

MARIA ELZA AIRES DE SILVA FONSECA

PERFIL NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE UMA CLÍNICA DE ORTOPEDIA

**Artigo apresentado ao curso de Nutrição
da UNI-RN- Centro Universitário do
Rio Grande do Norte como requisito
parcial para a obtenção do título de gra-
duada em Nutrição**

**NATAL/RN
2014**

PERFIL NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE UMA CLÍNICA DE ORTOPEDIA

Maria Elza Aires de Silva Fonseca

Profa. Ms. Célia Regina B. de Araújo.

Liga de Ensino do Rio Grande do Norte

**UNI-RN Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Curso de Nutrição**

Endereço para correspondência:

Maria Elza Aires de Silva Fonseca

Avenida Amintas Barros, Residencial Francisco de Goya, 3170

Apartamento 1200, Lagoa Nova – Natal/RN-Brasil

Cep: 59063-350

Telefone celular 84 1581691968

Elza022000@yahoo.com.br

Prof^a Profa. Ms. Célia Regina B. de Araújo.

Orientadora

Membro Examinador

Membro Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores Heleni Aires, Érika Melo, Cláudia , Joana, Valtêmia e Monique Rosa, que realizaram o seu papel com maestria, proporcionando vasto aprendizado na área de nutrição. Um agradecimento especial a minha orientadora e professora Célia Regina, por ter acreditado no meu trabalho, oferecido além do apoio, paciência e a jóia de sua amizade.

Quero agradecer aos meus pais, por terem acreditado em mim e pelo amparo constante que recebi dos mesmos durante a formação acadêmica.

Agradeço aos meus grandes amigos Anderson, Angélica e Rosália por terem me proporcionado inesquecíveis momentos de aprendizagem e diversão.

À coordenadora do curso de Enfermagem, Prof^a Dr^a Rejane Millions Viana Meneses, pela dedicação, amizade e apoio que recebi durante todo o curso.

Por fim, a todos que contribuíram para a minha formação ajudando-me a realizar mais um sonho.

DE SER NUTRICIONISTA...!

PERFIL NUTRICIONAL DE USUÁRIO DE UMA CLÍNICA DE ORTOPEDIA

RESUMO

INTRODUÇÃO: O contexto nutricional ocupa hoje um lugar de evidência na conjuntura mundial. Pode-se perceber uma grande preocupação com a nutrição saldaável e com as consequências de uma alimentação incorreta. Objetivo avaliar o perfil nutricional de pacientes de uma clínica de ortopedia da cidade de Natal/RN. **MÉTODO:** A população do estudo foi composta por 63 pacientes de ambos os sexos, com faixa etária de 20 à 30 anos em uma clínica de ortopedia. Os indivíduos preencheram um questionário de frequência alimentar – QFA e realizaram um exame da bioimpedância, peso e altura. **RESULTADO:** Os resultados obtidos demonstraram que 42,85% dos pacientes apresentavam o IMC $< 17,0 - 18,4 \text{ kg/m}^2$ (magreza), enquanto 38,09% mostrou o IMC $\geq 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ (magreza). A análise quantitativa da dieta apontou consumo excessivo de alimentos do grupo dos açúcares e doces e óleos e gorduras e um índice alto de produtos industrializados. No que se refere à ingestão de macronutrientes, evidenciou-se consumo excessivo de carboidratos refinados e baixo consumo de frutas e verduras entre os pacientes. **CONCLUSÃO:** Observa-se que, a falta de ingestão de nutrientes, que em muitas vezes vem associada a outras alterações do comportamento alimentar, pode ser responsável pelos transtornos nutricionais e por inúmeras outras manifestações clínicas no processo da desnutrição e no desenvolvimento da sarcopenia tanto em idosos como em jovens. Deste modo, torna-se evidente a necessidade da intensificação de ações direcionadas à vigilância alimentar e nutricional na faixa etária descrita.

Palavras-Chaves: Hábitos alimentares, IMC, diagnóstico nutricional

NUTRITIONAL PROFILE OF A USER OF CLINICAL ORTHOPAEDICS

INTRODUCTION: Nutritional context now occupies a place of evidence in the world conjuncture. One can see great attention to adequate nutrition and the consequences of an unbalanced diet. This study aims to assess the nutritional profile of patients in an orthopedic clinical in the city of Natal / RN.

METHOD: The study was carried out as a population of 63 patients of both sexes, aged 20 to 30 years in an orthopedic clinic. Patients completed a food frequency questionnaire - QFA and performed an examination of bioimpedance, height and weight.

RESULTS: The results showed that 42.85% of patients had a IMC < 17.0 to 18.4 kg/m^2 (magrezs), while 38.09% of patients showed IMC ≥ 25.0 to 29.9 kg/m^2 (overweight). A qualitative analysis of the diet showed high consumption of food from the group of sugars, sweets, oils and fats and also a high level of manufactured products. Regarding to the intake of macronutrients, evidence of excessive consumption of refined carbohydrates and low consumption of fruits and vegetables.

CONCLUSION:

It is noted that the lack of nutrient ingestion, which in many cases has been associated with eating behavior changes, may be responsible for nutritional disorders and other clinical manifestations of the undernutrition process and the development of sarcopenia in both in elderly people as in young people. Thus, it becomes evident the need the intensification of targeted actions of food and nutrition surveillance for the described age group.

Keywords: eating, habits, bioimpedance, nutritional diagnosis

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem crescido o número de profissionais da área de saúde que apontam uma alimentação saudável associada ao exercício físico, como uma prática importante, pois, com o avanço tecnológico e a correria do dia-a-dia, o ser humano necessita a cada dia despende menos esforços para cumprir suas tarefas, desta forma o exercício físico torna-se relevante na manutenção da saúde. Este quadro possibilitou a adoção de um estilo de vida menos ativo, e uma alimentação desequilibrada em macro e micronutrientes, o qual vem sendo relacionado com o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas como: diabetes mellitus, hipertensão arterial e principalmente a sarcopênica¹.

A sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e generalizada da força e massa muscular, que ocorre em consequência do envelhecimento. Os mecanismos envolvidos no aparecimento e progressão da sarcopenia são multifatoriais, incluindo alteração na síntese de proteínas, proteólise, perda da integridade neuromuscular, aumento da inflamação, níveis hormonais alterados, desnutrição e alteração no sistema renina-angiotensina². O conceito de sarcopenia era apenas focado no envelhecimento fisiológico e declínio do tecido muscular esquelético, porém atualmente os esforços são no sentido de compreender os mecanismos e vias de sinalização associadas não somente a redução da massa muscular, mas também a perda de sua funcionalidade³.

Embora a sarcopenia seja observada principalmente em idosos, mas também pode se desenvolver em adultos jovens⁴. A redução muscular não está necessariamente ligada à redução significativa do peso, por isso nem sempre é aparente, ela estabelece seus sintomas principalmente em indivíduos fisicamente inativos, mas também é vista em sujeitos que permanecem fisicamente ativos ao longo de suas vidas⁵. As alterações fisiológicas ocorridas com o envelhecimento, geralmente estão associadas a abusos de longo prazo, como má nutrição, tabagismo, exercícios inadequados e exposição a agentes nocivos. Porém não deve ser dito que todas as doenças podem ser prevenidas por uma vida saudável. O sedentarismo é um fator que atinge várias classes sociais e faixas etárias. Isto está relacionado ao incremento tecnológico que facilita as atividades realizadas diariamente⁶.

Visto que: o combate a desnutrição é um assunto extremamente importante para os profissionais da nutrição, pois com uma alimentação balanceada e completa associada com atividade física regular traz melhora na capacidade funcional das pessoas. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil nutricional de pacientes de uma clínica de ortopedia da cidade de Natal-RN.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que teve como objetivo avaliar o estado nutricional de pacientes jovens, por meio de um Questionário de Frequência Alimentar- QFA, com perguntas fechadas e através do Índice de Massa Corpóreo - IMC. Avaliaram-se 63 participantes de ambos os sexos, com faixa etária de 20 a 30 anos, selecionados aleatoriamente na Clínica Clinort na cidade de Natal-RN, Brasil. Como critério de exclusão considerou-se indivíduos que: praticavam atividade física; que faziam uso de implantes metálicos; menores de 20 anos; maiores de 30 anos; gestantes; portadores de marcapasso ou aparelhos eletrônicos equivalentes. Os pacientes foram previamente esclarecidos sobre os propósitos da investigação e procedimentos aos quais seriam submetidos e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na coleta de dados, foram avaliadas informações como: sexo, IMC, ocupação, estado civil, consumo de bebida alcoólica e tabagismo. Para aferição da estatura, foi utilizado o estadiômetro de parede com escala em alumínio, da marca welmy®, com altura de 2,00m e divisão em milímetros com intervalo de 5mm. Para determinação da massa muscular foi utilizada a balança de bioimpedância elétrica tetrapolar, da marca InBody, modelo 520. A balança bioimpedância é considerada um método rápido não invasivo e relativamente barato para estimar a quantidade de gordura corporal, além da sua facilidade de aplicação e portabilidade⁷. O exame foi realizado em dias alternados, na parte da tarde. Antes das medidas, eram explicados os procedimentos necessários à coleta de dados, sendo entregue a cada voluntário o termo de consentimento para que assinasse, liberando a sua participação no estudo. Inicialmente, era aferida a medida estatura.

Para a realização do exame na bioimpedância, os pacientes seguiram os seguintes procedimentos: 5 minutos antes, permanecer em repouso absoluto. 30 minutos antes, do procedimento urinar. 4 horas antes, estar em jejum. 12 horas antes: não ter frequentado saunas. 24 a 48 horas antes: estar em abstinência alcoólica, evitar o consumo de cafeína, chocolate e outros alimentos estimulantes e não ter praticado nenhuma

atividade física intensa. Durante o exame, foi utilizada roupas leves e proibido qualquer objeto metálico como: anéis, cordões, pulseiras, relógios metálicos etc. Para o diagnóstico nutricional foi utilizado o Índice de Massa Corporal – IMC (peso em kg dividido pelo quadrado da altura em metro) de acordo com as recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde), 1998, que preconiza, IMC para avaliação do perfil antropométrico-nutricional da população adulta, como mostra a quadro 1.

Quadro 1. Diagnóstico nutricional

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 17,0 – 18,4	Magreza grau I
< 16,0 – 16,9:	Magreza grau II
<16,0	Magreza grau III
≥ 18,5 – 24,9	Eutrófico
≥ 25,0 – 29,9	Sobrepeso
≥ 30,0 – 34,9	Obesidade grau I
≥ 35,0 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Fonte: OMS- Organização Mundial de Saúde, (1998)

Em seguida foi aplicado um questionário investigativo elaborado pelo próprio autor (anexo1), no qual abordou as variáveis: hábitos alimentares e a frequência de consumo. Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel versão 2013.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de estudo foi composta por 63 pacientes, dos quais 47 eram do sexo feminino (88,68%) e 16 eram do sexo masculino (59,26%). A quadro 2 apresenta as características dos pacientes conforme variáveis socioeconômicas, demográficas e estado nutricional dos pacientes. No que diz respeito ao estado civil dos entrevistados, verificou-se que 85,72% eram casados, 14,28% solteiros. Quanto à vida profissional (ocupação) dos pacientes, observou-se que 60,31% dos entrevistados estudavam e trabalhavam e 20,63% só trabalha, enquanto 19,04 só estudavam. Em relação a bebida alcoólica mostrou que 12,7% não consumiam, enquanto 87,3% consumiam no final de semana. O estudo de⁸ obtiveram resultados parecidos comparados com os da presente pesquisa . Outro achado importante da pesquisa foi que 73,01%, dos pacientes não tem o hábito de fumar.

Alguns autores obtiveram os mesmos resultados aqui apresentados com pacientes adolescentes⁹. Com relação ao IMC, os resultados obtidos demonstraram que, grande parte dos pacientes avaliados encontra-se em estado de baixo peso 42,85% e 19,04% dos pacientes apresentavam eutrofia, enquanto 38,09% apresentavam sobrepeso. Outras publicações foram realizadas e obtiveram resultados parecidos¹⁰. Um estudo caracterizando a transição nutricional, mostrou que a elevação do peso corpóreo entre os mais jovens evidenciou incremento percentual de três e quatro vezes, resultou em 47,8% de crianças e 21,5% dos adolescentes brasileiros com sobrepeso e obesidade¹¹ respectivamente.

Quadro 2. Características dos pacientes conforme variáveis socioeconômicas e demográficas do estado nutricional, NATAL-RN 2014

Variáveis		nº	(%)
Sexo	Masculino	16	59,26
	Feminino	47	88,68
Estado civil:	Casado	9	14,28
	Solteiro	54	85,72
	Viúvo	0	0,0
Ocupação	Estuda	12	19,04
	Estuda e trabalha	38	60,31
	Trabalha	13	20,63
IMC (kg/m ²)	< 17,0 – 18,4 (Baixo peso)	27	42,85
	≥ 18,5 – 24,9 (Eutrófia)	12	19,04
	≥ 25,0 – 29,9 (sobrepeso)	24	38,09
Bebida alcoólica	Não consume	8	12,7
	Fim de semana	55	87,3
Tabagismo	Fumantes	17	26,99
	Não fumantes	46	73,01

A análise quantitativa da dieta apontou que o consumo de alimentos do grupo dos açúcares e doces foi de 88,88% de 7 a 9 vezes por semana e 77,77% de óleos e gor-

duras de 4 a 6 vezes por semana respectivamente. Outras publicações obtiveram os mesmos resultados com pacientes na faixa etária de 50 a 65 anos¹², considerando um percentual elevado do consumo de produtos industrializados. No que se refere à ingestão de macronutrientes, evidenciou-se consumo excessivo de carboidratos refinados 65% associado alto consumo de arroz/tubérculos. Alguns pesquisadores descrevem a predominância na preferência por massas¹³. O consumo de verduras e frutas de 1 à 3 vezes semanais correspondeu à 41,26% e 82,53% respectivamente¹⁴, como encontram-se descritas no quadro 3.

Quadro 3. Hábitos e frequência alimentar dos pacientes por semana, Natal-RN 2014

Alimento	()	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 ou mais
Massas	0,0	6,34	17,46	11,11	65
Carnes/peixe/ovos	3,17	20,63	57,14	4,61	14,28
Leites/derivados	4,75	44,44	17,46	19,04	14,28
Embutidos	1,58	4,46	77,77	12,69	3,17
Verduras	0,0	41,26	22,22	26,98	9,52
Leguminosas	0,0	60,31	26,98	17,46	4,76
Arroz/ tubérculos	0,0	9,52	14,28	73,01	3,17
Frutas	0,0	82,53	4,76	12,69	0,0
Suco natural	0,0	25,39	33,33	30,15	11,11
Suco industrializado	4,76	26,98	44,44	19,04	4,76
Refrigerantes	9,56	19,04	58,73	4,76	7,93
Sobremesa/ doces	1,58	6,34	3,17	88,88	0,0

4. CONCLUSÃO

A falta de ingestão de nutrientes, que em muitas vezes vem associada a outras alterações do comportamento alimentar, pode ser responsável pelos distúrbios e deficiências nutricionais e por inúmeras outras manifestações clínicas no processo da desnutrição e no desenvolvimento da sarcopenia tanto em idosos como em jovens. Deste modo, torna-se evidente a necessidade da intensificação de ações direcionadas à vigilância alimentar e nutricional na faixa etária descrita, em paralelo à distribuição equânime das políticas de educação e saúde à população.

11. LEAL V S, PEDRO I C L, RISIA C E. M, JULIANA S O, EMILIA C C, SONIA LL. S. Desnutrição e excesso de peso em crianças e adolescentes: uma revisão de estudos brasileiros, 2012. Disponível em: www.cieelo.com.br. Acessado dia 24 de Agosto 2014
12. BRAGA M M. Ana C A C P, Avaliação do Consumo Alimentar de Professores de uma Universidade Particular da Cidade de São Paulo (SP), 2011.
13. SANTOS E. B. N, PINHO L. R, PEREIRA O. A. V, COELHO E. J. B: Perfil Socioeconômico e o Estado Nutricional de Adultos Atendidos no Laboratório de Avaliação Nutricional de um Centro Universitário, 2012. Disponível em: www.googleacademico.com.br. Acesso em: 23 de setembro de 2014.
14. ARAÚJO B. G. L, MARIA. R. Perfil nutricional de adultos e idosos atendidos na rede municipal de saúde de Manaus e sua associação a doenças crônico-degenerativas, 2011. Disponível em: www.googleacademico.com.br. Acesso em: 26 Setembro de 2014

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
UNI- CENTRO UNIVERCITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE NUTRIÇÃO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

Leia e responda as seguintes questões:

1. Você é do sexo:

a) ☐ Masculino b) ☐ Feminino

2. Você se considera:

a) ☐ Branco b) ☐ Preto c) ☐ Pardo d) ☐ Amarelo e) ☐ Indígena f) ☐ Não declarado

3. Estado Civil:

a) ☐ Solteiro(a). b) ☐ Divorciado(a). c) ☐ Viúvo(a). d) ☐ Casado(a). e) ☐ Separado(a)

4. Local da sua residência:

a) ☐ Zona Urbana. b) ☐ Zona Rural. Cidade: _____ Estado: _____

5. Sua residência é: a) ☐ Própria. b) ☐ Alugada. c) ☐ Outros:-----

6. Você possui alguma deficiência?

a) ☐ Sim. b) ☐ Não.

7. Em caso afirmativo, indique o tipo:

a) ☐ Deficiência Física. b) ☐ Deficiência visual. c) ☐ Deficiência mental. d) ☐ Deficiência auditiva.

e) ☐ outro: especificar _____

8 Qual a sua ocupação?

a) ☐ Não estudante. c) ☐ só estudante. b) ☐ só trabalha c) ☐ estudante/trabalha.

9. Você é fumante? Sim ☐ Não ☐

10. Você costuma consumir bebida alcoólica?

☐ Não consumo ☐ 1 à 2 vezes na semana ☐ Todo final de semana

QUANTAS VEZES você costuma comer cada item. Depois responda qual a sua PORÇÃO INDIVIDUAL. **ESCOLHA SOMENTE UM.**

Grupo de alimentos	Com que frequência você costuma comer?		Qual o tamanho da porção ?
	Quantas vezes você come? Número de vezes: 1 a 3 vezes, etc. (N = nunca ou raramente comeu na última semana)	Unidade S=por semana,	P = menor que a porção média M = igual à porção média G = maior que a porção média E = bem maior que a porção média

ALIMENTOS	QUANTAS VEZES VOCÊ CON-SOME POR SEMANA	PORÇÃO
Massas (Pizza, panqueca, Macarrão, Salgados fritos, pães, biscoitos etc)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Carne de boi, porco, peixes, frango, ovos	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Leite (integral, desnatado) Derivados (iogurte, queijos, manteiga)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Embutidos (Salsicha, mortadela, linguiça, salame)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Leguminosas (Feijão, lentilha, ervilha, grão de bico)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()

Arroz branco ou integral. Tubérculos(batata ou inhame ou batata doce, cus-cuz, tapioca)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Verduras(tomate, alface, abobrinha, chuchu, cenoura, berinjela, pepino, espinafre)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Frutas (maçã, banana, goi-aba, melão, melancia, pêra, abacate, mamão)	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Sobremesas/ doces	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Bebidas: Sucos natural	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Sucos industrializados	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()
Refrigerantes	N () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 ou mais vezes ()	P () M () G () E ()

Hora do Término da entrevista _____

Trata-se de uma publicação trimestral, com circulação regular desde 1990. A RBNC está indexada na base de dados LILACS -Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

A RBNC aceita a submissão de trabalhos originais, de investigação tanto na área experimental como em humanos; estudos clínicos; relatos de caso; notas técnicas e cartas aos Editores. Não serão aceitos artigos de revisão ou considerações teóricas sem casuística própria, com exceção de Revisões Sistemáticas com Meta-Análise, e Revisões ou Apreciações convidadas pelo Conselho Editorial.

Artigos com objetivos meramente propagandísticos ou comerciais não serão aceitos.

SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos podem ser submetidos de 2 distintas maneiras:

E-mail:

endereço para sbnpe@terra.com.br. O trabalho deverá ser acompanhado do termo de transferência de direitos autorais, aprovação da comissão de ética e demais autorizações cabíveis, as quais deverão ser escaneadas e anexadas.

Via postal:

Revista Brasileira de Nutrição Clínica
A/c Editores
Rua Abílio Soares, 233 - 14º andar - cj.144
Paraíso - São Paulo - SP - Brasil
CEP 04005-000
Tel: (11) 3889-9909

Estrutura do Artigo

A RBNC adota os Requisitos de Vancouver -Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, organizadas pelo International Committee of Medical Journal Editors -“Vancouver Group”, disponíveis em www.icmje.org. A obediência às instruções é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise.

- a) Página de Rosto
- b) Resumo e Palavras-chaves (unitermos, keywords) em Português e Inglês.
- c) Manuscrito
- d) Referências
- e) Tabelas e Figuras
- f) Lista para conferência (Check-List)

1. Página de Rosto

Deve assinalar o título do artigo, que não deve ultrapassar 150 caracteres.

Devem ser informados nome completo dos autores com respectivas titulações, email e

serviço ao qual estão vinculados, nome e endereço completo do autor correspondente (não esquecer telefone, celular e fax). Deve ser informada a instituição em que o trabalho foi desenvolvido.

Caso o trabalho tenha sido apresentado em congresso, devem ser mencionados: nome do evento, local e data da apresentação. Acrescentar contagem de palavras do Resumo, e do Manuscrito, bem como número de Tabelas, Figuras e Anexos.

2. Resumo e Palavras-chaves

Os resumos devem ser estruturados (Introdução, Método, Resultados, Conclusões) e não devem exceder a 250 palavras.

Nesta mesma página, devem ser incluídos 3 a 10 unitermos (palavras-chaves) que definam o assunto do trabalho, assim com a respectiva tradução para o inglês (keywords). Esses unitermos podem ser consultados nos endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/> que contém termos em português, espanhol ou inglês, ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

3. Manuscrito

Os manuscritos poder ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol, obedecendo à ortografia vigente, empregando linguagem fácil e precisa e evitando-se a informalidade da linguagem coloquial.

Os manuscritos devem ser divididos em Introdução, Método, Resultados e Discussão.

Os manuscritos não poderão exceder a 3000 (três mil) palavras no total, incluindo Referências.

Deve-se ser descontadas 200 palavras por cada tabela ou figura, de sorte que um estudo com 2 figuras e 2 tabelas só poderá atingir 2200 palavras.

É mandatória a inserção do item Conflito de Interesse imediatamente antes as Referências.

Agradecimentos sucintos são opcionais, entretanto a indicação de financiamento da pesquisa, o nome da agência financiadora e o número do processo são requeridos.

4. Referências

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver, elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors, disponível em: <http://www.icmje.org> Títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed for MEDLINE (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>).

As referências serão limitadas a 20, ressalvadas as revisões sistemáticas com meta-análise, onde o número é livre.

Com esses números reduzidos cabe restringir ao máximo introduções históricas, metodologias pormenorizadas, discussões com revisão da literatura e citações repetitivas. Os autores devem se concentrar nos achados centrais do protocolo e na sua comparação com a literatura recente, preferencialmente dos últimos 3 anos.

As citações bibliográficas, no texto, devem ser sobrescritas e numeradas na ordem em que são citadas.

Caso haja até 6 autores devem todos ser listados, sendo que para maior número, os primeiros 6 seguidos de et al. devem ser utilizados. Salvo circunstâncias excepcionais, não será admitida citação de resumo, comunicação pessoal, literatura comercial ou outras fontes que não revistas e livros científicos, bem como artigos e portais eletrônicos reconhecidos.

Nas citações de pesquisadores ao longo do texto, deve-se citar o primeiro autor, seguido da expressão "et al." ou o autor único se for o caso, sempre com a respectiva referência em sobrescrito.