

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ADRIANA FÃO CARLOTO

**MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR: APLICABILIDADE DA
FERRAMENTA EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO
DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Uruguaiiana
2019**

ADRIANA FÃO CARLOTO

**MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR: APLICABILIDADE DA
FERRAMENTA EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO
DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Karina Sanches Machado
d'Almeida

**Uruguaiiana
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

C284m Carloto, Adriana Fão

Marcadores do consumo alimentar: aplicabilidade da ferramenta em estratégias saúde da família em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul / Adriana Fão Carloto.

42 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização)-- Universidade Federal do Pampa, RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA, 2019.

"Orientação: Karina Sanches Machado d'Almeida".

1. Vigilância nutricional. 2. estratégia saúde da família. 3. consumo de alimentos. 4. comportamento alimentar. I. Título.

ADRIANA FÃO CARLOTO

**MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR: APLICABILIDADE DA
FERRAMENTA EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO
DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Especialista em Saúde Coletiva.

Trabalho de Conclusão de Residência defendido e aprovado em: 14 de Dezembro de 2018.

Banca examinadora:

Prof. Doutora Karina Sanches Machado d'Almeida Orientadora
(UNIPAMPA)

Prof. Doutora Greisse Viero da Silva Leal
(UFSM)

Enfermeira Especialista Lilian Konageski Stumm
(ESF)

Dedico este trabalho aos usuários do Sistema Único de Saúde, principalmente do município de Uruguaiana, bem como a todos os nutricionistas atuantes na Atenção Básica. Dedico também à minha família e namorado pelo incentivo, apoio, paciência e por estarem sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar concretizando meu sonho, de ser Nutricionista especialista através de um programa de residência multiprofissional.

Agradeço a minha família, em especial ao meu pai Paulo, minha mãe Mara e minha irmã Andréa, que desde o início da minha caminhada profissional me deram todo o apoio e força para seguir em frente, nunca medindo esforços para me ajudar. Principalmente pelas palavras de carinho e motivação nos momentos difíceis passados durante este período, nunca me deixando desistir.

Ao meu namorado Rui, pelos meses de paciência, ombro amigo e apoio, que se desdobrou em esforços para me ajudar a trabalhar com as crises de ansiedade e estresse, por ouvir as minhas lamentações diárias, pelos momentos de descontração e conforto.

À Professora Doutora Karina, tutora e orientadora, pelas contribuições, trocas de conhecimento e apoio nos momentos de desespero ao longo do período.

Agradeço à Professora Doutora Greisse Viero da Silva Leal, por ser minha orientadora de TCC, por todo o incentivo que me deu para finalizar a graduação e entrar na residência, especialmente por regar a sementinha da saúde pública que existia dentro de mim, e hoje por aceitar fazer parte da banca avaliadora do TCR, suas contribuições serão muito bem vindas.

Agradeço aos meus amigos, principalmente a Ticiane e Cíntia pelos momentos de apoio e “escuta” mesmo à distância. Agradeço à Bruna e as meninas da Residência em Saúde Mental Coletiva, Mariana, Lidiele, Vanessa e Marciele pela amizade, momentos de descontração e compartilhamento de indignações e revoltas.

Agradeço a Professora e Coordenadora Jenifer Harter por todos os momentos de esclarecimentos de dúvidas, troca de conhecimento, apoio em momentos conturbados e referência de profissional a ser seguida.

Agradeço as preceptoras de campo, Lilian, Nádia, Jenifer, Andressa, Lisiane e Josyara e aos demais profissionais dos serviços em que realizei atividades pelo acolhimento, compreensão e troca de saberes. Agradeço também a todos os usuários que tive contato, por me deixarem fazer parte de suas vidas realizando cuidado em saúde.

Por fim, agradeço ao Sistema Único de Saúde pela oportunidade de atuar em um sistema público de saúde, de acesso integral, universal e gratuito para todos, o qual ainda possui muitas fragilidades que devem ser melhoradas, mas que também possui muito a oferecer e ensinar.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs
a caminhar.” (PAULO FREIRE, 1997)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais da amostra	30
Tabela 2 – Consumo alimentar de Crianças menores de 6 meses.....	31
Tabela 3 – Consumo Alimentar de Crianças de 6 meses a 2 anos incompletos.....	31
Tabela 4 – Consumo Alimentar das demais faixas etárias	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Morbidades 32

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
Artigo - Marcadores do Consumo Alimentar, a equipe de saúde conhece essa ferramenta?	
Aplicabilidades e Possibilidades.....	13
Anexo – Normas de publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	33

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) será apresentado em formato de artigo científico, a ser submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva.

Artigo de Tema Livre

Marcadores do Consumo Alimentar, a equipe de saúde conhece essa ferramenta?

Aplicabilidades e Possibilidades

Markers of Food Consumption, does the health care workers know about this tool?

Applicability and Possibilities

Adriana Fão Carloto¹

Karina Sanches Machado d'Almeida¹

¹Universidade Federal do Pampa – Unipampa – Campus Uruguaiana, Brasil

Contato:

Adriana Fão Carloto

Rua Sete de Setembro, 1851 - CEP 97501-, Uruguaiana, RS, Brasil.

Telefone: (55) 999180548

E-mail: adrianafcarloto@hotmail.com

Palavras no texto: 4345 (28987 caracteres c/ espaços)

Palavras no resumo: 196 (1395 caracteres c/ espaços)

Palavras no abstract: 212 (1321 caracteres c/ espaços)

Número de referências: 28

Número de ilustrações: 5 (sendo 4 tabelas e 1 figura)

Resumo

O formulário “Marcadores do Consumo Alimentar” (MCA) é uma das ferramentas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que pode ser utilizada por qualquer profissional da saúde e permite fortalecer a Vigilância Alimentar e Nutricional. Estudos mostram, contudo, a baixa cobertura e utilização desse sistema. O presente estudo buscou investigar o conhecimento e utilização do formulário MCA pelos profissionais de saúde responsáveis pelas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Uruguaiana/RS, além de realizar a caracterização da população de uma ESF. Trata-se de um estudo transversal, realizado com profissionais da saúde técnicos responsáveis (enfermeiros) pelas ESF do município e usuários frequentadores de uma ESF. Foi possível verificar o baixo conhecimento da ferramenta pelos profissionais da saúde e a sua aplicabilidade com a população possibilitou caracterizar os hábitos alimentares predominantes, o qual revelou a prevalência do consumo de alimentos assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular e elevado consumo de bebidas adoçadas por esta população. Assim, destaca-se a importância do uso de ferramentas que auxiliam no diagnóstico das condições de saúde da população, para nortear ações e atingir a integralidade do cuidado.

Palavras-Chave Vigilância Nutricional, Estratégia Saúde da Família, Consumo de Alimentos, Comportamento Alimentar

Abstract

The “Markers of Food Consumption” (MFC) form is one of the tools of the Food and Nutrition Surveillance System and can be used by any health care professional and allows the enhancement of Food and Nutrition Surveillance Care. Studies, however, show the low coverage and use of this tool. This research aimed to investigate the knowledge and use of the MFC form by the health care professionals responsible for the family health strategies (FHS) of the city of Urugaiana / RS besides characterizing the population of a FHS of this city. This is a cross-sectional study carried out with responsible health professionals (nurses) by the city's FHS and users attending an FHS. It was possible to verify the low knowledge of the tool by the health professionals and its applicability with the population made it possible to characterize the predominant eating habits, which revealed the prevalence of food consumption by watching TV, using the computer and / or cell phone and high consumption of beverages sweetened by this population. Thus, the importance of the use of tools that help in the diagnosis of the health conditions of the population, to guide actions and achieve the integrality of the care is highlighted.

Keywords: Nutritional Surveillance, Family Health Strategy, Food Consumption, Feeding Behavior.

INTRODUÇÃO

Alterações como a deficiência de micronutrientes, o aumento do excesso de peso e, conseqüentemente, a elevação na ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são implicações provocadas pela transição nutricional que o Brasil, e outros países em desenvolvimento, vêm sofrendo ao longo dos últimos anos¹. Souza² relata que essas alterações afetam a população independentemente de sexo, idade e classe social; sendo necessária a movimentação de autoridades na definição e desenvolvimento de estratégias de ações diárias em saúde pública, focadas em educação alimentar e no incentivo à prática de atividade física.

Uma das maneiras de se realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional, a fim de elaborar estratégias para o combate ao excesso de peso e suas conseqüências, é por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) que consiste em realizar o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população de forma contínua e sistemática, auxiliando no planejamento de ações e intervenções voltadas à promoção da saúde na Atenção Básica^{3,4,5}.

Para tanto, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sistema composto por vários indicadores, tais como os antropométricos, bioquímicos e de consumo alimentar e instituído pela Portaria Nº 1.156, de 31 de Agosto de 1990⁶ veio para auxiliar na formulação de políticas públicas, planejamento, acompanhamento e avaliação de programas sociais relacionados com a alimentação e nutrição; avaliar a eficácia de ações governamentais; além de auxiliar os gestores públicos na gerência de políticas voltadas à essa temática^{7,8}.

Em 2015⁹ ocorreu a integração dos sistemas SISVAN web e e-SUS (sistema de informações da atenção básica) e, com isso, as informações de vigilância nutricional podem ser lançadas diretamente no e-SUS. Para realizar a vigilância nutricional, deve-se registrar o peso, altura e preencher o Formulário dos Marcadores do Consumo Alimentar (MCA) no sistema.

O formulário MCA foi reformulado em 2013 com o objetivo de simplificar a coleta e a análise dos dados obtidos durante o atendimento individual nas Estratégias de Saúde da Família

(ESF). Além disso as informações coletadas, em âmbito coletivo, auxiliam no reconhecimento e identificação das práticas alimentares saudáveis ou não saudáveis, bem como, norteiam as orientações que devem ser transmitidas à população pela equipe de saúde; a fim de promover a adoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis e, dessa maneira, a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas¹⁰.

Apesar da importância deste controle, a não realização da vigilância tem sido demonstrada na literatura disponível. Em um estudo realizado por Jung et al¹¹ sobre a utilização e cobertura do SISVAN no estado do Rio Grande do Sul, identificou-se baixos percentuais de utilização (1,8%) e cobertura do SISVAN Web no estado no ano de 2010, e o mesmo evidencia a resistência da inserção do monitoramento nutricional da população em ações das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Em relação à cobertura da avaliação nutricional pelo SISVAN brasileiro, que se projeta ser universal, um levantamento realizado no ano de 2017¹², revelou uma baixa cobertura desse sistema dentre os anos de 2008 e 2013, variando de 9,8% a 14,9%. Embora ainda possa ser considerada uma cobertura baixa, parece vir apresentando um modesto crescimento. Entre alguns fatores que podem estar relacionados a esse aumento pode-se destacar a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde e das ESF e a participação do Programa Bolsa Família como fonte de dados¹¹.

Levando em consideração a variedade de fatores que podem estar relacionados com os hábitos alimentares nas diferentes fases da vida, bem como o seu reflexo na saúde das pessoas e a reconhecida baixa cobertura do SISVAN no RS; se faz necessário conhecer os indicadores nutricionais e o contexto social da população que transita nos serviços de saúde da Atenção Básica, assim como o conhecimento e utilização da ferramenta pelas equipes de saúde. Por este motivo, este estudo visa investigar o conhecimento e utilização do formulário MCA pelos profissionais de saúde responsáveis pelas ESF do município de Uruguaiana/RS e verificar a

aplicabilidade desta ferramenta em uma ESF deste município, caracterizando a população juntamente com avaliação do estado nutricional, nível socioeconômico e morbidades.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com profissionais da saúde técnicos responsáveis (enfermeiros) pelas 22 ESF do município e usuários e/ou responsáveis frequentadores de uma ESF do município de Uruguaiana/RS. Os profissionais e usuários foram convidados a conhecer a pesquisa através da atuação de uma nutricionista residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Unipampa, e aqueles que demonstraram interesse em participar da pesquisa foram abordados individualmente e, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram aplicados os questionários previstos no projeto. A coleta dos dados foi realizada no período de junho a outubro de 2018.

Para avaliar a aplicabilidade do formulário MCA, foi aplicado um questionário semiaberto com oito perguntas, abordando o conhecimento dos profissionais sobre a ferramenta, e na penúltima questão deveriam descrever os possíveis aspectos positivos e negativos quanto a utilização da ferramenta.

A amostra dos usuários foi composta por conveniência, considerando os grupos etários conforme determinado no formulário, sendo eles: crianças menores de 6 meses, crianças de 6 a 23 meses, crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. A entrevista com os usuários foi composta pelo preenchimento de uma ficha, elaborada pelos pesquisadores, com dados de identificação (nome, data de nascimento, sexo e idade), morbidades e avaliação nutricional, pelo formulário MCA e pelo questionário de classificação econômica Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)¹³.

A avaliação antropométrica da amostra foi composta pela aferição do peso e comprimento/estatura. As medidas foram realizadas com os equipamentos disponíveis na ESF,

sendo balança da marca Lider modelo P200C-LD1050 com antropômetro com escala até 2,10m e capacidade máxima para 200Kg, balança da marca Balmak Mobile Baby de uso exclusivo para a pesagem de bebês com capacidade máxima de 10kg/25kg, infantômetro da marca Avanutri com faixa de medição até 146 cm. A avaliação nutricional foi realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC) e sua classificação foi conforme o estabelecido, por faixas etárias, na Norma Técnica do SISVAN⁸.

As morbidades foram organizadas em categorias, para fins de análise, em que as doenças do trato respiratório foram compostas por asma, bronquite, rinite e sinusite; as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por diabetes e hipertensão; doenças do trato gastrointestinal por refluxo, deficiência de vitamina D, intolerância a lactose, azia/queimação, estreitamento do esôfago e esteatose hepática; dislipidemias por colesterol e triglicerídeos elevados; diabetes e hipertensão gestacional; e outras por transtorno mental, ansiedade, doenças da tireoide, problemas de coluna, artrose, depressão, problema cardiovascular, labirintite, enxaqueca, fibromialgia.

O formulário MCA foi aplicado nos usuários entrevistados, conforme o pré-estabelecido por grupo¹⁴, sendo nove questões para as crianças menores de 6 meses, 20 questões para as crianças de 6 meses a 2 anos incompletos, e 9 para os demais grupos conforme o consumo alimentar do dia anterior. Posterior a aplicação, os dados foram digitados no sistema e-SUS.

Esta ferramenta está disponível desde 2008 no SISVAN Web e a sua revisão favoreceu a utilização por qualquer profissional da saúde, independentemente de sua formação, para avaliação rápida do consumo alimentar dos indivíduos nas diferentes fases de vida. Atualmente, organizado em três blocos e com questões estratificadas por idade, o formulário preconiza a avaliação do consumo do dia anterior¹⁰.

Após a coleta de dados, os usuários receberam orientações práticas de acordo com as suas necessidades, trazidas pelo documento do Ministério da Saúde: “Orientações para Avaliação de Marcadores do Consumo Alimentar na Atenção Básica”¹⁰ e foram convidados a realizar acompanhamento nutricional na ESF.

As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão e as variáveis categóricas foram expressas como número e percentual e os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 22.0 (SPSS, Chicago).

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) sob o CAAE nº 90796218.8.0000.5323, parecer número 2.713.760.

RESULTADOS

Inicialmente foi aplicado o questionário aos profissionais da saúde em uma reunião da Coordenação da Atenção Básica. Dos 26 enfermeiros responsáveis pelas ESF do município, 21 (80,8%) participaram da entrevista; destes nenhum aplicava a ferramenta e apenas um (4,8%) já a conhecia. Ao serem questionados quanto aos aspectos positivos da utilização da ferramenta, 42,8% dos profissionais destacaram a padronização de atendimentos com um método prático e eficiente que pode contribuir com a avaliação do estado geral de saúde do paciente (metodologia de cuidado). Além disso, 47,6% referiram ser importante conhecer os hábitos alimentares dos usuários e seus familiares, a fim de realizar orientações e melhorar a qualidade de vida da população e 14,3% não responderam a este questionamento. Quanto aos aspectos negativos, 57,1% não responderam ou acham que a ferramenta não possui aspectos negativos; além disso, foram destacados a falta de informatização das unidades e o elevado número de documentos para preencher por 19,0% dos participantes; a falta de capacitação e orientação para utilização da ferramenta por 4,8%; a grande demanda de atendimentos por 9,5%; a conscientização dos demais profissionais da equipe de saúde para utilizá-la por 4,8% e a limitação de alimentos

(consumo alimentar de alimentos diferentes dos perguntados no formulário) por 4,8%. No final da entrevista, 92,3% dos enfermeiros demonstraram interesse em receber capacitação quanto a importância e sobre como utilizar esta ferramenta.

A amostra dos usuários foi composta por 70 participantes, sendo 10 de cada grupo etário. A Tabela 1 traz as características gerais da amostra estudada, estratificadas por grupo. Desconsiderando o número de gestantes (n=10), a amostra apresentou prevalência do sexo feminino (63,3%). Em relação à classe social, identificou-se maior prevalência da classe C em todos os grupos. Quanto ao estado nutricional, observou-se o predomínio do peso adequado nas crianças, gestantes e adolescentes, com peso adequado em 50,0% dos usuários; contudo, mais de 60,0% dos adultos e idosos apresentaram sobrepeso e obesidade.

Ao analisar a presença de morbidades na amostra (Figura 1), é possível perceber o surgimento das doenças do trato respiratório ainda na infância, nas crianças menores de 6 meses e sua persistência nas demais fases da vida, com um aumento da prevalência na adolescência. Observa-se também na fase da adolescência que o surgimento de outras doenças são desencadeadas, como por exemplo, as do trato gastrointestinal. Nos adultos, as DCNT (diabetes e hipertensão arterial) acometiam 40,0% da amostra e houve presença de dislipidemias em 20,0% dos avaliados. Em relação ao grupo dos idosos, os níveis dessas doenças praticamente duplicaram, destacando a predominância das DCNT em 90,0% destes. Quanto às gestantes, foi possível detectar o desenvolvimento da hipertensão e diabetes gestacional, e de um percentual de sobrepeso e obesidade de 50,0%.

As tabelas 2 a 4 demonstram o consumo alimentar de acordo com os grupos etários selecionados. Nas crianças menores de 6 meses, identificou-se que 90,0% da amostra estava em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e para 10,0% já havia sido iniciada a introdução de outros alimentos (Tabela 2). Sobre o consumo alimentar das crianças de 6 meses a 2 anos incompletos (Tabela 3), observou-se que o aleitamento materno permaneceu ofertado para a

metade das crianças e, com relação a introdução alimentar, observou-se que 90,0% consumia comida de sal que na maioria dos casos era com a consistência em pedaço e ofertada duas vezes ao dia para 44,4% da amostra; contudo, apenas 20,0% consumia frutas, com a frequência de uma a duas vezes ao dia. Além disso, identificou-se elevado consumo de carnes (80%), carboidratos (80%), bebidas adoçadas (60%), doces, guloseimas e biscoitos recheados (80%). Por fim, quanto ao consumo alimentar referente aos demais grupos analisados (Tabela 4), identificou-se baixo consumo de refeições matinais (café e lanche da manhã) e frutas pelos adolescentes. Com relação aos idosos, estes apresentaram preferência pela ceia ou alimentação mais leve à noite ao invés do jantar. Elevado consumo das refeições assistindo/mexendo em tecnologias como TV, computador e celular foi observado desde o grupo das crianças até a faixa etária de adultos, principalmente pelos adolescentes. Além disso, observou-se um elevado consumo de bebidas adoçadas em todas as faixas etárias, principalmente nas crianças (100,0%) e gestantes (90,0%).

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou avaliar o conhecimento e a utilização da ferramenta MCA no município de Uruguaiana pelos profissionais enfermeiros das ESF, bem como conhecer os hábitos alimentares de uma parcela da população de uma ESF, composta por todas as faixas etárias, através da aplicabilidade do formulário. A natureza desta pesquisa pode ser caracterizada como inédita, em virtude da inobservância de dados sobre o assunto no sistema SISVAN, bem como, não foram encontrados levantamentos com esse escopo no âmbito municipal, estadual e nacional.

Observou-se na presente pesquisa que os profissionais das ESF, em sua totalidade, relataram não utilizar a ferramenta. Fato que pode ser justificado pelo baixo conhecimento acerca de sua existência, pois apenas um profissional (4,8%) alegava conhecê-la. Outra hipótese, pode ser a falta de nutricionistas na equipe mínima das ESF, e de equipes do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuantes. Os resultados apresentados neste estudo refletem a realidade nacional, apontando obstáculos como a baixa utilização de instrumentos de diagnóstico, dificuldades de aplicação e conhecimento limitado de suas potencialidades¹⁵. Nesse sentido, destaca-se a importância de se fazer uso de ferramentas que visem orientar, ampliar o cuidado, identificar necessidades a serem aprimoradas e diagnosticar cenários de saúde, norteados assim, ações de promoção e prevenção de uma determinada população.

Através dos relatórios de produção do SISVAN¹⁶ relacionados à cobertura do sistema, disponíveis dos anos de 2015 a 2017; pode-se perceber que a cobertura municipal era de 0,0% para os anos de 2015 e 2016; e passou para 0,2% em 2017, devido à cobertura de 6,7% das crianças menores de 02 anos e de 1,2% das crianças menores de 10 anos. Quanto a cobertura nacional da população total, nota-se um sutil aumento de 0,2% para 0,5% no mesmo período. Este aumento da cobertura em nível municipal ocorre devido ao preenchimento da ficha de cadastro e primeiro acompanhamento nutricional do SISVAN (versão de 2015) na Policlínica Infantil da cidade e não por meio do MCA.

Com relação a caracterização da população, observou-se prevalência do sexo feminino. Os dados encontrados fortalecem o discurso sobre a baixa procura do sexo masculino pelos serviços de saúde; seja para a promoção de ações de autocuidado, prevenção de agravos ou cuidados secundários. Além disso, está relacionada quanto a dominante ideia de masculinidade, com a concepção de invulnerabilidade e força, além do medo da descoberta de uma doença grave; fator que acentua a ausência desse público nos serviços de saúde¹⁷. Neste contexto, o estudo realizado por Botton et al.¹⁸ traz que as ações das políticas públicas e do autocuidado quanto a prevenção e a promoção de saúde, não alcançam de forma integral e uniforme homens e mulheres devido aos estereótipos de gênero que ainda ocorrem. O autor refere que a expectativa de vida dos homens é mais baixa que a das mulheres, devido à dificuldade masculina em procurar serviços que contemplem a saúde além da questão sexual e reprodutiva.

E que se deve sempre questionar se as ações realizadas pelos profissionais da saúde, atendem ambos os sexos, e se compreendem as necessidades da sua população na totalidade, aproximando-os dos espaços de saúde.

Quanto à classe econômica predominante na amostra avaliada no presente estudo, esta não difere da realidade do sul do país, nem da nacional. Obteve-se um percentual de 52,9% de pertencentes à classe C, sendo muito próxima da média da região sul (52,8%) e da capital Porto Alegre (57,0%), e superior ao nível nacional (47,8%), conforme dados dos critérios ABEP¹³. Sabe-se a situação econômica é um fator que impacta diretamente a rotina alimentar de uma população. Esta relação se estabelece em uma espécie de contramão de qualidade, à medida que o nível econômico diminui; influenciando de maneira negativa no estado nutricional, no poder de aquisição de alimentos, nos hábitos alimentares, nas questões relacionadas à higiene, entre outros¹⁹.

Outro achado relevante desta pesquisa, corroborado também por Felisbino-Mendes et al.²⁰, é visto quando se aborda a questão da avaliação do estado nutricional, onde tem-se a maior prevalência de peso adequado nas crianças (0 a 10 anos), superiores às médias nacionais inclusive. O estudo acima mencionado foi realizado em Minas Gerais, e a amostra também foi composta através do banco de dados do SISVAN, e 79,3% das crianças dessa faixa etária estavam com o peso adequado. Contudo, assim como na presente pesquisa, o desenvolvimento de fatores de riscos para a saúde, como sobrepeso e obesidade, já acometem essa população, sendo de suma importância a vigilância em saúde para prevenir agravos e promover a adoção de hábitos saudáveis desde pequenos.

Sobre os adolescentes da amostra, metade apresentou sobrepeso/obesidade. Embora este tipo de informação seja comumente corroborado por diversos levantamentos de finalidade similar²¹, não menos preocupante é a evidência de que nesta faixa etária o cenário venha se agravando com o passar dos anos, como por exemplo através do desenvolvimento precoce de

morbidades, muitas vezes desencadeadas pelo sedentarismo e hábitos alimentares inadequados²². Essencial portanto, que se iniciem intervenções de modificação de hábitos nessa faixa pra evitar as complicações na fase adulta.

No que se refere aos adultos e idosos, observa-se uma situação inversa àquela encontrada nos grupos das crianças, uma vez que a prevalência de eutróficos é bastante inferior, predominando condições de sobrepeso e obesidade. Este cenário é preocupante pois é sabido que tal condição é fator de risco para o desenvolvimento de DCNTs, além da idade como um fator de risco natural, que também favorece seu aparecimento²³.

Um ponto específico deste estudo diz respeito à avaliação nutricional das gestantes, que em virtude dessa peculiaridade, impede a comparação com os demais grupos da mesma amostra. Contudo, informações referentes à obesidade ganham destaque, pois ao compararmos com dados locais, estaduais e no âmbito nacional, os dados obtidos no presente estudo (40%) se mostram superiores. Cabe ressaltar que a obesidade gestacional pode resultar em complicações no parto e intercorrências maternas e no recém-nascido, parto prematuro (cesariana), hemorragias, diabetes gestacional e síndromes hipertensivas²⁴. E por isso, os cuidados com o pré-natal, controle do ganho de peso, e o acompanhamento após o parto se fazem essenciais.

Em relação às morbidades encontradas, sobre as doenças respiratórias que surgem antes dos 6 meses e persistem nas demais faixas etárias (figura 1), o Caderno da Atenção Básica Nº 25²⁵ traz a poluição ambiental como um dos fatores de risco. Tal informação parece consistente com os dados encontrados no presente estudo, uma vez que no território de abrangência da ESF originária dos dados está localizado um lixão (atualmente desativado) mas no qual ainda há queima de materiais, principalmente no verão, devido ao calor; expondo a comunidade à fuligem e compostos químicos prejudiciais à saúde.

Ainda sobre as morbidades, ao observar os dados encontrados referente aos adultos e idosos, a prevalência das DCNT e dislipidemias pode estar relacionada ao excesso de peso devido ao estilo de vida não saudável (tabagismo, etilismo, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados), sendo um comportamento comum nessas faixas etárias e que contribui para o desenvolvimento de síndrome metabólica e doenças cardiovasculares^{26,27}.

Em relação à aplicabilidade do MCA, pode-se destacar dois pontos como principais. Primeiro, o elevado consumo das refeições na frente da TV por 70,0% e 80,0% das crianças e adolescentes, respectivamente. O estudo de revisão realizado por Maia et al²⁸, revela que o consumo na frente da TV pode estar associado aos índices de sobrepeso e obesidade, mas principalmente quanto ao consumo de alimentos não saudáveis. Dentre os alimentos tidos como não saudáveis estão os doces, embutidos e bebidas adoçadas; esta última sendo o segundo ponto de destaque da aplicabilidade do MCA pois na presente pesquisa, as bebidas adoçadas eram consumidas por 100,0% das crianças e 90,0% das gestantes. Tal comportamento já mencionado anteriormente como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de morbidades.

Em uma visão geral, quanto a caracterização da população, a presente pesquisa mostrou que são introduzidos alimentos industrializados logo após os 6 meses de vida; entretanto, a maior parte das crianças apresenta estado nutricional adequado. Na fase da adolescência, a transição nutricional começa a se estabelecer com o surgimento do sobrepeso e obesidade, que se perpetuam nas faixas etárias que se seguem e é marcada também pelo surgimento de outras morbidades além das respiratórias. Casos específicos, como das gestantes, idosos e adultos, merecem destaque pois, embora apresentem índices elevados de sobrepeso e obesidade já mostram indícios de mudanças de comportamentos alimentares decorrentes, possivelmente, de ações desenvolvidas pelos serviços de saúde para esses públicos.

Os resultados apresentados neste estudo devem ser avaliados considerando limitações. A aplicabilidade do MCA foi realizada em apenas uma ESF do município e com uma amostra reduzida para cada faixa etária estabelecida, que dificulta a extrapolação dos achados para a população geral. Apesar disso, os dados obtidos podem ser considerados inovadores, pois o ineditismo da proposta permitiu traçar um perfil nutricional da população que faz uso da ESF.

Por fim, pode-se notar que o não conhecimento da ferramenta pelos profissionais é elevado e que existem empecilhos a serem lapidados para aumentar a sua aplicabilidade. Contudo, apesar das dificuldades, há viabilidade. Destaca-se que a utilização de instrumentos que auxiliem no diagnóstico e monitoramento das condições de saúde dos usuários, direcionando o desenvolvimento de ações conforme a necessidade real da população é essencial para o aprimoramento do atendimento integral de quem faz uso dos serviços de saúde, além de contribuir com estudos nacionais e internacionais, através da alimentação dos sistemas de vigilância. Ferramentas como o MCA parecem úteis neste cenário e podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde ampliando, consequentemente, a vigilância alimentar e nutricional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os usuários e profissionais da saúde que colaboraram com os dados, e a ESF pelo espaço físico para a execução e êxito da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: s332-s340.
2. de Souza EB. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cad UniFOA* 2010; 5(13): 49-53.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Alimentação e Nutrição; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Indicadores de vigilância alimentar e nutricional: Brasil 2006; 2009.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica; 2015.
6. Brasil. Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990: Institui, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde; 2009.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2015 [capturado em 26 nov. 2018]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2057>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica; 2015.
11. Jung Nm, Bairros FDS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(5): 1379-1388.
12. Nascimento FAD, Silva SAD, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saude Pública* 2017; 33: e00161516.
13. ABEP, Associação Brasileira de Estudos Populacionais. *Crítério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016*; 2016.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão; 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_3_0/index.php?conteudo=capitulo7/capitulo7#h.qpt2m6m3ol1c

15. Ritter F, Rosa RDS, Flores R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. *Cad Saude Pública* 2013; 29:2523-2534.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatórios de Acesso Público do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; 2015. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>
17. Oliveira SR, Barbosa CG, Dias PJ, Oliveira SM, Oliveira SJ, Ottoni MA, Souto TG. Baixa procura dos homens ao serviço de saúde: uma revisão de literatura. *Rev Dig Buenos Aires* 2014; 188.
18. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças Psicol Saúde* 2017; 25(1): 67-72.
19. Sotero AM, Cabral PC, da Silva GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr* 2015; 33(4): 445-452.
20. Felisbino-Mendes MS, Campos MD, Lana FCF. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2): 257-265.
21. Lima NMDS, Leal VS, Oliveira JS, Andrade MISD, Tavares FCDLP, Menezes RCED, Lira PICD. Excesso de peso em adolescentes e estado nutricional dos pais: uma revisão sistemática. *Cien Saúde Colet* 2017; 22:627-636.
22. Araújo C, Toral N, Silva ACFD, Velásquez-Melendez G, Dias AJR. Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Cien Saúde Colet* 2010; 15: 3077-3084.
23. Cé A, Machado MMDO, Leite EM. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatr Geront Aging* 2010; 4(3): 168-175.
24. Silva JC, Amaral ARD, Ferreira BDS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36(11): 509-513.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
26. Saad MAN, Cardoso GP, Martins WDA, Velarde LGC, Cruz Filho RAD. Prevalência de síndrome metabólica em idosos e concordância entre quatro critérios diagnósticos. *Arq Bras Cardiol* 2014; 102(3): 263-9.
27. Soar C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Geront*, 2015; 18(2): 385-395.
28. Maia EG, Gomes FMD, Alves MH, Huth YR, Claro RM. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2016; 32: e00104515.

TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos usuários das ESF segundo estágios de vida, (N = 70), Uruguaiiana, 2018.

Variáveis / Grupos	Crianças menores de 6 meses	Crianças de 6 meses a 2 anos incompletos	Crianças de 2 a 10 anos incompletos	Adolescentes de 10 a 20 anos incompletos	Adultos	Gestantes	Idosos
Sexo *							
Masculino	40,0 (04)	30,0 (03)	60,0 (06)	50,0 (05)	20,0 (02)	-	20,0 (02)
Feminino	60,0 (06)	70,0 (07)	40,0 (04)	50,0 (05)	80,0 (08)	100,0 (10)	80,0 (08)
Idade em anos +	0,2±0,2	1,2±0,4	4,9±2,0	15,1±3,3	42,1±10,6	30,0±5,1	70,2±3,7
Classe Social*							
A	-	-	-	-	-	-	-
B	20,0 (02)	20,0 (02)	20,0 (02)	30,0 (03)	40,0 (04)	20,0 (02)	20,0 (02)
C	60,0 (06)	50,0 (05)	40,0 (04)	50,0 (05)	50,0 (05)	60,0 (06)	60,0 (06)
D-E	20,0 (02)	30,0 (03)	40,0 (04)	20,0 (02)	10,0 (01)	20,0 (02)	20,0 (02)
Peso em Kg+	4,9±1,9	10,3±2,2	19,8±4,9	62,9±1,5	76,6±17,8	75,5±17,0	70,0±13,1
Comprimento/Estatura em cm+	56,1±7,9	75,9±4,2	109,6±12,1	156,1±12,9	161,2±6,1	160,0±7,0	156,2±8,9
Classificação do IMC*							
Obesidade	-	11,1 (01)	10,0 (01)	40,0 (04)	50,0 (05)	40,0 (04)	-
Sobrepeso	10,0 (01)	11,1 (01)	10,0 (01)	10,0 (01)	20,0 (02)	10,0 (01)	60,0 (06)
Risco de sobrepeso	10,0 (01)	-	10,0 (01)	-	-	-	-
Adequado/Eutrofia	80,0 (08)	66,7 (06)	70,0 (07)	50,0 (05)	30,0 (03)	50,0 (05)	40,0 (04)
Magreza	-	11,1 (01)	-	-	-	-	-

*variáveis categóricas apresentadas em percentual (n); +variáveis contínuas apresentadas em média ± desvio padrão.

Tabela 2 - Consumo alimentar do dia anterior: crianças menores de 6 meses, (N 10), Uruguiana, 2018.

Variáveis*	Sim	Não
Leite Materno	100,0 (10)	-
Mingau	10,0 (01)	90,0 (09)
Água/chá	10,0 (01)	90,0 (09)
Leite de vaca	10,0 (01)	90,0 (09)
Fórmula infantil	-	100,0 (10)
Suco de fruta	-	100,0 (10)
Fruta	-	100,0 (10)
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	10,0 (01)	90,0 (09)
Outros alimentos/bebidas	-	100,0 (10)

*variáveis categóricas apresentadas em percentual (n).

Tabela 3 - Consumo alimentar do dia anterior: crianças de 6 meses a 2 anos incompletos, (N 10), Uruguiana, 2018.

Variáveis	Sim	Não
Leite Materno	50,0 (05)	50,0 (05)
Fruta?	20,0 (02)	80,0 (08)
Se sim, quantas vezes?		
1 vez	50,0 (01)	-
2 vezes	50,0 (01)	-
3 vezes	-	-
Comida de sal?	90,0 (09)	10,0 (01)
1 vez	33,3 (03)	-
2 vezes	44,4 (04)	-
3 vezes	22,2 (02)	-
Consistência da comida oferecida:		
Em pedaços	88,9 (08)	-
Amassada	11,9 (01)	-
Passada na peneira	-	-
Liquidificada	-	-
Só o caldo	-	-
Outro leite que não o leite do peito	50,0 (05)	50,0 (05)
Mingau com leite	-	100,0 (10)
Iogurte	40,0 (04)	60,0 (06)
Legumes	50,0 (05)	50,0 (05)
Vegetal ou fruta de cor alaranjada ou folhas verdes escuras	70,0 (07)	30,0 (03)
Verdura de folha	20,0 (02)	80,0 (08)
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	80,0 (08)	20,0 (02)
Fígado	-	100,0 (10)
Feijão	60,0 (06)	40,0 (04)
Arroz, batata, inhame, mandioca, farinha ou macarrão	80,0 (08)	20,0 (02)
Hambúrguer e/ou embutidos	-	100,0 (10)
Bebidas adoçadas	60,0 (06)	40,0 (04)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	20,0 (02)	80,0 (08)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	80,0 (08)	20,0 (02)

*variáveis categóricas apresentadas em percentual (n).

Tabela 4: Consumo alimentar: das demais faixas etárias, Uruguaiiana, 2018.

Variáveis/Grupos	Crianças com 2 anos ou mais	Adolescentes	Adultos	Gestantes	Idosos
Refeições realizadas ao longo do dia:					
Café da manhã	70,0 (07)	30,0 (03)	70,0 (07)	90,0 (09)	80,0 (08)
Lanche da manhã	60,0 (06)	40,0 (04)	30,0 (03)	10,0 (01)	40,0 (04)
Almoço	100,0 (10)	100,0 (10)	100,0 (10)	100,0 (10)	100,0 (10)
Lanche da Tarde	100,0 (10)	90,0 (09)	70,0 (07)	80,0 (08)	80,0 (08)
Jantar	80,0 (08)	90,0 (09)	80,0 (08)	90,0 (09)	40,0 (04)
Ceia	70,0 (07)	20,0 (02)	30,0 (03)	30,0 (03)	70 (07)
Consumo do dia anterior:					
Feijão	70,0 (07)	80,0 (08)	40,0 (04)	40,0 (04)	70,0 (07)
Frutas frescas	40,0 (04)	20,0 (02)	60,0 (06)	70,0 (07)	90,0 (09)
Verduras e/ou legumes	30,0 (03)	90,0 (09)	90,0 (09)	90,0 (09)	70,0 (07)
Hambúrguer e/ou embutidos	20,0 (02)	60,0 (06)	-	60,0 (06)	30,0 (03)
Bebidas adoçadas	100,0 (10)	80,8 (08)	70,0 (07)	90,0 (09)	70,0 (07)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgado	50,0 (05)	30,0 (03)	10,0 (01)	30,0 (03)	30,0 (03)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	50,0 (05)	60,0 (06)	20,0 (02)	60,0 (06)	40,0 (04)
Possuem o hábito de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular:	70,0 (07)	80,0 (08)	60,0 (06)	40,0 (04)	20,0 (02)

*variáveis categóricas apresentadas em percentual (n).

FIGURAS

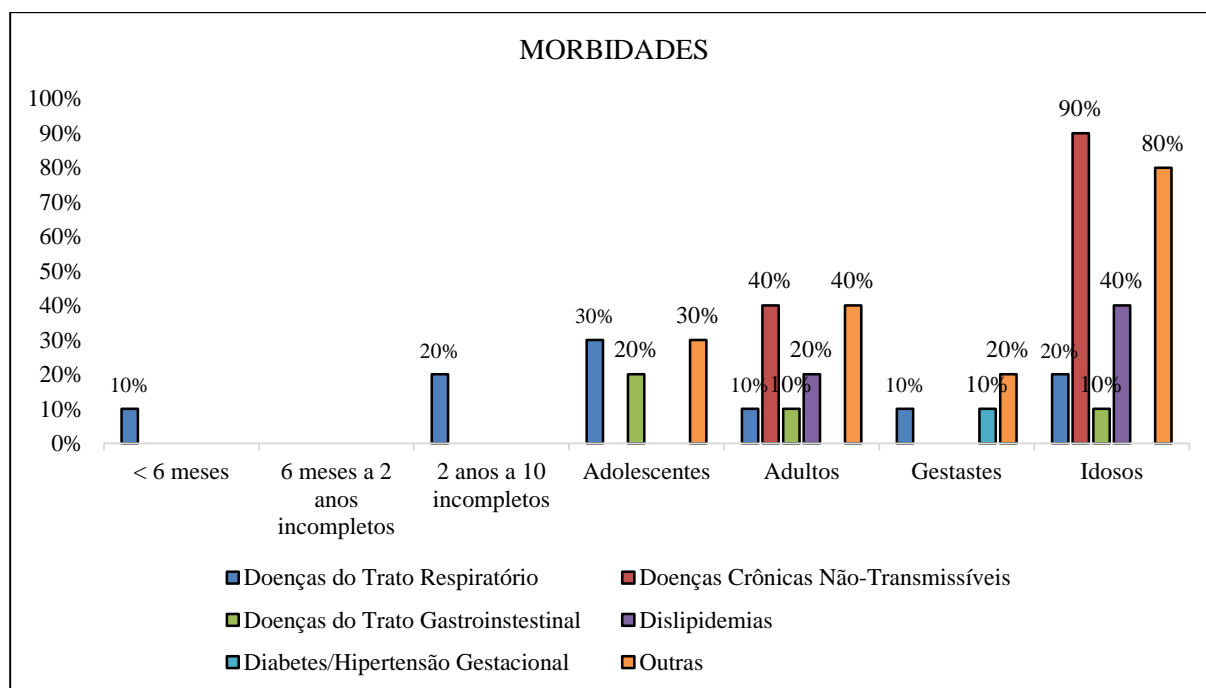


FIGURA 1 – Morbidades relatadas pelos entrevistados, Uruguaiiana, 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA

Ciência e Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 versão impressa

ISSN 1678-4561 versão online

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teóricometodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

- 1 . Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução

(300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)
P elegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl. 1):7184.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. . Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 4358.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

H IV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.].

Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

C DI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

H emodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos

21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil

Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br