

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

BIBLIOTECA - EMESCAM

INGRID HÉLLEN ANDRÉ BARRETO
RENATA CRISTINA MOREIRA QUEIROZ

**PERFIL DE GESTANTES TABAGISTAS ATENDIDAS EM DOIS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS E EFEITOS NOS RECÉM-NASCIDOS**

VITÓRIA
2014

INGRID HÉLLEN ANDRÉ BARRETO
RENATA CRISTINA MOREIRA QUEIROZ

BIBLIOTECA - EMESCAM

**PERFIL DE GESTANTES TABAGISTAS ATENDIDAS EM DOIS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS E EFEITOS NOS RECÉM-NASCIDOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador (a): Profa. Dr^a. Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira

Coorientador (a): Profa. Dr^a. Flávia Imbroisi Valle Errera

VITÓRIA
2014

INGRID HÉLLEN ANDRÉ BARRETO
RENATA CRISTINA MOREIRA QUEIROZ


BIBLIOTECA - EMESCAM

PERFIL DE GESTANTES TABAGISTAS ATENDIDAS EM DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EFEITOS NOS RECÉM-NASCIDOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 14 de novembro de 2014.

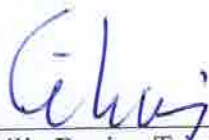
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.ª. Andrea Lube Antunes de S. Tiago Pereira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Hospital Cassiano Antônio de Moraes
Orientadora



Prof. Dr.ª. Flávia Imbroisi Valle Errera
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Coorientadora



Prof. Dr.ª. Célia Regina Trindade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, que iluminou meu caminho durante esta caminhada. Aos meus pais e às minhas irmãs, por todo apoio, nesse e em todos os momentos da minha formação e da minha vida. Às minhas colegas Márya e Renata, por terem me acompanhado nessa jornada.

Ingrid Héllen André Barreto

Agradeço, primeiramente a Deus por mais uma etapa concluída rumo ao tão sonhado CRM. Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos. A Bruna, por ser sempre meu porto seguro, a mão que me ampara. Ao Clayton, por estar ao meu lado em mais uma conquista. E claro, não podia deixar de agradecer ao meu trio, Ingrid e Márya, por terem participado efetivamente da para a realização e conclusão deste trabalho.

Renata Cristina Moreira Queiroz

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, pelo dom da vida e por nos direcionar nesta jornada.

Aos nossos pais, pela dedicação incondicional e apoio à nossa formação médica e pessoal.

Aos nossos irmãos, por toda paciência e confiança.

Aos nossos amigos, pelo companheirismo e todo o suporte.

Às professoras Dr^a. Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira e Dr^a. Flávia Imbroisi Valle Errera por toda orientação e apoio na elaboração deste trabalho.

À professora Eliete Rabbi Bortolini por nos permitir fazer parte do projeto matriz.

À professora Maria das Graças Silva Mattede por toda contribuição.

Aos funcionários da maternidade que estavam sempre dispostos a sanar nossas dúvidas, e por nos auxiliarem na coleta de dados.

Agradecemos ainda aos pacientes e seus responsáveis, por aceitarem participar deste trabalho.

À FACITEC, pelo incentivo à pesquisa. Ao SESA/PPSUS –FAPES/ CNPq, por permitir a realização deste grande projeto.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

O tabagismo na gestação ainda é um grande problema de saúde pública devido ao impacto negativo sobre a saúde materno-fetal. Objetivo: Verificar a prevalência do consumo de tabaco na gestação e os fatores maternos associados ao tabagismo, bem como analisar suas repercussões nos recém-nascidos em relação à antropometria e malformações. Métodos: Estudo transversal realizado em duas maternidades entre abril de 2011 e maio de 2012. As puérperas que referiram o uso de tabaco em qualquer trimestre da gestação e seus respectivos neonatos (expostos), foram incluídos e comparados com o grupo que não relatou esse hábito (não expostos). As malformações foram classificadas utilizando protocolo clínico, Merck et al (2003) modificado, para triagem precoce. As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo que nas com distribuição normal foi utilizado o teste t de student e nas sem distribuição normal o teste t de Mann Whitney. Para comparar variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado ou de Fisher. Resultados: Foram atendidas 2213 puérperas, das quais 243 (10.98%) relataram consumo de tabaco. As gestantes tabagistas apresentaram menor planejamento da gravidez, nível de escolaridade mais baixo, menor número de consultas no pré-natal, maior número de filhos, história de aborto espontâneo mais frequente e maior frequência de consumo de álcool e drogas ilícitas. Os neonatos expostos apresentaram menores parâmetros antropométricos, maior frequência de peso abaixo do p10 e aumento significativo do risco para anomalias faciais e para fissuras palatina e labial. Conclusão: As mulheres devem ser orientadas quanto à importância da adesão às consultas pré-natais, bem como do risco associado a hábitos inadequados para suas gestações. Os médicos devem oferecer intervenções e aconselhamento para dependência do tabaco desde a primeira consulta de pré-natal, assim como durante toda a gestação.

Palavras-chave: Tabaco; Gravidez; Recém-nascidos; Anormalidades congênitas.

ABSTRACT

Smoking during pregnancy is still a major public health problem due to the negative impact on maternal and fetal health. Objective: To determine the prevalence of tobacco use during pregnancy and its reasons for use, as well as to analyze its impact on newborns in relation to anthropometry and malformations. Methods: Cross-sectional study in two hospitals between April 2011 and May 2012. The women who reported smoking in any trimester of pregnancy and their neonates (exposed) were included and compared with the group that did not report this habit (not exposed). The malformations were classified using the protocol modified of Merck et al (2003), for early screening. Quantitative variables were assessed regarding the normality with the Kolmogorov - Smirnov test, whereas those with normal distribution were used the Student t test and in those with abnormal distribution, the Mann hitney t test was used. To compare categorical variables, the chi-square or Fisher's exact test was used. Results: 2213 postpartum women, of which 243 (10.98 %) reported tobacco use. The pregnant smokers had lower pregnancy planning, lower educational level, fewer prenatal visits, more children, further frequent history of miscarriage and increased frequency of consumption of alcohol and illicit drugs. Exposed neonates have lower anthropometric parameters, higher frequency of small for gestational age and significantly increased risk for facial anomalies and cleft lip and palate. Conclusion: Women should be counseled about the importance of adherence to prenatal visits, as well as for the risks associated with inadequate for their pregnancy habits. Clinicians should provide counseling and interventions for tobacco dependence from the first prenatal consultation, as throughout pregnancy.

Keywords: Tobacco. Pregnancy. Newborn. Congenital Abnormalities.

SUMÁRIO

1 PERFIL DE GESTANTES TABAGISTAS ATENDIDAS EM DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EFEITOS NOS RECÉM-NASCIDOS	9
1.1.FOLHA DE ROSTO.....	9
1.2.RESUMO.....	11
1.3.ABSTRACT.....	12
1.4.INTRODUÇÃO.....	13
1.5.MÉTODOS.....	15
1.6.RESULTADOS.....	17
1.7.DISSCUSSÃO.....	18
1.8.AGRADECIMENTOS.....	21
1.9.REFERÊNCIAS.....	22
1.10 TABELAS.....	25
1.11 ANEXO 1.....	27
1.12 ANEXO 2.....	29
1.13 TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	36
1.14 DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES.....	37
1.15 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS.....	38
2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	39
3 ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	47

1 PERFIL DE GESTANTES TABAGISTAS ATENDIDAS EM DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EFEITOS NOS RECÉM-NASCIDOS

1.1 FOLHA DE ROSTO

TÍTULO

Perfil de Gestantes Tabagistas Atendidas em dois Hospitais Universitários e Efeitos nos Recém-nascidos

Profile of pregnant smokers answered in two university hospitals and effects on newborn

AUTORES

Ingrid Hellen AndréBarreto

E-mail: ingridhabarreto@hotmail.com

Renata Cristina Moreira Queiroz

E-mail: renatacmqueiroz@hotmail.com

Estudantes de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil

Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira

E-mail: andrea.lube@terra.com.br

Professora da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil

Médica neonatologista no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Vitória - Espírito Santo - Brasil

Flávia Imbroisi Valle Errera

E-mail: flavia.errera@emescam.br

Professora da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória
- Espírito Santo -Brasil

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória/ES

Rua Dr.João dos Santos Neves, 143. Vila Rubim, Vitória-ES CEP: 29.018-180.

Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Vitória/ES

Avenida Marechal Campos, 1648. Maruípe, Vitória-ES. CEP: 29.040-090.

FINANCIAMENTO

PPSUS/SESA- FAPES - DECIT- CNPq – FACITEC

CORRESPONDÊNCIA

Ingrid Héllen AndréBarreto

Rua Odette de Oliveira Lacourt, 690/ apto 403. Jardim da Penha, Vitória- ES

CEP: 29.060-050.

Celular: (27) 99608-9693

E-mail: ingridhabarreto@hotmail.com

1.2 RESUMO

O tabagismo na gestação ainda é um grande problema de saúde pública devido ao impacto negativo sobre a saúde materno-fetal. Objetivo: Verificar a prevalência do consumo de tabaco na gestação e os fatores maternos associados ao tabagismo, bem como analisar suas repercussões nos recém-nascidos em relação à antropometria e malformações. Métodos: Estudo transversal realizado em duas maternidades entre abril de 2011 e maio de 2012. As puérperas que referiram o uso de tabaco em qualquer trimestre da gestação e seus respectivos neonatos (expostos) foram incluídos e comparados com o grupo que não relatou esse hábito (não expostos). As malformações foram classificadas utilizando protocolo clínico, Merck et al (2003) modificado, para triagem precoce. As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo que nas com distribuição normal foi utilizado o teste t de student e nas sem distribuição normal o teste t de Mann Whitney. Para comparar variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado ou de Fisher. Resultados: Foram atendidas 2213 puérperas, das quais 243 (10.98%) relataram consumo de tabaco. As gestantes tabagistas apresentaram menor planejamento da gravidez, nível de escolaridade mais baixo, menor número de consultas no pré-natal, maior número de filhos, história de aborto espontâneo mais frequente e maior frequência de consumo de álcool e drogas ilícitas. Os neonatos expostos apresentam menores parâmetros antropométricos, maior frequência de pequeno para a idade gestacional e aumento significativo do risco para anomalias faciais e para fissuras palatina e labial. Conclusão: As mulheres devem ser orientadas quanto à importância da adesão às consultas pré-natais, bem como do risco associado a hábitos inadequados para suas gestações. Os médicos devem oferecer intervenções e aconselhamento para dependência do tabaco desde a primeira consulta de pré-natal, assim como durante toda a gestação.

Palavras-chave: Tabaco; Gravidez; Recém-nascidos; Anormalidades congênitas.

1.3 ABSTRACT

Smoking during pregnancy is still a major public health problem due to the negative impact on maternal and fetal health. Objective: To determine the prevalence of smoking during pregnancy and maternal factors associated with smoking as well as to analyze its impact on newborns in relation to anthropometry and malformations. Methods: Cross-sectional study in two hospitals between April 2011 and May 2012. The women who reported using tobacco in any trimester of pregnancy and their neonates (exposed) were included and compared with the group that did not report this habit (not exposed). The malformations were classified using the protocol modified of Merck et al (2003), for early screening. Quantitative variables were assessed for normality with the Kolmogorov - Smirnov test, and the normal distribution with the Student t test and the non-normal distribution, the Mann Whitney t test was used. To compare categorical variables, the chi-square or Fisher's exact test was used. Results: 2213 postpartum women, of which 243 (10.98 %) reported tobacco use were met. The pregnant smokers had lower pregnancy planning, educational level lower, fewer prenatal visits, more children, more frequent history of miscarriage and increased frequency of consumption of alcohol and illicit drugs. Exposed neonates have lower anthropometric parameters, higher frequency of small for gestational age and significantly increased risk for facial anomalies and cleft lip and palate. Conclusion: Women should be counseled about the importance of adherence to prenatal visits, as well as the risk associated with inadequate for their pregnancies habits. Clinicians should provide counseling and interventions for tobacco dependence from the first prenatal consultation, as well as throughout pregnancy.

Keywords: Tobacco. Pregnancy. Newborn. Congenital Abnormalities.

1.4 INTRODUÇÃO

Perfil de gestantes tabagistas atendidas em dois hospitais universitários e efeitos nos recém-nascidos

Profile of pregnant smokers seen in two university hospitals and the effects on newborn

O uso de tabaco é preocupante e é um grande problema de saúde pública, repercutindo de maneira assustadora na sociedade em que vivemos, sendo considerado como a principal causa de morte evitável na população em todo mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Nas gestantes, esse problema ganha ainda mais importância devido ao impacto negativo sobre a saúde materna e fetal^{2, 3}. De acordo com o Ministério da Saúde, o uso de cigarro pelas grávidas deve ser rigorosamente desencorajado, considerando que não se tem conhecimento dos níveis seguros desse consumo durante o período gestacional⁴.

No Brasil, o Instituto nacional do Câncer estima que um terço dos adultos é tabagista e que aproximadamente 11,2 milhões são mulheres, sendo que 90% delas tornaram-se fumantes em idade jovem, principalmente entre 20 e 49 anos⁵.

Os principais fatores de risco para o uso de tabaco na gravidez são raça branca, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, ser solteira e jovem, maior número de gestações e paridade, bem como consumir álcool⁶.

O uso de tabaco pode causar problemas sérios para mulher gestante ou não, para o feto e para o neonato dependendo do período a que são expostos. Na gravidez pode causar: abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, gravidez tubária; no neonato, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimortos e aumento da morbidade e mortalidade neonatal. No conceito, pode causar: síndrome da morte súbita infantil, anormalidades congênitas (AC), prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar⁷.

A fumaça do cigarro tem muitos constituintes, sendo a nicotina e o monóxido de carbono os considerados como principais responsáveis pelos efeitos deletérios no feto humano, visto que ambas as substâncias são rapidamente transferidas através da placenta^{8,9}. A nicotina está presente na placenta em uma concentração 15% maior que na circulação materna. O efeito é produção e liberação de catecolaminas, com consequente vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto, resultando em hipóxia fetal⁹. Além disso, é responsável pelo baixo peso ao nascer devido à liberação de leptina¹⁰. O monóxido de carbono apresenta uma alta afinidade pela hemoglobina do feto, impedindo que esta se ligue ao oxigênio, favorecendo a hipoxemia fetal. Diante do exposto, considerando a relevância do uso do tabaco sobre a morbidade e mortalidade nas várias faixas etárias ou grupos expostos, o trabalho foi proposto e teve como objetivo verificar a prevalência do consumo de tabaco na gestação e os fatores maternos associados a esse hábito, além de analisar as repercussões nos recém-nascidos (RN).

1.5 MÉTODOS

Estudo descritivo e analítico, observacional do tipo transversal, realizado nas maternidades do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) e do Hospital Cassiano Antônio de Mores (HUCAM). O presente trabalho fez parte do projeto de pesquisa "Caracterização Clínica e Epidemiológica das Anomalias Congênitas nas Maternidades de dois Hospitais-Escolas do Município de Vitória- ES", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sob protocolo nº148/2010 (30/11/2010), realizado entre abril de 2011 a maio de 2012.

Participaram da pesquisa os neonatos nascidos nas maternidades do HSCMV e do HUCAM em que houve concordância da mãe ou do responsável por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), de acordo com a Declaração de Helsinque. Após o consentimento, foi realizada uma entrevista com a paciente internada em alojamento conjunto tendo como base o protocolo de avaliação, que contemplava dados maternos (identificação pessoal, história gestacional, exposição a teratógenos, uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas) e dados dos RN (antropometria e presença de AC). Os neonatos foram examinados após 24 horas de nascimento por pediatras treinadas para identificação de alterações morfológicas, as quais foram classificadas em maiores e menores utilizando o protocolo de Merks et al¹¹ com modificações (ANEXO 2).

As puérperas que referiram o uso de tabaco em qualquer trimestre da gestação e seus respectivos RN (grupo exposto) foram incluídos no estudo e comparados com o grupo que não relatou esse hábito (grupo não exposto). O único critério de exclusão foi a gemelaridade, pois RN gêmeos normalmente possuem baixo peso ao nascer. No presente trabalho, foram investigadas as seguintes variáveis da mãe: idade, escolaridade (\leq ensino fundamental ou \geq ensino médio, completos ou incompletos), número de consultas de pré-natal, paridade e história de aborto. Foram verificadas também as seguintes variáveis dos RN: idade

gestacional (IG) (valores abaixo de 37 semanas foram descritos como prematuros), peso ao nascimento (PN) (valores inferiores a 2500 g foram considerados como baixo peso), comprimento, perímetro cefálico (PC), adequação peso/idade gestacional e a presença de malformações. A IG considerada foi a de melhor estimativa, seja pela data da última menstruação, ultrassonografia ou capurro somático.

As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov (com Dallal-Wilkinson-Lillie para o p), sendo que nas com distribuição normal foi utilizado o teste t de student e nas sem distribuição normal o teste t de Mann Whitney. Para comparar variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado ou de Fisher. Resultados com $p < 0,05$ foram considerados significativos. O nível de confiança foi de 95% e intervalo de confiança de 5%. O software estatístico utilizado foi o IBM®SPSS®Statistics version 21.

1.6 RESULTADOS

Foram atendidas 2213 puérperas, das quais 243 (10.98%) relataram consumo de tabaco (grupo exposto) em algum momento da gestação. Como apresentado na tabela 1, a idade materna variou de 14 a 46 anos com mediana de 27 anos. O perfil das mulheres expostas foi caracterizado por nível de escolaridade mais baixo, menor número de consultas no pré-natal, maior número de filhos e maior porcentagem de história de aborto prévio. O uso do tabaco na gestação foi fortemente associado ao uso tabaco e drogas ilícitas.

Como mostrado na tabela 2, os neonatos expostos tinham parâmetros antropométricos menores (peso, comprimento e PC) e maior frequência de peso abaixo do p10 para idade gestacional (PIG). A IG não foi diferente entre os grupos analisados. A descrição e a frequência das AC nos grupos exposto e não exposto encontram-se na tabela 3.

1.7 DISCUSSÃO

A prevalência de uso do tabaco durante a gravidez é variável nos vários países de acordo com cultura local, campanhas de incentivo ao não uso do cigarro. Entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012 foi encontrada em alguns países europeus uma prevalência média de 35,3%, variando de acordo com cada país¹². Nos Estados Unidos, entre os anos de 1990 e 2002 houve uma redução de 18,4% para 11,4%. No Brasil, a prevalência varia de 5,5% (Rio de Janeiro) entre os anos de 1999 a 2006 a 35,6% (Pelotas) em 1982 e também já foi observada uma redução nos últimos anos. De acordo com estudo realizado por Barros et al¹² em Pelotas a prevalência do uso de tabaco durante a gestação vem diminuindo: em 1982 a prevalência encontrada foi de 35,6%, em 1993 foi de 33,4% e em 2004 de 27,7%. Em estudo realizado na cidade de Recife foi encontrada uma prevalência de 6,1% entre 2004 e 2005¹³. Apesar de a prevalência estar reduzindo ao longo dos anos, ainda continua alta e varia de acordo com a população estudada. O autorrelato é um método de alta validade, apesar de algumas vezes não ser reportado devidamente²². Como foi utilizado esse método, a prevalência encontrada de 10,98% pode ainda ter sido subestimada. A possibilidade de negação ou informação de um consumo menor por associarem à repressão e desaprovação por parte dos profissionais de saúde, familiares ou outras pacientes podem induzir essas mulheres a referirem um subconsumo. Neste estudo, foi verificado que os fatores de risco para o tabagismo na gestação são: nível de escolaridade mais baixo, menor número de consultas de pré-natal, maior paridade, maior porcentagem de aborto prévio, maior consumo de álcool e de drogas ilícitas. Não foram avaliados a raça, estado civil e nível socioeconômico. Esses fatores devem ser identificados precocemente nas gestantes pelos profissionais de saúde a fim de orientar estas mulheres quanto à importância da interrupção do tabagismo, visto que isso é um fator evitável de intercorrências durante a gravidez e de repercussões negativas no feto.

A relação do uso de tabaco e aborto é conhecida e citada na literatura^{14,15}. Neste trabalho, 27,62% das expostas tinham história de aborto espontâneo prévio e um risco 1,8 vezes maior que nas não expostas.

BIBLIOTECA - EMESCAM

A porcentagem de gestantes que não compareceram ao mínimo de seis consultas pré-natais preconizadas pelo Ministério da Saúde foi maior no grupo exposto (Tabela 1). Esse modelo atual de atenção à saúde prevê acompanhamento regular pela equipe de saúde desde a descoberta da gravidez até o parto. Um aspecto relevante a ser considerado é a falta de treinamento dos profissionais de saúde para uma abordagem específica para identificar e fornecer as informações sobre os prejuízos do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas durante a gestação.

O tabagismo na gestação dobra a chance de ocorrência de baixo peso ao nascer, ou por restrição do crescimento intrauterino ou por prematuridade^{16,17}, sendo maior nas mulheres que fumaram durante toda a gestação ou nos dois últimos trimestres. Em relação aos neonatos, esse estudo apresentou uma média de peso menor, aumento do risco de ter baixo peso ao nascer e ser pequeno para a idade gestacional, fatos já verificados em vários estudos prévios. Além disso, o PC e o comprimento também estão diminuídos, o que corrobora com outro estudo brasileiro de Zhang et al¹⁸. Isso ainda não foi investigado de forma suficiente. Sabe-se que recém-nascidos com piores indicadores antropométricos, especialmente baixo peso ao nascer, estão expostos a um maior risco de morbidade e mortalidade infantil. Esses resultados indicam que o consumo de cigarro pelas mulheres durante a gestação afetou todas as três medidas antropométricas avaliadas ao nascer que refletem o crescimento intrauterino. No estudo de Leopércio et al³, o uso do tabaco na gravidez foi responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais. Em relação às AC, verificou-se que, apesar da razão de chances (OR) não ter sido significativa para todos os itens, não foi maior do que 1 somente para pescoço (pescoço alado)

e abdome (diástase de reto abdominal), indicando associação do consumo de tabaco e de malformações. As regiões anatômicas que aumentaram significativamente o risco de AC foram tórax e face (olhos, orelhas, boca e cavidade bucal). Foi observado um aumento significativo do risco para fissura palatina e labial e para malformação na face. Isso já havia sido demonstrado em uma metanálise de Hackshaw et al²⁰ que reuniu 38 estudos, sendo que foi significativo em 13 estudos, a OR agrupada foi de 1.28 (95% CI 1.20–1.36, $p < 0.00001$). Trabalhos in vitro mostraram que a nicotina inibe a fusão do palato. Para malformação facial, excluindo fissura labial e palatina, 12 estudos apresentaram OR de 1.19 (95% CI 1.06–1.35, $P = 0.004$), sendo sete significativos.

A baixa prevalência de algumas malformações não indica necessariamente um efeito protetor do fumo materno, porém pode refletir no aumento do risco de aborto espontâneo. Preferimos não considerar todas as anomalias juntas, uma vez que seria esperado um efeito diluído. Os estudos costumam afirmar que o efeito de fatores de confusão é mínimo e a OR ajustada é similar a não ajustada²¹.

O maior impacto na redução do consumo de tabaco na gravidez somente será observado quando o planejamento familiar for incorporado às práticas de saúde da mulher em idade reprodutiva, visto que a porcentagem de gestações não planejadas é alta e mais frequente nas que referiram uso de tabaco. As mulheres devem ser orientadas quanto à importância da adesão às consultas pré-natais, bem como do risco associado a hábitos inadequados para suas gestações. Vale ressaltar que embora a abstinência do tabaco no início da gravidez produza maiores benefícios para o feto e para a mãe, parar de fumar em qualquer momento pode trazer benefícios. Os médicos devem oferecer intervenções e maior aconselhamento para a dependência do tabaco desde a primeira consulta de pré-natal, assim como durante toda a gestação.

1.8 AGRADECIMENTOS

À bolsa PIBIC-Emescam proveniente do FACITEC, pelo incentivo à pesquisa. Ao apoio financeiro dado ao projeto original dado pelo SESA/ PPSUS –FAPES/ CNPq, por permitir a realização deste grande projeto. Aos funcionários da Maternidade que sempre nos recebiam e nos ajudavam a coletar os dados.

1.9 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Tobacco Free Initiative. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/en> (acessado em 11/09/2014)
2. Salihu HM, Wilson RE. Epidemiology of parental smoking and perinatal outcomes. *Early Hum Dev* 2007; 83:713-20.
3. Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Brasil de Pneumo*. 2004;30(2):176-85.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil. Prevalência de Tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA; 2004 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf (Acessado em 05/08/2014)
6. Raatikainen K¹, Huurinainen P, Heinonen S. Smoking in early gestation or through pregnancy: a decision crucial to pregnancy outcome. *Prev Med*. 2007 Jan ;44(1):59-63. Epub 2006 Sep 7.
7. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Halpern R, Barros FC. Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. *Paediatr Perinatal Epidemiol*. 1997;11(2):140-51.

8. Viegas CAA et al –Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, São Paulo, Atheneu, 2007.
9. Mello PRB, Pinto GR, Botelho C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. *J Ped.* 2001; 77(4): 257-64.
10. Ko TJ, Tsai LY, Chu LC, Yeh SJ, Leung C, Chen CY, Chou HC, Tsao PN, Chen PC, Hsieh WS. Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. *Pediatr Neonatol.* 2014;14:20–27.
11. Merks JH, van Karnebeek CD, Caron HN, Hennekam RC. Phenotypic abnormalities: terminology and Classification. *Am. J. Med. Genet.*, 123A:211-230, 2003.
12. Smedberg J, Lupattelli A, Mardby, AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 213.
13. Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz EZ, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365:847-54.
14. Bloch M, Althabe F, Onyamboko M, Kaseba-Sata C, Castilla EE, Freire S, et al. Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy: an investigative survey of women in 9 developing nations. *Am J Public Health* 2008; 98:1833-40.
15. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Quattrocchi T, Angelo L, Cesari E. Smoking, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women.

- European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2011; 159: 106–110.
16. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
 17. Magee BD, Hattis D, Kivel NM. Role of smoking in low birth weight. *J Reprod Med*. 2004;49(1):23-7.
 18. Chiolero A, Bovet P, Paccaud F. Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(35-36):525-30.
 19. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi, Raúl A, Beskow B, Larentis N, Blosfeld T. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27(9), 1768-1776.
 20. Hackshaw A., Rodeck C., Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: A systematic review based on 173,687 malformed cases and 11.7 million controls. *Hum. Reprod. Update*. 2011;17:589–604.
 21. Morales-Suarez-Varela M., Bille C., Christensen K., Olsen J. Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. *Obstet. Gynecol*. 2006;107:51–57.

1.10 TABELAS

Tabela 1: Fatores maternos associados ao uso do tabaco

	Expostas (N=243)	Não expostas (N=1970)	P	OR (IC 95%)
Idade	27** anos (14 – 46)	26** anos (21 – 52)	0.0599	
Número de consultas pré-natais	6.69* ±6.31	7.76* ±2.78	< 0.0001	
Paridade	2.60* ±1.55 filhos	2.00* ±1.24 filhos	< 0.0001	
Planejamento da gravidez			< 0.0001	1.87 (1.36 –2.55)
Não	76.47%	63.52%		
Sim	23.53%	36.48%		
História de aborto prévio	27.62%	17.34%	0.0001	1.82(1.34 –2.47)
Escolaridade			<0.0001	3.40(2.56 –4.52)
≤Ensino Fundamental	66.94%	37.30%		
≥Ensino Médio	33.06%	62.70%		
Uso de álcool	50.62%	6.29%	<0.0001	15.26(11.19 –20.81)
Uso de drogas ilícitas	13.17%	0.25%	<0.0001	59.70(22.97 –154.6)

* Média ±desvio padrão

** Mediana (mínimo-máximo)

Tabela 2: Características dos neonatos com e sem exposição ao tabaco

	Expostas (N = 243)	Não expostas (N = 1970)	p	OR (IC 95%)
Idade gestacional	38.41* ±5.18 semanas	38.47* ±2.44 semanas	0.5416	
Peso	3045* ±629.6 g	3190* ±635.5 g	0.0019	
Comprimento	47.21* ±3.01 cm	47.87* ±3.08 cm	0.0003	
Perímetro cefálico	33.72* ±2.23 cm	33.95* ±2.22 cm	0.0199	
Prematuros	17.08%	14.89%	0.3708	1.178 (0.823 - 1.685)
Pequeno para a idade gestacional	22.92%	11.88%	< 0.0001	2.205 (1.584 - 3.069)
Baixo peso	18.60%	14.79%	0.0236	1.493 (1.053 - 2.117)

* Média ±desvio padrão

Tabela 3: Descrição, frequência e comparação das anormalidades congênitas agrupadas por região anatômica nos grupos exposto e não exposto.

	Expostos (N= 243)		Não expostos (N= 1970)		Odds Ratio (IC 95%)	P
	n	%	n	%		
Crânio	14	5,76	84	4,26	1,373 (0,7668 - 2,457)	0,2844
Face	58	23,87	289	14,67	1,824 (1,324 - 2,2512)	0,0002
Olhos	7	2,88	28	1,42	2,057 (0,8887 - 4,762)	0,0854
Nariz	5	2,06	35	1,78	1,161 (0,4506 - 2,994)	0,7564
Boca e cavidade bucal	6	2,47	7	0,36	7,099 (2,366 - 21,31)	< 0,0001
Orelhas	28	11,52	189	9,59	1,227 (0,8052 - 1,871)	0,3402
Fissura labial e palatina	4	1,65	7	0,36	1,710 (1,232 -2,374)	0,0012
Pele e anexos	39	16,05	302	15,33	1,056 (0,734 - 1,519)	0,7695
Abdome	36	14,81	371	18,83	0,750 (0,517 - 1,087)	0,1272
Pescoço	2	0,82	18	0,91	0,90 (0,2075 - 3,904)	0,8879

Tórax	5	2,06	11	0,56	3,741 (1,289 - 10,86)	0,0092
					1,553 (0,5286 -	
Genitalia	4	1,65	21	1,07	4,564)	0,6272
					2,029 (0,2257 -	
Membros superiores	1	0,41	4	0,20	18,24)	0,9435
					2,450 (0,6694 -	
Membros inferiores	3	1,23	10	0,51	8,967)	0,3400

1.11 ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) sobre o projeto “**Caracterização Clínica e Epidemiológica das Anomalias Congênitas nas Maternidades de Dois Hospitais-Escolas do Município de Vitória –ES**”, que tem como objetivo avaliar os recém-nascidos para identificar os bebês com anomalias ao nascimento e as causas dessas anomalias. Pelo presente termo, declaro que sou responsável pelo recém-nascidos _____.

Fui informado que o mesmo não é obrigado a participar do estudo. Caso eu decida pela participação será realizada entrevista com preenchimento de uma ficha com dados médicos e exame físico e, caso necessário, fotografia e exames complementares para diagnóstico das anomalias, inclusive com coleta de sangue venoso, sangue e fragmento do cordão umbilical para exames genéticos e cultivo de células. Nesse caso o risco é considerado baixo, ou seja o da coleta de sangue (hematoma).

Estou ciente que não haverá qualquer custo para mim ou para meus familiares a qualquer tempo, e que os resultados poderão trazer benefícios para a nossa família, e a longo prazo, para toda a sociedade, em programas de prevenção das anomalias congênitas e de doenças a ela relacionadas. Caso eu decida pela não participação, não haverá prejuízos ao seu atendimento médico.

Autorizo a divulgação científica dos resultados e das fotografias e concordo que as informações que prestarei quando da entrevista serão armazenadas em local seguro, na EMESCAM, pelo pesquisador responsável. Autorizo ainda a utilização da amostra coletada para futuros estudos que possam contribuir para o conhecimento dessas anomalias na população.

Tenho o direito de entrar em contato com os pesquisadores para obter informações sobre o andamento da pesquisa e a liberdade de cancelar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem prejuízos morais, jurídicos ou financeiros, inclusive em relação ao meu atendimento na maternidade. Recebi a garantia de que não seremos identificado (a) e que todos os dados referentes a nós serão confidenciais, podendo ser acessados por mim e pelos pesquisadores envolvidos a qualquer tempo e que caso o recém-nascido apresente qualquer Anomalia Congênita será avaliado por médicos especialistas em pediatria, genética clínica e outras especialidades, se necessário.

Declaro que, entendi o que me foi explicado e autorizo a participação voluntária do recém-nascido no presente estudo.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisador responsável: Dra Eliete Rabbi Bortolini (27- 2122-4570)

Coordenadora de Pesquisa e Extensão –Faculdades Integradas São Pedro –AEV/FAESA

Mais Informações: Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam (telefone:3334-3586)

1.12 ANEXO 2

Tabela de Classificação das Anomalias Menores e Anomalias Maiores por Região Anatômica

Adaptado a partir de: Merks JH, van Karnebeek CD, Caron HN, Hennekam RC. Phenotypic abnormalities: terminology and classification.

Am J Med Genet A. 2003 Dec 15;123A(3):211-30.

As **anomalias menores** de cada região estão discriminadas **em azul** e as **anomalias maiores em vermelho**:

A. Forma do Crânio:

A1-Microcefalia A2-Macrocefalia A3-Braquicefalia A4-Dolicocefalia A5-Plagiocefalia **A6-Trigonocefalia A7-Turricéfalia A8-Crânio em Trevo**

B. Suturas do Crânio:

B1-Suturas proeminentes B2-Suturas Amplas B3-Fontanela Anterior Pequena B4-Fontanela Anterior Fechada Precocemente B5-Fontanela com Atraso no Fechamento **B6-Fontanela Extra**

C. Cabelos:

C1-Alopécia Aerata C2-Bico de Viúva C3-Estrutura Quebradiça ou Irregular C4-Cor Não Usual **C5-Alopecia Total C6-Hipopigmentação generalizada C7-Hipopigmentação focal**

D. Pele e Anexos:

D1- Pele fina D2- Pele Espessa D3- Hiperqueratose D4- Pele hiperelástica D5- *Dimples* D6- Hipopigmentação generalizada D7- Hiperpigmentação generalizada D8- Hipopigmentação localizada D9- Hiperpigmentação localizada D10- Nevus Múltiplos D11- Sardas Axilares D12- Unhas Hipoplásicas D13- Unhas Curtas D14- Unhas Largas D15- Unhas côncavas D16- Unhas hiperconvexas D17- Unhas quebradiças D18- Unhas espessas D19- Unhas com cor anormal **D20- Atrofia generalizada da Pele D21- Excesso de Dobras na Pele D22-**

Lipodistrofia D23- Linfedema D24- Aplasia focal da pele D25- Atrofia focal da pele D26- Bolhas em Pele D27- Defeitos no couro cabeludo D28- Albinismo D29- Manchas café com leite D30- Multiploa nevus sebáceos lineares D31- acantose negra D32- Hemangioma Capilar D33- Hemangioma Plano D34- Malformação vascular D35- Múltiplas Telangiectasias D36- Ausência de unhas D37- Unhas bíficas D38- Unhas fundidas

E. Aspecto Geral da Face:

E1-Assimetria Facial E2-Facies grosseira E3-Face Triangular E4-Face Achatada E5-Face com Sulcos Proeminentes E6-Hipoplasia da Região Malar E7-Hipoplasia de Face Média E8- Hiperplasia de Face Média E9-Terço Inferior Largo E10-Fenda Facial (Que não seja labial ou palatina) E11-Lipodistrofia E12-Envelhecida E13-Sem expressão E-14Hipotônica

F. Fronte:

F1-Sutura Metópica Proeminente F2-Bossa Frontal F3-Fronte Proeminente F4-Fronte Curta F5-Fronte com Estreitamento Bitemporal F6-Proeminências Supra-orbitárias hipoplásicas F7- Glabela Proeminente F8-Defeito Ósseo em Região de Glabela

G. Área dos Olhos:

G1-Assimetria Ocular G2-Olhos Encovados G3-Proptose Ocular G4-Pupilas Assimétricas G5-Microcórnea G6-Macrocórnea G7-Telangiectasia de Conjuntiva G8-Ptose Palpebral G9- Ectrópion G10-Entrópion G11-Edema Palpebral G12-Blefarofimose G13-Fissuras Palpebrais Curtas G14-Fissuras Palpebrais Amplas G15-Fissuras Palpebrais Assimétricas G16-Fissuras palpebrais inclinadas para cima G17-Fissuras Palpebrais inclinadas para baixo G18-Epicanto G19-Telecanto G20-Hipotelorismo Ocular G21-Hipertelorismo Ocular G23-Ciclopia G24- Nistagmo G25-Alteração de Duane G26-Microftalmia G27-Buftalmia G28-Crioptalmia G29-Cistos de Órbita G30-Aniridia G31-Hipoplasia de Íris G32-Displasia de Íris G33- Coloboma de Íris G34-Heterocrômia de Íris G35-Hipopigmentação de Iris G36-Pupilas com Tamanho Anormal G37-Pupilas Ectópicas G38-Ectopia do Cristalino G39-Catarata G40-

Opacificação de Córnea G41-Dermóide Epibulbar G42-Esclera Azulada G43-Nevus de Ota G44-Coloboma de Pálpebra Superior ou Inferior G45-Sinéquia de G46-Pálpebras Apêndice de Pele em região Peri-orbital G47-Ausência de Cílios G48-Cílios em Dupla Camada G49-Ausência de Sobrancelhas G50-Sobrancelhas em Dupla Camada G51-Ausência de Ductos Nasolacrimais G52-Ductos Lacrimais Extras ou com posição alterada

H. Nariz:

H1-Narinas Antevertidas H2- Nariz Achatado H3- Nariz Pequeno H4- Nariz comprido H5- Ponta Nasal Desviada da linha média H6- Desvio de Septo Nasal H7- Ponte Nasal Achatada H8- Ponta Nasal Bífida H9- Septo Nasal Curto H10- Septo Nasal Amplo H11- Septo Nasal Estreito H12- Ausência de Nariz H13- Nariz Supranumerário H14- Septo Nasal sem Cartilagem H15- Atresia ou Estenose de Coanas H16- Fenda Nasal H17- Coloboma de Asa Nasal H18- Narina Única H19- Narina Supranumerária

I. Filtro:

I1- Filtro Longo I2- Filtro Curto

J. Boca:

J1- Pigmentação Perioral J2- Microstomia J3- Macrostomia J4- Assimetria J5- Comissuras labiais voltadas para cima J6- Comissuras Labiais voltadas para baixo J7- Boca de cupido J8- Fenda do Lábio Superior J9- Fosseta de Lábio Superior J10- Fenda de Lábio Inferior J11- Fosseta de Lábio Inferior

K. Cavidade Bucal:

K1- Pigmentação Oral K2- Palato Alto K3- Palato Estreito K4- Palato Amplo K4- Úvula Hipoplásica K5- Úvula Longa K6- Cristas Alveolares Proeminentes K7- Hipoplasia da Língua K8- Macroglossia K9- Língua Lisa K10- Anquiloglossia K11- Macrodonia K12- Microdonia K13- Erupção dentária avançada K14- Erupção dentária atrasada K15- Dentes assimétricos K16- Frenulo Oral Extra K17- Sinéquia Oral K18- Cristas Alveolares fusionadas

a gengiva ou mandíbula K19- Hipertrofia das cristas alveolares K20- Fenda Palatina K21- Fístula Palatina K22- Úvula Bífida K23- Ausência de Úvula K24- Aplasia da Língua K25- Fenda na Língua K26- Língua Lobulada K27- Fissuras da língua proeminentes K28- Glossoptose k29- Dentes supranumerários K30- Oligodontia K31- Incisivo Central Único K32- Dente Neonatal K33- Perda Precoce da Dentição K34- Dentes com formato anormal K35- Fusão dos incisivos centrais

L. Orelhas:

L1- Pequenas L2- Grandes L3- Assimétricas L4- Diâmetro AP aumentado L5- Diâmetro AP diminuído L6- Displásicas L7- Simples L8- Com implantação baixa L9- Rotadas Posteriormente L-10 Com calcificação nas cartilagens L11- Hélices com forma alterada L12- Lóbulo Pregueado L13- Tragus Hipoplásico L14- Meato Estreito L16- Agenesia L17- Microtia L18- Orelha em forma de copo L19- Orelha em S L20- Pinna com cistos L21- Fossetas em Hélices L22- Lóbulo fendido L23- Tragus Ausente L24- Meato Ausente L25- Atresia de Meato L26- Fosseta Pré-auricular unilateral L27- Fosseta Pré-auricular bilateral L28- Apêndice Pré-auricular Unilateral L29- Apêndice Pré-auricular Bilateral

M: Pescoço:

M1 Pregas de Pele redundante M2- Bócio M3- Cistos ou Fendas Branquiais M4- Pescoço Alado M5- Higroma Cístico

N. Tórax:

N1- Amplo N2- Estreito N3- Diâmetro AP aumentado N4- Assimétrico N5- Curto N6- Longo N7- Pectus Carinatum N8- Pectus Escavatum N9- Esterno Curto N10- Esterno Assimétrico N11- Mamas hipoplásicas N12- Mamas assimétricas N13- Pseudo-ginecomastia N14- Mamilos Hipoplásicos N15- Mamilos Grandes/Hiperplásicos N16- Mamilos Assimétricos N17- Hipertelorismo Mamilar N18- Clavículas Hipoplásicas N19- Clavículas Longas N20- Escápulas Pequenas N21- Escápulas Aladas N22- Hipoplasia de Músculo Peitoral N23-

Mamas ausentes N24- Ginecomastia N25- Mamilos Ausentes N26- Mamilos Supranumerários N27- Agenesia de Clavículas N28- Agenesia de Escápulas N29- Anomalia de Sprengel N30- Agenesia de Músculos Peitorais N31- Ausência de Costelas

O. Abdome:

O1- Diastase de Reto Abdominal O2- Hipoplasia de Reto Abdominal O3- Posição anormal do umbigo O4- Aplasia de Reto Abdominal O5- Gastrosquise O6- Onfalocele

P. Genitália:

P1- Clitóris Proeminente P2- Lábio Maior Proeminente P3- Lábio Menor Proeminente P4- Hipoplasia de Lábio Maior P5- Hipoplasia de Lábio Menor P6- Hipoplasia Vaginal P7- Pênis Pequeno P8- Pênis Grande P9- Prepúcio Hipoplásico P10- Testículos aumentados de tamanho P11- Testículos Pequenos P12- Hidrocele P13- Hipoplasia de escroto P14- Genitália Ambígua P15- Fusão Labial P16- Atresia Vaginal P17- Septo Vaginal P18- Fístula Retovaginal P19- Cloaca P20- Hipospadia P21- Epispadia P22- Criptorquidia P23- Testículos Supranumerários P24- Escroto Bífido

Q. Ânus:

Q1 –Anus em posição anormal Q2- Estenose Anal Q3- Fístula Anal Q4- Atresia Anal

R. Dorso:

R1- Cifose Torácica Diminuída R2- Aumento da Cifose Torácica R3- Giba de Búfalo R4- Cisto Pilonidal R5- Sacro com pregas assimétricas R6- Almofadas de Gordura em Região Sacral R7- Escoliose R8- Espinha Rígida R9- Espinha Bífida R10- Meningocele/meningomielocele R11- Sirenomelia R12- Apêndice Caudal

S. Membros Superiores:

S1 –Braços Proporcionalmente Pequenos S2- Hipercrecimento dos Braços S3- Hemihipertrofia dos braços S4- Braços assimétricos S5- Mãos Pequenas S6- Mãos grandes S7- Mãos Estreitas S8- Mãos largas S9- Mãos Assimétricas S10- Sindactilia S11- Mão em

Tridente S12- Palma da Mão comprida S13- Hipoplasia Tênar S14- Hipoplasia Hipotênar
 S15- Edema no Dorso das Mãos S16- Metacarpo Encurtado S17- Prega Palmar de Sydney
 S18- Prega Palmar Única S19- Diminuição das Pregas Palmares S20- Pregas Palmares
 Profundas S21- Dedos Hipoplásicos S22- Dedos Longos S23- Dedos Curtos S24-
 Macroactilia S25- Camptodactilia S26- Desvio ulnar do V dedo S27- Pontas dos dedos
 Amplas S28- Polegares Hipoplásicos S29- Polegares Assimétricos S30- Polegares Largos
 S31- Polegares com implantação proximal S32- Ausência dos Membros Superiores S33-
 Rizomelia S34- Mesomelia S35- Acromelia S36- Deficiência de Alguns Dedos S37-
 Ausência de Dedos S38- Úmero ausente S39- Úmero Curvo S40- Antebraço ausente S41-
 Antebraço curvo S42- Deformidade de Madelung S43- Ausência das Mãos S44- Ectrodactilia
 S45- Polidactilia Pré-axial S46- Polidactilia Pós-axial S47- Polidactilia Mesoaxial S48-
 Polidactilia em Espelho S49- Braquidactilia tipo Bell S50- Sinfalangismo S51- Ausência de
 Falanges S52- Agenesia de Polegares S53- Polegares Trifalangeanos
 S54- Mãos cerradas S55- Desvio ulnar/radial das mãos S56- Pregas palmares ausentes S57-
 Oligo/adactilia S58- Aracnodactilia S59- Aracnodactilia S60- Sobreposição dedos das mãos
 S61- Dedos das mãos tortos S62- Anel de constrição nos dedos das mãos S63- Polegares
 aduzidos S64- Polegares de Hitch-Hilker (“carona”)

U. Membros Inferiores:

U1- Membros inferiores proporcionalmente pequenos U2- Membros Inferiores Assimétricos
 U3- Hipercrecimento de membros inferiores U4- Hemihipertrofia de membros inferiores U5-
 Hipoplasia de Patela U6- Geno Varo U7- Geno Valgo U8- Pés pequenos U9- Pés grandes
 U10- Pés curtos U11- Pés longos U12- Pés largos U13- Pés finos U14- Pés assimétricos U15-
 Calcânhar proeminente U16- Pregas plantares profundas U17- Edema no dorso dos pés U18-
 Encurtamento de Metacarpos U19- Hipoplasia de Dedos do pé U20- Dedos Longos U21-
 Dedos Curtos U22- Falanges terminais curtas U23- Sindactilia Parcial de II-III dedos do

péU24- Sindactilia Parcial de outros dedos do péque não o II-III U25- Dedos do péem martelo
 U26- Hipoplasia de hálux U27- hálux curto U28- hálux longo U29- hálux assimétrico U30-
 hálux largo U31- hálux varo U32- hálux valgo U33- hálux em martelo U34- Ausência dos
 membros inferiores U35- Rizomelia U36- Mesomelia U37- Acromelia U38- Sirenomelia
 U39- Duplicação dos membros inferiores U40- Deficiência de alguns dedos do péU41-
 Ausência de todos os dedos do péU42- Ausência de Fêmur U43- Fêmur encurvado U44-
 Ausência de Patela U45- Ausência de Tíbia U46- Tíbia encurvada U47- Ausência de Pés
 U48- Talipes equinovarus U49- Ectrodactilia U50- Pés em mataborrão U51- Ausência dos
 dedos do péU52- Polidactilia Pré-axial U53- Polidactilia Pós-axial U54- Polidactilia Meso-
 axial U55- Polidactilia em espelho U56- Sindactilia Total do II-III dedos do péU57-
 Sindactilia total que não do II-III dedos do péU58- Sinfalangismo U59- Ausência de Hálux
 U60- Luxação de quadril U61- Ausência de alguns dedos dos pés U62- Membrana entre
 joelhos U63- Ausência dos pés

V. Articulações:

V1- Contratura V2- Contraturas V3- Luxação V4- Luxações V5- Hipomobilidade das
 pequenas e grandes articulações V6- Hiperomobilidade das pequenas e grandes articulações

1.13 TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "Caracterização Clínica e Epidemiológica das Anomalias Congênitas nas Maternidades de dois Hospitais-Escolas do Município de Vitória-ES", cadastrado com o No 148/2010, do pesquisador responsável "Eliete Rabbi Bortolini", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi APROVADO, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 30/11/2010.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de 30/11/2011, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 01 de dezembro de 2010

Dr. Elieardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

1.14 DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Eu, Ingrid Hellen AndréBarreto, autor responsável pelo manuscrito “Perfil de Gestantes Tabagistas Atendidas em dois Hospitais Universitários e Efeitos nos Recém-nascidos”, declaro que nenhum dos autores deste estudo possui qualquer tipo de interesse abaixo descrito, ou outros que configurem o chamado Conflito de Interesse.

Declaro que o manuscrito apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nem eu, nem os demais autores ou qualquer parente em primeiro grau possuímos interesses financeiros/outros no assunto abordado no manuscrito.

Em caso contrário, específico, abaixo, qualquer associação que possa representar um conflito de interesse que eu e/ou os demais autores ou seus parentes de primeiro grau tive(mos) nos últimos cinco anos com empresas privadas e/ou organizações, mesmo sem fins lucrativos — por exemplo: participação em inventos/desenvolvimento de software, aparelho, técnica de tratamento ou laboratorial, equipamentos, dispositivos ou tecnologias; participações e atividades de consultoria e/ou palestras; propriedade intelectual; participação acionária; situações de licenciamento de patentes etc.

Vitória, 14/11/2014.

Ingrid Hellen AndréBarreto

Renata Cristina Moreira Queiroz

Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira

Flávia Imbroisi Valle Errera

1.14 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Nós, abaixo assinadas, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “Perfil de Gestantes Tabagistas Atendidas em dois Hospitais Universitários e Efeitos nos Recém-nascidos” à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico.

Ingrid Héllen André Barreto e Renata Cristina Moreira Queiroz realizaram a busca bibliográfica, participaram da elaboração do projeto de pesquisa, efetuaram a coleta e análise dos dados e atuaram na redação do artigo.

Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira e Flávia Imbroisi Valle Errera participaram da elaboração do projeto de pesquisa e da análise dos dados, contribuindo também na redação e revisão crítica do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, na garantia de sua exatidão e integridade.

Vitória, 14/11/2014.

Ingrid Héllen André Barreto

Renata Cristina Moreira Queiroz

Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira

Flávia Imbroisi Valle Errera

2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Escopo e política

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos em português, inglês e espanhol.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.
2. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos.
3. Técnicas e Equipamentos, para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos. Valem para essa categoria todas as normas aplicadas para trabalhos completos.
4. Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas e o convite aos autores têm como base planejamento estabelecido pela editoria. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou roteiro do texto, a lista de autores e as respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, será enviado convite para apresentação do texto definitivo. Todos os autores devem ter publicações em periódicos regulares, indexados sobre o tema da revisão. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia.

- empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto principal, página de rosto, resumo e abstract;
5. Comentários Editoriais, solicitados pelo editor;
 6. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 300 palavras e, para serem aceitos, devem seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. Não há revisão do texto dos Resumos de Teses. No arquivo enviado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada. Lembramos que a publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.
 7. Cartas dos Leitores para o Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

Forma e preparação do manuscrito

Informações gerais

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.
3. No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
5. No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).
6. Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.

7. O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.
8. O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.
9. Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou recusados sem análise por revisores.
10. Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.
11. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").
12. O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é rbgo@fmrp.usp.br. O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, - financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico:<http://decs.bvs.br>.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print". Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências

bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zancla S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2011;32(2):237-9.

Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. *J Infect Public Health*. 2011;4(5-6):219-27.

- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua

Utilizar o título em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.

Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(7):143-9. Portuguese.

Taketani Y, Mizuno M. [Application of anti-progesterone agents for contraception]. *Rinsho Fujinka Sanka*. 1988;42(11):997-1000. Japanese.

- Livro

Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

Picciano MF. Pregnancy and lactation. In: Ziegler EE, Filer LJ, editors. Present knowledge in nutrition. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de tela, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), este deve ser mencionado no final da referência, além das informações que seguem:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>.

- Monograph on the Internet or e-book

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

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Envio dos manuscritos

O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO <http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/login>.

Outras correspondências deverão ser enviadas para:

Jurandyr
Editor

Moreira

de

Andrade

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Editoria – Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto (SP) - Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946 - E-mail: rbgo@fmrp.usp.br.

Itens para conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

1. carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
2. citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
3. número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
4. conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
5. página de rosto com todas as informações solicitadas;
6. resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
7. três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;
8. verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.