de forma superficial, ou que não trata do assunto objeto de estudo, e artigos cuja data de publicação foi anterior ao ano de 2015.

Para cada artigo encontrado na busca bibliográfica foi elaborado uma ficha catalográfica com a identificação do artigo, o tema central e os resultados e conclusões mais relevantes de cada artigo. Os resultados foram organizados

por meio de quadros. Foram feitas comparações entre os resultados dos artigos encontrados na revisão de literatura.

RESULTADOS

No Quadro 1 estão descritos os resultados dos artigos sobre IMC pré-gestacional, ganho de peso gestacional e estado nutricional atual (ENA).

Quadro 1. IMC pré-gestacional, ganho de peso gestacional e estado nutricional atual.

Autoria	Principais resultados
Agudelo-Espitia, Parra-Sosa e Restrepo-Mesa ¹⁰	28,7% e 15,6% IMC pré-gestacional sobrepeso e obesidade respectivamente. 63% das mulheres com excesso de peso pré-gestacional, tiveram ganho de peso excessivo.
Anjos <i>et al</i> ⁵	64% excesso de peso. 35% ganho de peso excessivo durante a gestação.
Faria ³	Mais de 40% engravidaram com excesso de peso e/ou chegaram ao final do período gestacional obesas.
FERREIRA <i>et al</i> ⁴	18,3%, 36,6% e 70,4% das gestantes com baixo peso, excesso de peso e obesidade apresentaram GP acima do recomendado, respectivamente.
Flores <i>et al</i> ¹¹	28,2% e 18,8% apresentaram IMC pré-gestacional sobrepeso e obesidade, respectivamente. A prevalência de ganho de peso gestacional excessivo foi de 35,9%.
Lana <i>et al</i> ¹²	31% IMC pré-gestacional excesso de peso. 21% ganho de peso excessivo na gestação.
Magalhães <i>et al</i> ⁷	A prevalência de ganho de peso semanal excessivo no segundo e terceiro trimestres foi de 42,5%.
Nehab <i>et al</i> ¹³	A prevalência de sobrepeso e obesidade pré-gestacional foi de 46%. O ganho de peso gestacional excessivo 41% das gestantes.
Pires <i>et al</i> ¹⁴	Metade apresentavam sobrepeso e a outra metade obesidade, segundo o IMC por semana gestacional.
Soares, Debortoli e Turmina ⁶	34% e 58% das gestantes com baixo peso e sobrepeso antes da gestação tiveram ganho de peso excessivo respectivamente.

No Quadro 2 estão os artigos sobre riscos de macrossomia, Diabetes Mellitus (DM), e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na gestação.

Quadro 2. Riscos de macrossomia, DM, HAS, parto cesárea e peso do recém-nascido.

Autoria	Principais resultados
Agudelo-Espitia, Parra-Sosa e Restrepo-Mesa ¹⁰	64,8% e 71,2% das gestantes com excesso de peso pré-gestacional e as com ganho de peso excessivo na gestação, tiveram filhos macrossômicos.
Alves <i>et al</i> ¹⁵	Os bebês grandes para a idade gestacional e os macrossômicos foram significativamente mais prevalentes entre mulheres obesas. As mulheres obesas têm prevalência maior de diabetes gestacional, distúrbios hipertensivos, e parto cesáreo do que as com peso normal ou baixo peso.
Faria ³	Parto cesáreo em 64,9% das mulheres com obesidade pré-gestacional e em 55,2% das com obesidade ao final da gestação. As intercorrências maternas durante a gestação registradas em 48,7% das mulheres com obesidade pré-gestacional e em 48,3% das com obesidade ao final da gestação.
Ferreira <i>et al</i> ⁴	Associação significativa entre obesidade no início da gestação e diabetes gestacional, 7,5 mais chance.
Lana <i>et al</i> ¹²	Maior prevalência de cesariana (52,6%) e macrossomia (6,6%) entre as mulheres que ganharam peso acima do recomendado, mas sem significância estatística.
Nehab <i>et al</i> ¹³	16,1% das gestantes apresentavam diabetes mellitus e 30,6% hipertensão. A idade gestacional, o IMC pré-gestacional, o ganho de peso gestacional e a presença de diabetes e hipertensão influenciam a composição corporal neonatal.
Soares, Debortoli e Turmina ⁶	Dos recém-nascidos com macrossomia, 7,4% foram de mães que ganharam peso adequado ou excessivo. 7,5% dos neonatos com baixo peso foram de mães que ganharam peso insuficiente.

Por fim, no Quadro 3 estão artigos sobre o consumo alimentar e orientações nutricionais durante a gestação.

Quadro 3. Consumo alimentar e orientações nutricionais durante a gestação.

Autoria	Principais resultados
Anjos <i>et al</i> ⁵	60% e 45% das gestantes com baixo peso apresentaram ingestão abaixo da recomendação para proteínas e energia respectivamente. 84,22% das obesas apresentaram ingestão energética inferior à necessidade estimada. 73,4% das com sobrepeso, apresentaram consumo adequado de lipídeos. 74% das mulheres, independente do estado nutricional apresentaram consumo energético inferior às recomendações. A ingestão de macro e micronutrientes apresentou-se inadequada na maioria das gestantes, podendo ter influenciado no GP inadequado.
Faria ³	53,0% das gestantes afirmaram terem sido orientadas quanto ao total (Kg) de peso a ganhar em toda a gestação; 63,5% quanto aos alimentos considerados saudáveis; 62,2% quanto ao consumo de gorduras e 52,6% quanto ao consumo de doces. Porém, 80,4% das mulheres, relataram não ter recebido orientações quanto ao consumo per capita diário de cada alimento e/ou grupo de alimentos por refeição. Além disso, 79,6% das mulheres não passaram por qualquer consulta com Nutricionista.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados dos estudos analisados (Quadro 1), nota-se um elevado percentual de mulheres que iniciaram suas gestações com algum desvio nutricional, em sua grande parte, com excesso de peso. Esse grande número de gestantes, que iniciam suas gestações com excesso de peso, pode ser explicado pela mudança dos padrões alimentares da população, que coincide com o aumento do número de mulheres em idade reprodutiva com sobrepeso e obesidade, por isso, muitas mulheres apresentam estado nutricional inicial da gestação inadequados^{1,3}.

A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019¹⁶, mostrou a presença de obesidade em 25,9% da população brasileira na faixa etária de 18 anos ou mais de idade, atingindo 29,5% das mulheres e 21,8% dos homens. Cerca de 62,6% das mulheres e 57,5% dos homens estão com sobrepeso no Brasil. Pode-se notar uma semelhança entre os valores encontrados na PNS para sobrepeso e obesidade em mulheres de 18 anos ou mais de idade, ou seja, em idade reprodutiva, e nos valores encontrados pelos estudos do Quadro 1, das gestantes que apresentavam excesso de peso pré-gestacional. Dado o

exposto, o sobrepeso e a obesidade em mulheres adultas são fatores de risco, pois na gestação esse estado nutricional pré-gestacional interfere nos desfechos da gestação e pode prejudicar a saúde materno-fetal¹⁶.

Outro fator tão importante quanto o estado nutricional pré-gestacional, para o desenvolvimento da gestação e seus desfechos, é o ganho de peso (GP) gestacional. As pesquisas listadas no Quadro 1, relatam um exacerbado número de gestantes com ganho de peso gestacional inadequados. Este é influenciado pelos hábitos alimentares e pelo estado nutricional inicial da gestação. É de acordo com a classificação do IMC pré-gestacional, que se define a meta de ganho de peso ao longo da gestação. As mulheres que iniciam suas gestações com algum desvio nutricional tendem a ter um ganho de peso inadequado. Como, por exemplo, as mulheres que apresentam excesso de peso anterior a gestação possuem maiores chances de ganharem peso excessivo durante essa fase^{4,10}.

Existem outros fatores além dos hábitos alimentares, que influenciam diretamente o estado nutricional das gestantes e o ganho de peso gestacional. Esses fatores que contribuem para o ganho de peso excessivo, apresentam relação com alguma vulnerabilidade: a baixa escolaridade da gestante, idade da gestante entre 20 e 39 anos, ser preta ou parda, ausência de companheiro, residentes em casas com mais de 5 pessoas, multíparas, que fizeram consumo de álcool e tabaco, que realizaram o acompanhamento pré-natal no serviço público, que tiveram poucas consultas de pré-natal, as com gestação de risco, com renda familiar menor que um salário mínimo e estado nutricional pré-gestacional de sobrepeso/obesidade. Outro ponto observado, foi a interferência das crenças que surgem durante a gestação, como a ideia de que as gestantes precisam “comer por dois” e saciar todos os seus desejos alimentares, que é um sentimento relatado com frequência por essas mulheres, com isso esses comportamentos prejudicam o consumo alimentar, e conseqüentemente prejudicam o ganho ponderal adequado^{7,12,14}.

Durante a gestação, o estado nutricional das mulheres é avaliado de acordo com o IMC atual por semana de gestação, e classificado conforme a curva de Atalah. Dessa forma, foi notado também numerosos casos de grávidas que continuaram a apresentar desvio nutricional. Como apresentado em algumas pesquisas, essa inadequação do estado nutricional, tanto no início da

gestação, quanto no final, está relacionada às intercorrências maternas e neonatais^{3,5}.

Contudo, mesmo que a inadequação antropométrica das gestantes seja algo comum, destaca-se que não é uma situação adequada e que merece atenção e intervenção pelos profissionais de saúde. Pois os estudos mostram que o percentual de casos com complicações está relacionado com o ganho de peso durante a gestação e o estado nutricional pré-gestacional. Por isso, o GP adequado interfere positivamente sobre a saúde materno-infantil^{2,5,17}.

O estado nutricional das mulheres interfere no peso do recém-nascido e na sua composição corporal. As gestantes que apresentam ganho de peso excessivo e IMC pré-gestacional excessivo, possuem maior probabilidade de terem filhos macrossômicos. Os filhos das gestantes que ganham peso insuficiente apresentam tendência de nascer com baixo peso. Assim, como mostra os resultados do Quadro 2, tanto o ganho de peso excessivo quanto o insuficiente, podem prejudicar o peso do recém-nascido. Dessa forma, a presença de diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial e ganho ponderal excessivo durante a gravidez favorecem o aumento da massa gorda do neonato. Porém, os filhos de diabéticas, mas com controle glicêmico, não apresentam diferença de massa gorda corporal em relação aos filhos de mulheres não diabéticas. Estudos apontam que a adiposidade do neonato, pode estar ligada a uma maior chance de desenvolver síndrome metabólica futuramente. Com isso, dentre a gestantes de baixo risco, o ganho de peso gestacional e o IMC pré-gestacional são importantes influenciadores no peso ao nascer^{6,10,13}.

A obesidade em gestantes está associada a maior prevalência de desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial e ocorrência de parto cesáreo. A presença de obesidade tanto no início, quanto no final da gestação aumentou a ocorrência de partos cesáreos, intercorrências maternas e neonatais. Por isso, essa enfermidade está relacionada a um maior risco de mulheres passarem por intercorrências gestacionais, quanto maior o IMC, maior o risco^{3,4,15}.

Com base no Quadro 3, é possível concluir que a maioria das gestantes apresentam consumo inadequado de macro e micronutrientes, em relação às recomendações nutricionais para mulheres grávidas. Essas mulheres, independentemente do seu estado nutricional, apresentaram inadequações do

consumo energético total, de proteínas e de lipídios, que, conseqüentemente, pode ter refletido, de forma negativa, no estado nutricional e ganho de peso durante a gestação⁵.

Essa inadequação do consumo alimentar, pode ser justificada pela insegurança alimentar (IA), que muitos brasileiros sofrem. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018, aponta que 36,7% dos domicílios apresentavam algum grau de insegurança alimentar, ressalta-se que houve um aumento dos casos quando comparada com a POF anterior. As regiões mais afetadas foram Norte e Nordeste, pois mais da metade dos domicílios não tinham acesso pleno e regular aos alimentos. Nos domicílios em que a mulher é a pessoa de referência, a prevalência de IA é maior, quando comparada com domicílios em que o homem é a pessoa de referência, ou seja, muitas mães solteiras sofrem essa realidade¹⁸.

O consumo de alimentos ultraprocessados apresenta tendência de aumento entre população brasileira e mundial. Estudos afirmam que o consumo desse tipo de alimento está relacionado com maior ingestão energética e de lipídios, e assim favorece o ganho de peso e de gordura abdominal, e pode ser um dos fatores que estão contribuindo para o crescimento da obesidade na população. Já o consumo de alimentos minimamente processados foi relatado como um fator protetor para alterações nos níveis de LDL- colesterol plasmático^{19,20}.

Ter uma alimentação a base de produtos processados e ultraprocessados é economicamente mais viável, já que o preço dos alimentos frescos, como carnes, leite, frutas e hortaliças, é maior em comparação com os alimentos ultraprocessados e grãos secos, como arroz e feijão. O que pode justificar a prevalência de grávidas com ganho de peso excessivo, que foi maior entre as que possuem baixa renda familiar, comparado com as de maior renda. Afinal, os alimentos mais calóricos e baratos combatem a fome, mas não beneficia a saúde, por isso, o consumo dos alimentos mais saudáveis e menos calóricos, como frutas e verduras, é menor entre as mulheres com alguma vulnerabilidade financeira^{7,21}.

A precariedade das orientações nutricionais foi citada por inúmeras pesquisas, que também pode ser uma justificativa do grande número de gestantes que apresentaram consumo alimentar inadequado. De acordo com os

estudos analisados (Quadro 3) muitas gestantes não foram orientadas em relação ao ganho de peso gestacional, ao consumo de alimentos saudáveis, a quantidade a ser consumida de cada grupo de alimentos por refeição, e ao consumo de gorduras e doces. É importante destacar, que um número elevado de mulheres, não passou por consulta com o nutricionista durante o pré-natal. Um fato preocupante, já que nessa fase elas precisam de um suporte nutricional ainda maior, pois um corpo terá que nutrir duas vidas, em que uma estará em desenvolvimento^{3,6}.

Essa falta de acompanhamento nutricional, pode ser um dos fatores responsáveis pelas inadequações do estado nutricional e ganho de peso das gestantes, já que são nessas consultas que é possível promover melhores hábitos alimentares dessas mulheres e monitorá-las. Além de tudo, é durante a gestação que as necessidades nutricionais das mulheres se alteram, e a frequência das carências nutricionais se tornam ainda maiores^{3,5}.

CONCLUSÃO

Dado o exposto, é possível concluir que o sobrepeso ou obesidade pré gestacional é um fator importante e que influencia de forma negativa o estado nutricional e o ganho de peso das gestantes. O consumo alimentar inadequado, a vulnerabilidade social e falhas nas orientações durante a gestação são fatores que contribuem para o ganho de peso inadequado. Nos estudos avaliados a maioria das mulheres tendem a ter um ganho de peso inadequado, e que ele está ligado aos desfechos gestacionais indesejáveis, e que conseqüentemente influenciam a saúde materno fetal. Por isso, é necessário haver um maior comprometimento e melhoramento das intervenções nutricionais, durante essa fase da mulher, em que os cuidados com a saúde se tornam ainda maiores, a fim de evitar problemas durante a gestação, e na saúde materna e do recém-nascido a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. 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 Nov; 22 (11): 2401-9. doi: [10.1590/S0102-311X2006001100014](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100014).

2. Assunção PL, Melo ASO, Gondim SSR, Benício MHD'A, Amorim MMR, Cardoso MAA. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). Rev. bras. epidemiol. 2007 Sept; 10 (3): 352-60. doi: [10.1590/S1415-790X2007000300006](https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300006).

3. Faria F. Sobrepeso/Obesidade e intercorrências obstétricas e neonatais no município do Rio de Janeiro [tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2016. [citado em 2021 maio 12]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20943>.

4. Ferreira LAP, Piccinato CA, Cordioli E, Zlotnik E. Pregestational body mass index, weight gain during pregnancy and perinatal outcome: a retrospective descriptive study. Einstein (São Paulo). 2020; 18: 1-6. doi: [10.31744/einstein_journal/2020AO485](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO485).

5. Anjos FCQS, Moreira RAM, Brito EBL Jr, Araújo MLS, Pires FP, Pinheiro BTS, et al. Nutritional status associated with nutrient consumption in pregnant women. Saúde e Pesqui. 2020 abr/june; 13 (2): 319-30. doi: [10.17765/2176-9206.2020v13n2p319-330](https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p319-330).

6. Soares D, Debortoli CC, Turmina J. Estado Nutricional Pré-Gestacional e Ganho de Peso Gestacional na Influência do Peso de Recém-Nascidos em uma Clínica de Joinville – SC. Rev. Bras. Ciênc. Saúde. 2020; 24 (1): 115-22. doi: [10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n1.43622](https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n1.43622).

7. Magalhães EIS, Maia DS, Bonfim CFA, Netto MP, Lamounier JA, Rocha DS. Prevalence and factors associated with excessive weight gain in pregnancy in health units in the southwest of Bahia. Rev. bras. epidemiol. 2015 Oct/Dec; 18 (4): 858-69. doi: [10.1590/1980-5497201500040014](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040014).

8. Seligman LC, Duncan BB, Branchtein L, Gaio DSM, Mengue SS, Schmidt MI. Obesity and gestational weight gain: cesarean delivery and labor complications. Rev. Saúde Pública. 2006 June; 40 (3): 457-65. doi: [10.1590/S0034-89102006000300014](https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300014)

9. Vítolo MR, Bueno MSF, Gama CM. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011 Jan; 33 (1): 13-9. doi: [10.1590/S0100-72032011000100002](https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000100002).

10. Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL. Factors associated with fetal macrosomia. *Rev. Saúde Pública*. 2019; 53: 1-10. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001269.

11. Flores TR, Nunes BP, Miranda VIA, Silveira MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Ganho de peso gestacional e retenção de peso no pós-parto: dados da coorte de nascimentos de 2015, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36 (11): 1-10. doi: 10.1590/0102-311X00203619.

12. Lana TC, Oliveira LVA, Martins EF, Santos NCP, Matozinhos FP, Felisbino-Mendes MS. Prevalence, associated factors and reproductive outcomes related to excessive gestational weight gain. *Rev. enferm. UERJ*. 2020; 28: 1-8. doi: [10.12957/reuerj.2020.53127](https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.53127).

13. Nehab SRG, Villela LD, Abranches AD, Rocha DM, Silva LML, Amaral YNV, et al. Influence of gestational and perinatal factors on body composition of full-term newborns. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2020 Nov/Dec; 96 (6): 771-7. doi: [10.1016/j.jped.2019.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.09.006).

14. Pires CC, Rodrigues ML, Capelli JCS, Santos MMAS, Baião MR. Nutritional attention and food practices in the perspective of overweight pregnant women. *Demetra (Rio J.)*. 2020; 15: 1-11. doi: 10.12957/demetra.2020.40556.

15. Alves P, Malheiro MF, Gomes JC, Ferraz T, Montenegro N. Risks of Maternal Obesity in Pregnancy: A Case-control Study in a Portuguese Obstetrical Population. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2019 Dec; 41 (12): 682-7. doi: [10.1055/s-0039-3400455](https://doi.org/10.1055/s-0039-3400455).

16. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. Brasília: Agência IBGE Notícias; 2019. [citado em: 2021 maio 13]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29203-pns-2019-quem-mais-utiliza-o-sus-avaliou-mais-positivamente-a-qualidade-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude>.

17. Kac G, Velásquez-Meléndez G. Gestational weight gain and macrosomia in a cohort of mothers and their children. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2005 Jan/Feb [citado em 2021 maio 13]; 81 (1): 47-53. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

18. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 – POF. Rio de Janeiro, 2019. [citado em 2021 maio 13]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28646-pof-2017-2018-brasileiro-ainda-mantem-dieta-a-base-de-arroz-e-feijao-mas-consumo-de-frutas-e>

[legumes-e-abaixo-do-esperado#:~:text=O%20consumo%20alimentar%20fora%20do,36%2C5%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.&text=A%20contribui%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dia%20do%20consumo,em%20todas%20as%20grandes%20regi%C3%B5es.](#)

19. Canhada SL. Consumo de alimentos ultraprocessados e incidência de sobrepeso e obesidade e alterações longitudinais no peso e na cintura no Elsa-Brasil [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. [citado em 2021 maio 13]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178998/001064317.pdf?sequence=1>.

20. Santana GJ, Silva NJ, Costa JO, Vásquez CMP, Vila-Nova TMS, Vieira DAS, et al. Contribution of minimally processed and ultra-processed foods to the cardiometabolic risk of Brazilian young adults: a cross-sectional study. *Nutr. Hosp.* 2021 mar/apr; 38 (2): 328-36. doi: [10.20960/nh.03183](https://doi.org/10.20960/nh.03183).

21. Claro RM, Maia EG, Costa BVL, Diniz DP. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. *Cad. Saúde Pública.* 2016 ago; 32 (8): 1-13. doi: [10.1590/0102-311X00104715](https://doi.org/10.1590/0102-311X00104715).

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA DE SAUDE PUBLICA DO PARANÁ

Diretrizes para Autores

A Revista de Saúde Pública do Paraná (RSPP) não aceitará publicações de textos já apresentados em outros veículos, tanto na íntegra quanto parcialmente. Portanto a contribuição deve ser original, inédita e não estar em processo de avaliação por outra revista.

A RSPP não cobra taxa para submissão, processamento e envio dos manuscritos. O encaminhamento do texto, documentos suplementares e o preenchimento dos dados são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. As opiniões, conceitos e a exatidão das citações expressos nos trabalhos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo a posição do Conselho Editorial da Revista de Saúde Pública do Paraná.

Os textos deverão ser encaminhados no idioma Português (BR) através do sistema OJS (*Open Journal Systems*).

O nome completo, código ORCID, área de atuação (médico, enfermeiro, psicólogo, etc), titulação máxima, filiação (instituição de origem, cidade, estado e país) e e-mail de cada autor devem ser informados **apenas** nos metadados e **na página de título e identificação (documento suplementar)**, ambos por meio do sistema OJS. O conselho editorial assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto a sua participação.

É de responsabilidade do(s) autor(es) acompanhar o processo de submissão e manter seu e-mail atualizado no sistema OJS para receber todas as comunicações

relacionadas ao processo. Cabe ainda comunicar a RSPP qualquer problema que possa ocorrer neste sentido.

Para a avaliação dos trabalhos, os autores deverão assinalar sua concordância com a “**Declaração de Direito Autoral**” do Creative Commons. Ao clicar neste ícone, via sistema OJS, será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição.

AUTORIA

Os critérios de autoria se pautam nas deliberações do ICMJE, o qual determina que o reconhecimento da autoria fundamenta-se em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Revisão e /ou aprovação final da versão a ser publicada;
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Estas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Considerações relativas à ordem de citação dos autores são de responsabilidade dos mesmos e devem ser resolvidas antes da submissão. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do manuscrito e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. Não há limite de número de autores, desde que todos preencham os critérios de contribuição.

Para submissão, deve ser acrescentado o código ORCID do(s) autor(es) no sistema OJS. Caso o(s) mesmo(s) não tenha(m) seu ORCID iD, recomendamos inscrever-se previamente em www.orcid.org.

Quanto aos dados da submissão e metadados, no sistema OJS o autor submetente deve informar: seção (tipo de trabalho/categoria), título do manuscrito, dados de todos os autores (nome completo, e-mail, país ORCID iD e papel), bem como inserir as palavras-chave, agências de fomento, quando houver; e as referências, no Estilo Vancouver.

Os autores devem respeitar normas éticas para a publicação do manuscrito, sendo obrigatória a citação adequada de trabalhos de outros autores e o respeito aos direitos autorais em material protegido por *copyright*. As submissões passarão por análise de plágio em base de dados e softwares adequados para este fim. As submissões em que plágio for detectado serão imediatamente rejeitadas.

Os autores deverão informar na Cover Letter para submissão do manuscrito possíveis conflitos de interesse, sejam políticos e/ou financeiros, que possam influenciar seu trabalho.

CATEGORIAS DE TRABALHOS ACEITOS

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, e também formulações discursivas teorizantes e pesquisas com abordagem quantitativa e/ou qualitativa. Podem conter até cinco ilustrações (tabelas, quadros, gráficos e/ou figuras) e, no máximo, 6.000 palavras (exceto as referências), incluindo resumo até 150 palavras, sem abreviaturas. Limite de 30 referências.

Artigos de revisão: trabalhos que apresentam como método de pesquisa a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, podendo ser revisão bibliométrica, sistemática ou integrativa. Não serão aceitas revisões narrativas (que não

indiquem as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção de trabalhos). Podem conter até quatro ilustrações (tabelas, quadros, gráficos e/ou figuras) e, no máximo, 5.000 palavras (exceto as referências), incluindo resumo até 150 palavras, sem abreviaturas. Para essa categoria não há limite de referências.

Relatos de Experiência: trabalhos que relatam experiências inovadoras em saúde, com potencial de extrapolação e possibilidades de aplicação em outras realidades. Essa modalidade de submissão engloba relatos de projetos aplicativos ou de intervenção, devendo conter objetivos e as formas para alcançá-los. Todo o relato de experiência que envolver seres humanos, sejam eles funcionários, pacientes, alunos, gestores e/ou instituição que permita o reconhecimento da identidade de alguma forma, deve também apresentar aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Podem conter até quatro ilustrações (tabelas, quadros, gráficos e/ou figuras) e, no máximo, 5.000 palavras (exceto as referências), incluindo resumo até 150 palavras, sem abreviaturas. Limite de 30 referências.

Comunicações breves: relatos curtos de contribuições de interesse para a saúde pública, cujo conteúdo não comporte análises e discussão de maior abrangência. Limita-se a 2.000 palavras (exceto as referências), incluindo resumo de até 100 palavras, sem abreviaturas, e uma ilustração (tabelas, quadros, gráficos ou figuras).

DOCUMENTO PARA SUBMISSÃO

Declaração de Direito Autoral

Trata-se da concordância, no ato da submissão via sistema OJS, pelo autor submetente, da "Declaração de Direito Autoral", conforme orientações prestadas anteriormente.

Página de título e identificação - ANEXO

Trata-se de documento suplementar, a ser inserido como "Arquivos da Submissão" no sistema OJS, o qual deve estar preenchido com: 1) categoria do artigo, 2) título em português e inglês, 3) identificação de todos os autores - nome completo, ORCID, área de atuação (médico, enfermeiro, psicólogo, etc), titulação máxima, filiação (instituição), cidade, estado e país; e e-mail, além da 4) informação do autor designado como correspondente, com endereço físico e eletrônico.

Carta de submissão (COVER LETTER) - ANEXO

Deve ser dirigida ao Editor Chefe, assinada pelo autor submetente, e anexada, também no momento da submissão como documento suplementar em "Arquivos da Submissão". A carta deve conter: 1) título completo do manuscrito submetido em português; 2) afirmação de que sua apresentação é exclusiva para a RSPP; 3) declaração de compromisso em inserir corretamente os metadados do manuscrito; 4) declaração que evidencie a principal contribuição científica do manuscrito submetido e sua adequação ao escopo da Revista (porque é pertinente ao público-alvo da RSPP); 5) expressar possíveis conflitos de interesse às políticas de financiamento do trabalho; e 6) Manifestar, para aqueles que tenham no mínimo Graduação e/ou de preferência Especialização numa determinada área, a intenção e disposição em atuar como avaliador de, pelo menos, um manuscrito em futuras edições da mesma.

Declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Para pesquisas que envolvam seres humanos, deverão ser indicados os procedimentos adotados para atender o constante nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Declaração de aprovação do CEP (digitalizada e em formato PDF) deverá ser anexada, assim como os demais documentos, no momento da submissão, em "Arquivos da Submissão". O número do parecer de aprovação do projeto de pesquisa e a data de aprovação pelo CEP deverão constar no último parágrafo do método do trabalho. Salientamos que todo manuscrito que envolva seres humanos, como

pesquisas originais do tipo estudo de caso, e relatos de experiência devem ter aprovação do CEP.

ESTRUTURA DO TEXTO

Artigo original e **artigo de revisão** deve seguir a estrutura do texto conhecida como IMRD: Introdução, Método, Resultados e Discussão, seguido por Conclusão ou Considerações Finais. Os elementos desta estrutura devem conter:

Introdução: apresentação do tema, definição do problema de pesquisa, revisão da literatura e objetivo. **Método:** metodologia empregada, descrição da amostra estudada, participantes do estudo ou fonte de dados, local de realização da pesquisa (sem citar o nome da instituição, a menos que haja autorização prévia), data da coleta de dados, técnica utilizada na coleta de dados, critérios de seleção da amostra. Todo o método deve estar escrito de forma clara, objetiva, compreensiva e completa. Inserir que a pesquisa obedeceu aos padrões éticos e, se envolver seres humanos, inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, no último parágrafo desta seção. **Resultados:** apresentado com uma sequência lógica. Se houver tabelas, quadros, gráficos e/ou figuras, estas informações devem ser complementares, imediatamente ou o mais próximo possível, a sua menção no texto desta seção. **Discussão:** deverá seguir a mesma sequência dos resultados, com a comparação/discussão com a literatura e a interpretação dos autores. **Conclusão ou Considerações Finais:** destaque aos achados de maior importância e comentários sobre as limitações e implicações para futuras pesquisas.

Relato de experiência e **comunicação breve** deve seguir a mesma estrutura do artigo original ou de revisão (Introdução, Método, Resultados e Discussão, seguido por Conclusão ou Considerações Finais), porém podem ter **Resultados e Discussão** em uma mesma seção.

FORMATAÇÃO

O manuscrito deve ser redigido de acordo com o **Estilo Vancouver**, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>), **não devendo constar o nome dos autores na elaboração do texto, conforme exemplo a seguir:**

CORRETO: Estudo realizado por pesquisadores brasileiros¹.

INCORRETO: Silva (2010) realizou estudo...

Quanto à formatação utilizar:

- **Fonte:** Arial 12. Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.
- **Itálico:** Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.
- **Espaçamento:** entrelinhas 1,5 (inclusive resumo). Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas, em depoimentos e referências bibliográficas.
- **Recuo especial**, na primeira linha, de 1,25 cm (exceto no Resumo/Abstract e Referências).
- **Alinhamento** justificado (inclusive referências).
- Todas as **páginas numeradas** (superior direito).
- Todas as **margens da página** em 2,5 cm.
- **Formato:** Word, OpenOffice ou RTF.

Deve ser escrito de maneira objetiva, mantendo a linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores do texto em português e/ou tradutores do resumo em inglês), antes de submeter o manuscrito para verificação de incorreções/inadequações morfológicas/sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Deve ser escrito na voz ativa e terceira pessoa do singular. **Os títulos das seções textuais (INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO OU**

CONSIDERAÇÕES FINAIS) devem ser destacados em caixa alta e negrito, sem recuo e sem numeração.

Para acessar:

- Template para elaboração do manuscrito [CLIQUE AQUI](#).
- Checklist para conferência das normas editoriais [CLIQUE AQUI](#).

DEVE CONTER:

Título: centralizado em caixa alta e baixa e negrito, com no máximo 15 palavras e espaçamento simples.

Title: logo abaixo do Título, centralizado em caixa alta e baixa, sem negrito e espaçamento simples.

RESUMO: informativo, comunicando ao leitor objetivo(s), método, resultados e conclusões ou considerações finais. Deve conter, no máximo, 150 palavras, sem abreviaturas, composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e **não** de enumeração de tópicos, em parágrafo único, sem recuo. A primeira frase deve ser significativa, explicando o tema principal do documento. Deve ser utilizado verbo na voz ativa e terceira pessoa do singular.

DESCRITORES: devem figurar logo abaixo do resumo, sendo a expressão "**DESCRITORES**" em caixa alta e negrito, separados entre si por ponto, a primeira letra de cada palavra do descritor em caixa alta e espaçamento simples (Exemplo: Educação Baseada em Competências. Educação Profissionalizante. Aprendizagem.). Utilizar de 3 a 5 descritores que devem constar no índice dos Descritores em Ciências da Saúde DeCS (<http://decs.bvs.br>). Lembrar de clicar em: "Descritor Exato".

ABSTRACT: refere-se à tradução do RESUMO do português para o inglês.

DESCRIPTORS: logo abaixo do ABSTRACT, tradução dos DESCRITORES do português para o inglês (como expresso no DeCS).

CITAÇÕES: utilizar o sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes **sobrescritos e sem parênteses, antes do ponto, sem mencionar o nome dos autores**. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen (Exemplo: ⁷⁻⁹ – a informação refere que as referências 7, 8 e 9 estão inclusas), quando intercaladas devem ser separadas por vírgula (Exemplo: ^{7,9} - a informação refere que as referências 7 e 9 estão inclusas). Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do(s) autor(es) (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto até três linhas (sem itálico), em caso de citação com mais de três linhas, colocar em outro parágrafo, com recuo de 2,5 cm. Em ambos casos, citar a referência correspondente e página separados por dois pontos (Exemplo: ^{8:13} – a informação se refere à referência 8, página 13). Supressões devem ser indicadas pelo uso da reticência entre colchetes [...].

DEPOIMENTOS: Deverão constar em novo parágrafo, com recuo do bloco em 2,5 cm, digitado em fonte Arial 12 em itálico, com espaçamento simples entrelinhas, sem aspas. Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do participante deve ser codificada (explicar a codificação no método), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto. Exemplo: [Educação] *é um processo para aquisição de saberes, habilidades e valores [...].* (Professor 4)

REFERÊNCIAS: a RSPP adota os “Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, **Estilo Vancouver**, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> ou [http](http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html)

[://www.unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Vancouver-20200520.pdf](http://www.unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Vancouver-20200520.pdf).

Os títulos dos periódicos devem estar abreviados e de acordo com informação na página oficial eletrônica do periódico ou no Portal de Revistas BVS: <http://portal.revistas.bvs.br>, ou no Catálogo Coletivo Nacional: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>

Na lista de referências, estas devem estar numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas. Os autores são referenciados pelo sobrenome, seguido dos nomes abreviados e sem o ponto. Caso o documento possua mais que seis autores, citar os seis primeiros seguidos da expressão *et al*. Não serão aceitas referências de fim de página ou nota de rodapé.

Caso o artigo a ser citado esteja no idioma inglês e português, referenciá-lo em inglês.

As citações de guias, manuais, cartilhas, cartazes e afins, serão aceitas somente quando extraídas de organizações oficiais, exemplo: IBGE, WHO, Ministério da Saúde, INCA, etc.

Não serão aceitas referências/citações de resumos e *abstracts*.

Limite máximo de 30 referências. **Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências.**

Observação: Quando o artigo possuir DOI, esse deverá ser utilizado como endereço eletrônico.

Exemplos de referências:

- **Livro**

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

- **Capítulo de Livro**

Figueiredo N, Silveira FMM, Neves JC, Magalhães BG, Goes PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 195-209.

- **Artigo apresentado em conferência**

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

- **Artigo de periódico**

Schwartz B. The evolving relationship between specialists and general dentists: practical and ethical challenges. J Am Coll Dent. 2007; 74(1):22-6.

- **Artigo de periódico on-line**

Sade PMC, Peres AM. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 02]; 49(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600016>.

Merhy EE. Educação Permanente em Movimento. Saúde em Redes. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 02]; 1(1). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>.

- **Página na internet**

World Health Organization (WHO). WHO global consultation on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [citado em 2018 Dez 29]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf.

ILUSTRAÇÕES: no **máximo** cinco para artigos originais, quatro para artigos de revisão e relatos de experiência e uma para comunicações breves. Correspondem a tabelas, quadros, gráficos e/ou figuras. Devem ser apresentadas com o seu título na parte superior e alinhado à esquerda, numeradas consecutivamente. Devem ser construídas para sua reprodução direta (editáveis) sempre que possível. As tabelas devem ser abertas nas laterais, utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior. Não devem apresentar nem linhas verticais e nem horizontais no seu interior; os quadros devem ser fechados. As ilustrações devem estar referenciadas no texto da seguinte forma: **Figura 1., Quadro 1., Gráfico 1., etc.** **A legenda deve constar na parte inferior da ilustração, em fonte 11, alinhado à esquerda.** A fonte das tabelas, quadros e gráficos realizados pelos autores deve ser indicada com o termo: Elaborado pelos autores (ano).

AGRADECIMENTOS: devem ser breves e objetivos, reservados às pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizados como coautoras, ou instituições financiadoras e de apoio de outros recursos.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados serão submetidos a uma primeira análise pela Comissão Editorial da RSPP para verificação da contribuição à linha editorial e se estão adequados às instruções estabelecidas nestas diretrizes. Pode-se inclusive, nesta fase, ser requerido aos autores que se façam modificações em prazo estabelecido. A decisão da análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do manuscrito é realizada pelo sistema *peer review*, quando membros do conselho editorial ou ad-hoc, convidados pela Comissão Editorial, avaliam o mérito do mesmo. Serão enviados trabalhos para dois pareceristas e, após o recebimento das avaliações, o editor decidirá pelo

prosseguimento da submissão, que pode ser: aceitação do manuscrito para publicação, reenvio ao autor para reformulação ou rejeição justificada aos autores. Será estabelecido prazo para que os trabalhos, que necessitem de reformulação, sejam reenviados via sistema de editoração, caso contrário, a submissão será arquivada. Caso o número de trabalhos aprovados exceda o número de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados em edição posterior.

Além das normas, a avaliação terá como critérios: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

PROVA

O autor receberá em formato .pdf a prova final do artigo para publicação, em que apenas correções formais podem ser realizadas. O prazo para essa revisão é de 48 horas.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

A) Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

B) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

C) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer

ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

PÁGINA DE TÍTULO E IDENTIFICAÇÃO

ARTIGO DE REVISÃO

Estado nutricional, ganho de peso gestacional e saúde Materno-Infantil

Nutritional status, gestational weight gain and maternal and child health

Luiza Lemos Camilo¹, Ana Clara Martins e Silva Carvalho²

1. <https://orcid.org/0000-0002-0425-7191>. Acadêmica do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, Goiás, Brasil. luizalemoscamilo@icloud.com.

2. <https://orcid.org/0000-0002-9278-7896>. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. anaclaramartins@gmail.com.