



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE-ESCOLA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE PERINATAL



JÉSSICA SILVA SALARINI

**PERFIL DE GESTANTES INTERNADAS COM  
HIPERÊMESE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA  
DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2018

JÉSSICA SILVA SALARINI

**PERFIL DE GESTANTES INTERNADAS COM  
HIPERÊMESE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA  
DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, no formato de artigo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com Ênfase em Nutrição na Saúde Perinatal.

Orientadora:

Profª. Dra. Elisa Maria de Aquino Lacerda

Coorientadora:

Me. Larissa Mello de Oliveira

RIO DE JANEIRO

2018

Rio de Janeiro, 2018

## APRESENTAÇÃO

Na Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal passamos por diferentes cenários de atuação, entre eles o Alojamento Conjunto, no qual são internados principalmente as mulheres pós-parto e seus bebês. Mas, também são realizadas internações por outras causas, como abortamento e relacionadas às intercorrências gestacionais, como a hiperêmese gravídica (HG).

A hiperêmese gravídica é a condição na qual há manutenção e agravamento dos episódios de náuseas vômitos na gestação. O diagnóstico é realizado a partir da presença de náuseas prolongadas, vômitos excessivos, desidratação, cetonúria e perda de peso. Apesar de sua baixa prevalência, pode levar ao aumento da morbimortalidade da gestante e da criança. Caso o tratamento não seja adequado, há riscos aumentados de parto prematuro, baixo peso ao nascer, recém-nascido pequeno para a idade gestacional e morte fetal.

Com o objetivo de conhecer o perfil de gestantes com HG, identificando-as precocemente e possibilitando que sejam traçadas estratégias de cuidados mais adequados, foi avaliado o perfil sociodemográfico, obstétrico, clínico e nutricional, bem como o estado nutricional do recém-nascido.

O estudo foi observacional, retrospectivo e transversal, no qual foram analisados dados de prontuários de gestantes com HG internadas no período de 2013 a 2016, na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O referido Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) foi apresentado na modalidade de artigo, sendo este dividido em introdução, metodologia, resultados e discussão. O artigo foi submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), a qual foi escolhida pela especialidade e pela credibilidade no meio científico.

# **PERFIL DE GESTANTES INTERNADAS COM HIPERÊMESE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO**

**SALARINI, J.S.; OLIVEIRA, L.M.; LACERDA, E.M.A.**

## **RESUMO**

Objetivo: avaliar o perfil sociodemográfico, obstétrico, clínico e nutricional, bem como o estado nutricional do recém-nato, em gestantes internadas por hiperêmese gravídica, no período de 2013 a 2016. Métodos: estudo observacional, retrospectivo e transversal, no qual foram analisados dados de prontuários de gestantes com hiperêmese gravídica internadas em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. A análise descritiva incluiu procedimentos clássicos como médias e frequência simples. Resultado: No período de 4 anos, foram internadas 34 gestantes com hiperêmese gravídica, mas a amostra foi composta por 21 gestantes, em sua maioria, adultas, pardas ou brancas, eutróficas, primíparas, sem doenças prévias, moradoras do Rio de Janeiro e que não haviam planejado a gestação. O tempo médio de internação foi de 6 dias, com duração dos sintomas variando de 2 até 12 dias. 75% das gestantes multíparas relataram história de hiperêmese gravídica. Mais de 60% apresentaram ganho de peso gestacional total insuficiente, todos os bebês nasceram a termo e 76,2% com peso ao nascer adequado para idade. Conclusão: Apesar da amostra reduzida, percebe-se um aumento na incidência de hiperêmese gravídica nos anos estudados e elevada prevalência de ganho de peso total insuficiente.

**Palavras-chave:** Hiperêmese gravídica. Gravidez. Complicações na gravidez. Êmese gravídica. Ganho de peso gestacional.

## INTRODUÇÃO

Sintomas gastrointestinais, como náuseas e vômitos, são frequentes no primeiro trimestre da gestação e podem impactar negativamente na rotina da gestante e em suas relações sociais, familiares e econômicas, como o gasto com medicamentos, internações, absenteísmo, licença do trabalho, dificuldade em se alimentar, cuidado com filhos e relacionamento com o parceiro<sup>1,2,3,4</sup>. Quanto maior a gravidade dos sintomas, maior é o impacto adverso na capacidade de desenvolver atividades domésticas, ocupacionais e sociais<sup>1</sup>.

A Hiperêmese Gravídica (HG) é a condição na qual há manutenção e agravamento dos episódios de náuseas vômitos na gestação. Pode ser classificada em leve ou não especificada, quando iniciada antes do final da 22ª semana, e grave, quando associada a distúrbios metabólicos como depleção de carboidratos, desidratação e desequilíbrio eletrolítico<sup>5</sup>. Segundo *The American College of Obstetricians and Gynecologists*<sup>6</sup>, os sintomas são manifestados em praticamente todas as mulheres afetadas antes de 9 semanas.

O diagnóstico é realizado a partir da presença de náuseas prolongadas, vômitos excessivos, desidratação, cetonúria e mais de 5% de perda de massa corporal<sup>2,4</sup>. Apesar de sua baixa prevalência, pode levar ao aumento da morbimortalidade da gestante e da criança. Caso o tratamento não seja adequado, há riscos aumentados de parto prematuro, baixo peso ao nascer, recém-nascido pequeno para a idade gestacional e morte fetal<sup>2,4,7</sup>. O tratamento precoce é recomendado para evitar a progressão para HG. O impacto psicossocial pode levar algumas mulheres a decidirem pela interrupção da gravidez<sup>6</sup>.

As consequências da HG incluem deficiências de minerais e de vitamina B1, salivação excessiva e refluxo gastroesofágico. Também há associação de HG com doenças como lesão renal aguda, disfunção hepática, pneumomediastino, ruptura do esôfago, encefalopatia de Wernicke, distúrbios psicológicos e desordens cognitivas, emocionais e comportamentais. Em longo prazo, as consequências não estão bem determinadas, mas sugere-se o desenvolvimento de distúrbios neurológicos<sup>2,4</sup>.

Conhecer o perfil de gestantes com HG permite que essas mulheres sejam identificadas precocemente e sejam traçadas estratégias de cuidados na gestação. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, obstétrico, clínico e nutricional, bem como o estado nutricional do recém-nato, em gestantes internadas por HG, no período de 2013 a 2016, em uma maternidade escola pública no município do Rio de Janeiro.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e transversal. A população do estudo é composta por gestantes adultas e adolescentes atendidas na unidade de pacientes internos da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ). Foram obtidos os prontuários de gestantes que tiveram internação devido à HG no período entre 2013 e 2016. O critério de inclusão foi ter o diagnóstico de HG na internação. Foram excluídos os prontuários com ausência de dados referentes ao parto e ao recém-nascido, as gestantes que não tiveram o diagnóstico confirmado após internação ou com outras gestações no período estudado. As variáveis de interesse foram informações sociodemográficas, história patológica pregressa, história obstétrica e da gestação atual, variáveis antropométricas maternas, dados sobre internação, parto e recém-nascido. Os dados foram extraídos do prontuário pela autora principal (JSS), entre março e agosto de 2017.

O estado nutricional pré-gestacional foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC) que foi calculado dividindo-se o peso pré-gestacional (kg), ou peso até 13 semanas de gestação, pelo quadrado da altura (metros), sendo classificado em baixo peso ( $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ), peso adequado ( $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade ( $>30 \text{ kg/m}^2$ )<sup>8</sup>. O ganho de peso foi classificado em insuficiente, adequado e excessivo, segundo as faixas recomendadas pelo *Institute of Medicine* (2009)<sup>9</sup>. O peso ao nascer foi classificado com baixo peso ao nascer se peso  $< 2.500\text{g}$  e macrossomia se  $\geq 4.500\text{g}$ <sup>10</sup>. A adequação do peso ao nascer e do comprimento ao nascer teve como padrão de referência o *Intergrowth* (2014)<sup>11</sup>, sendo categorizado em adequado para idade gestacional (AIG) se entre percentil 10 e 90, pequeno para IG (PIG) se menor que percentil 10 e grande para idade gestacional (GIG) se maior que percentil 90. Foi considerado prematuro o recém-nascido com menos de 36 semanas, a termo entre 37 e 41 semanas e pós-termo com maior ou igual a 42 semanas de gestação<sup>10</sup>.

Todos os formulários foram revisados e digitados pelo pesquisador principal no Programa Excel. Foi realizada análise descritiva das principais variáveis por meio de procedimentos clássicos como médias e frequência simples. O programa estatístico utilizado foi o SPSS versão 19.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE: 64337417.6.0000.5275) e foi assinado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) pelo pesquisador principal.

## RESULTADOS

No período estudado, ocorreram 53 internações e reinternações por HG (2013, n=2; 2014, n=10; 2015, n=19; 2016, n=22), com média de 13 internações por ano, o que correspondeu a 0,52% das internações obstétricas. Trinta e oito prontuários foram obtidos no período estudado, porém 17 foram excluídos devido à ausência de dados do parto e recém-nascido (n=12), não confirmação da HG após internação (n=3), segunda gestação da mesma mãe no período estudado (n=1) e prontuário não encontrado (n=1). A amostra final foi composta por 21 prontuários.

A média de idade das gestantes foi de 25,48 anos (desvio-padrão DP=6,28), sendo identificada 1 adolescente (4,8%) de 17 anos. Moravam no município do Rio de Janeiro 90,5% das gestantes (n=19). 33,3% das gestantes (n=7) não trabalhavam, 14,3% (n=3) eram estudantes, 9,5% (n=2) eram empregadas domésticas e 42,8% outros. A cor da pele foi distribuída em 38,1% (n=8) brancas, 42,9% (n=9) pardas e 19,0% (n=4) pretas. Viviam com o companheiro 81,0% (n=17) das gestantes. A maioria das gestantes não fumava (94,4%, n=17), não usava drogas ilícitas (94,1%, n=16) e nem consumia bebida alcoólica (76,5%, n=13) (dados não apresentados).

**Tabela1. História patológica pregressa e obstétrica de gestantes internadas por hiperêmese gravídica, Maternidade Escola, 2013-2016 (n=21).**

Variáveis	n	%	M	DP
Nº de gestações	-	-	2,48	1,721
Paridade	-	-	0,62	0,921
Nº de abortamentos	-	-	0,81	1,209
Nº de filhos vivos	-	-	0,67	0,97
Hipertensão pré-gestacional	1	4,8	-	-
Diabetes Mellitus pré-gestacional	2	9,5	-	-
História de HG	6	31,58	-	-
Primiparidade	13	61,9	-	-
História de BPN	3	14,3	-	-
História de prematuridade	4	19,0	-	-

Nota: HG – hiperêmese gravídica, BPN – baixo peso ao nascer, M – média,

DP – desvio padrão.

Nenhuma gestante apresentou história pregressa de hipotireoidismo, hipertireoidismo ou doença psiquiátrica. Uma gestante (4,8%) apresentou hipertensão e 2 (9,5%) diabetes mellitus prévio à gestação e seis (31,58%) relataram história de HG em gestações anteriores (Tabela 1). O registro de história familiar de HG foi encontrado em apenas dois prontuários, sendo positivo em um deles (mãe).

**Tabela 2. História da gestação atual, dados antropométricos e sobre a internação de gestantes internadas por hiperêmese gravídica, Maternidade Escola, 2013-2016 (n=21).**

Variáveis	n	%	M	DP
Gestação planejada	6	28,6		
Estatura (m)			1,59	0,05
Peso pré-gestacional (kg)			60,0	12,84
IMC pré-gestacional (kg/m <sup>2</sup> )	-	-	23,04	4,52
Eutrofia	9	42,9	-	-
Baixo Peso	3	14,3	-	-
Sobrepeso	7	33,3	-	-
Obesidade	2	9,5		
Ganho de peso gestação (kg)	-	-	6,52	5,34
Adequado	6	28,6	-	-
Insuficiente	14	66,7	-	-
Excessivo	1	4,8	-	-
Idade gestacional na 1ª internação (semanas)			11,24	4,17
Nº de internações por HG			1,86	1,53
Duração da 1ª internação (dias)			5,76	3,30
Duração de todas as internações (dias)			17,38	26,47
Duração dos sintomas na 1ª internação (dias)			2,76	2,49

Nota: HG – hiperêmese gravídica; IMC – índice de massa corporal; M – média;

DP – desvio padrão.

Em relação ao estado nutricional, 14,3% (n=3), 33,3% (n=7) e 9,5% (n=2) iniciaram a gestação com baixo peso, sobrepeso e obesidade, respectivamente. O ganho de peso médio foi de 6,5 kg e 66,7% apresentaram ganho de peso total insuficiente. A idade gestacional média na internação foi de 11 semanas e a frequência de internações por HG foi de 1,86 vezes, variando de 1 a 6. A duração média da primeira internação foi



de 6 dias e, somando com as subsequentes, 17 dias, com máximo de 108 dias. Os sintomas persistiram por 2,4 até 12 dias (Tabela 2).

No primeiro dia de internação, a dieta era usualmente zero, evoluindo segundo aceitação. Durante a internação, 76,2% (n=16) e 52,4% (n=11) das gestantes receberam atendimento psicológico e nutricional registrados em prontuário, respectivamente. Outros diagnósticos além da HG foram desidratação (n=1), diabetes mellitus tipo 1, anemia e Doença de Addison (n=1), hipertensão arterial crônica (n=1), hipocalcemia sintomática (n=1) e pielonefrite (n=1), diabetes mellitus tipo 2 (n=1). Os medicamentos mais usados foram Ondansetrona (95,2%, n=20), Metoclopramida (71,4%, n=15), Ranitidina (57,1%, n=12) e Bromoprida (38,0%, n=8). 14,3% (n=3) das gestantes receberam Complexo B e 28,6% (n=6) Piridoxina. O suplemento alimentar foi prescrito para 14,3% (n=3) das gestantes.

**Tabela 3. Dados referentes ao parto e ao recém-nascido de gestantes internadas por hiperêmese gravídica, Maternidade Escola, 2013-2016 (n=21).**

Variáveis sobre parto e recém-nascido	n	%	M	DP
Tipo de parto	21			
Vaginal	11	52,4		
Cesariana	10	47,6		
Idade gestacional (semanas)			39,29	1,23
Sexo feminino	11	52,4		
Peso ao nascer (g)	21		2.850	570
Comprimento (cm)			48,38	2,56
Baixo peso ao nascer	1	4,8		
Adequação do peso ao nascer por idade gestacional	21		2,85	0,57
AIG	16	76,2	-	-
PIG	2	9,5	-	-
GIG	3	14,3	-	-
Comprimento ao nascer (cm)	21	-	48,38	2,55
P10 – P90	14	66,7	-	-
< P10	4	19,0	-	-
> P 90	3	14,3	-	-

Nota: AIG – adequado para idade gestacional; PIG – pequeno para idade gestacional

GIG – grande para idade gestacional; M – média, DP – desvio padrão.

A frequência de parto vaginal foi de 52,4% (n=11), todas as crianças nasceram a termo e 52,4% (n=11) eram do sexo feminino. Ao nascer, o peso médio foi de 2.850 g e o comprimento 48,38 cm. 9,5% (n=2) eram pequenas para idade gestacional e 14,3% (n=3) eram grandes para idade gestacional (Tabela 3). Uma criança apresentou mal formação (polidactilia).

## **DISCUSSÃO**

A HG é a forma mais grave de náuseas e vômitos e é a principal causa de internação hospitalar no início da gestação<sup>12</sup>. Na amostra estudada, a HG representou 0,52% das internações obstétricas, ocorreu entre 6 e 23 semanas de gestação, com idade gestacional média na internação de 11 semanas, o que é condizente com a literatura, que refere incidência de 0,3 a 3,0%, sintomas iniciando entre 2 a 4 semanas, com pico entre 9 e 16 semanas, e resolução próxima a 22ª semana<sup>2,13</sup>.

Não foram identificados estudos que apresentam prevalência de HG no Brasil. Na Escandinávia, registros médicos de nascimento mostram prevalência de HG de 0,9% na Suécia (1973 a 2010) e Dinamarca (1977 a 2010) e 0,8% na Noruega (1967 a 2009)<sup>14</sup>. Nos Estados Unidos, um estudo com 46,179 gestantes mostrou que a HG foi a segunda maior causa de internações durante a gestação (9%), junto com hipertensão, atrás apenas de trabalho de parto prematuro (24%)<sup>15</sup>.

Não foram identificados estudos semelhantes, motivo pelo qual não podem ser feitas comparações referentes às prevalências e resultados encontrados. Entretanto, serão feitas considerações comparando-se os resultados do presente estudo com achados de estudos com gestantes de baixo risco.

A HG não tratada, ou se o tratamento não obtiver sucesso, pode ocasionar efeitos adversos à mãe e à criança<sup>2</sup> e sequelas físicas e psicológicas<sup>13</sup>. A HG é uma forma de fome prolongada, sendo necessário monitoramento proativo e tratamento para evitar a decadência física evitável. Muitas mulheres com HG acreditam que seus sintomas não são levados a sério pelos médicos e algumas relatam atraso no diagnóstico e tratamento<sup>16</sup>.

No estudo, a maioria das mulheres eram adultas, primigestas, eutróficas e, em 52,4% das gestações, o bebê era do sexo feminino. Os fatores de risco associados à HG são concentrações elevadas de hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG), de estrogênio e tiroxina livre (T4), primigestação, gestações múltiplas, baixo peso pré-gestacional, extremos de idade - principalmente, mulheres mais jovens - história

familiar e pessoal de HG, anormalidades fetais, bebê do sexo feminino, elevada ingestão de gordura saturada antes da gravidez, infecção pelo *Helicobacter pylori*, lentificação da motilidade gastrointestinal, estresse, depressão e ansiedade<sup>2,4,17</sup>. O hCG é o hormônio que apresenta maior relação com sintomas de náuseas, vômitos e HG<sup>2,4</sup>.

A elevação de estrogênio e progesterona também se relaciona com HG. Mulheres que usam contraceptivos orais e apresentam náuseas e vômitos têm maior propensão a ter esses sintomas na gestação. Gestantes com elevado IMC, e elevada concentração de estrogênio, tem maior chance de HG. Esses hormônios podem alterar a motilidade gastrointestinal, reduzir esvaziamento gástrico e aumentar náuseas e vômitos<sup>2</sup>.

Um estudo Norueguês encontrou associação positiva entre HG e mulheres mais jovens, múltiparas, de baixa escolaridade, com histórico de depressão e dor pélvica. O IMC pré-gestacional não diferiu entre as mulheres com e sem HG e o tabagismo teve associação negativa<sup>18</sup>.

O risco de HG é até 3 vezes maior naquelas com histórico familiar, principalmente materna, e maior risco de reincidência quando comparado do que nas que nunca tiveram os sintomas<sup>19,20</sup>. No presente estudo, das 8 mulheres múltiparas (38,1%), 6 delas (75%) relataram história de HG em gestação anterior.

Mais de 90% das mulheres negaram o uso de drogas ilícitas ou fumo e mais de 70% negou o consumo de bebida alcoólica. Um estudo identificou que o tabagismo está associado com menor risco de desenvolver HG<sup>14</sup>. McCarthy et al. (2011)<sup>21</sup> não encontraram diferenças significativas no tabagismo entre as mulheres com ou sem HG.

Na gestação, a tireoide tem sua função aumentada visto que o hCG elevado no primeiro trimestre interage com o Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH), devido a sua analogia estrutural. O TSH é suprimido e há aumento da tiroxina livre (T4), levando ao hipertireoidismo na gravidez. Sugere-se que mulheres com hipertireoidismo teriam tireoide mais sensível ao hCG, estando relacionada com a tireotoxicose gestacional (GTT) que, quando tratada, reduziu e até eliminou os episódios de vômitos<sup>2</sup>. Na atual pesquisa, foi encontrado um caso de hipertrofia da tireoide.

Gestantes com HG que apresentam extrema perda de peso ( $\geq 15\%$  do peso pré-gestacional) têm duas vezes mais chance de os sintomas persistirem até o pós-parto e maior chance de hospitalização, terapia oral ou intravenosa e nutrição parenteral. Os sintomas relatados são: hipotensão, hematêmese, disfunção hepática e da vesícula biliar, dor muscular, insuficiência renal, hemorragia na retina e aversões alimentares<sup>16</sup>.

Neste estudo, foi encontrada baixo ganho de peso gestacional médio (6.52 kg DP 5.34 kg) e maior frequência de ganho de peso gestacional total insuficiente (66,7%), valor superior ao observado em gestantes de baixo risco no município do Rio de Janeiro. O ganho de peso médio no estudo de Kac et al. (2004)<sup>22</sup> foi de 13 kg (208 mulheres, entre 1999 e 2001) e no estudo de Fraga e Theme Filha (2014)<sup>23</sup> foi de 11,7 kg (1097 mulheres, entre 2007 e 2008). O ganho de peso em um estudo multicêntrico com gestantes brasileiras de baixo risco foi de 33,4% e 32,9% de ganho de peso insuficiente e excessivo, respectivamente<sup>24</sup>, valores bem diferentes dos nossos (66,7% e 4,8%, respectivamente). Fernandes et al. (2014)<sup>25</sup> encontraram 29,1% com ganho de peso insuficiente e 32,7% excessivo. Observa-se, portanto, que a prevalência de ganho de peso insuficiente em gestantes com HG é maior do que em gestantes de baixo risco.

A causa provável do baixo ganho de peso é o baixo consumo alimentar. Mulheres com HG apresentam grande perda de nutrientes e muitas vezes a restrição energética se assemelha ao jejum<sup>26</sup>. A deficiência nutricional pode provocar crescimento compensatório da placenta e distúrbios de disfunção placentária como pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, abortamento espontâneo e natimorto, e alterar o peso ao nascer, APGAR e idade gestacional no parto. Para as crianças, podem ocorrer alterações neurológicas e alterações de comportamento associados à privação nutricional causada pela HG<sup>16,27,28</sup>.

O efeito da HG no embrião e no feto dependerá da gravidade dos sintomas, sendo o resultado mais comum o baixo peso ao nascer<sup>7</sup>. No presente estudo, apesar do menor ganho de peso materno e do menor peso ao nascer comparados com gestantes de baixo risco, apenas 1 bebê foi classificado com baixo peso e 2 pequenos para idade gestacional. O peso ao nascer médio de 2.850 g foi menor do que o de estudos com gestantes de baixo risco realizados no Sul do Brasil (3.295g)<sup>25</sup> e no Rio de Janeiro (3.285 g)<sup>29</sup>.

O tratamento da HG dependerá da gravidade dos sintomas. Devem ser evitados estímulos sensoriais (calor, ruídos, luz, umidade e odores fortes), as refeições devem ser menores e mais frequentes, evitado-se alimentos picantes e gordurosos<sup>6</sup>. Uma revisão sistemática, com 78 estudos do tipo ensaio clínico (8.930 participantes), mostrou que para sintomas leves, gengibre, piridoxina, antihistamínicos e metoclopramida tiveram mais benefícios que placebo; para sintomas moderados, piridoxina-doxilamina, prometazina e metoclopramida foram mais benéficos; e para casos graves, a ondansetrona foi mais benéfico que placebo<sup>13</sup>. Os medicamentos mais utilizados no

presente estudo foram a Ondansetrona, Metoclopramida, Ranitidina e Bromoprida. Com base na ACOG (2015)<sup>6</sup>, é recomendado como primeira linha farmacoterapêutica o uso de Piridoxina ou Piridoxina mais doxilamina e pode ser utilizado o gengibre como opção não farmacológica. Na admissão, deve-se ter atenção ao equilíbrio eletrolítico, fazer reposição hídrica e de vitamina B, Tiamina.

A nutrição enteral pode ser prescrita na HG persistente e sem resposta ao tratamento médico ou sem recuperação do peso. Mulheres que não toleram líquidos orais por período prolongado ou com desidratação, pode receber hidratação venosa (eletrólitos, dextrose, vitaminas, tiamina) e a nutrição parenteral será usada como último recurso<sup>6</sup>. No presente estudo, o tempo médio de jejum foi de aproximadamente 1 dia, sendo a dieta evoluída conforme aceitação. Não foi encontrada prescrição de dieta enteral ou parenteral.

Uma revisão sistemática de artigos publicados entre 2000 e 2010 encontrou que o gengibre foi efetivo no tratamento de náuseas e vômitos quando comparado ao placebo, porém, quando comparado com outros tratamentos, os resultados são imprecisos<sup>30</sup>.

Um dos ensaios clínicos avaliados reportou melhora de sintomas moderados após psicoterapia<sup>13</sup>. Outro estudo indicou que depressão (19%), ansiedade (69%) e estresse (21%) foram comuns na HG. Estes sintomas, além das náuseas e vômitos, diminuíram significativamente no terceiro trimestre de gestação, o que pode mostrar que os distúrbios neurológicos podem estar ligados aos sintomas e a debilitação da HG<sup>17</sup>. Nesse estudo pode ser observada a importância da atenção psicológica para essas gestantes, as quais foram atendidas em 76% dos casos, mesmo sem relato de doença psiquiátrica prévia.

O estudo atual teve como limitações a coleta de dados em prontuários que pode ter como viés a omissão ou erro de registro por parte do profissional de saúde e a omissão ou esquecimento do paciente em relação aos dados pregressos. As principais variáveis não encontrados se referiam à renda, história familiar de HG, uso de drogas, fumo ou bebida alcoólica. O prontuário médico é um documento que possibilita a comunicação entre a equipe multiprofissional e a continuidade no cuidado do indivíduo<sup>31</sup>, sendo seu preenchimento adequado fundamental para a assistência e pesquisa. As perdas de amostra ocorreram principalmente pela ausência de dados do parto e recém-nascido (31,58%), visto que muitas mães não tinham o parto na mesma maternidade da internação. Como a HG é característica do primeiro trimestre<sup>2</sup>,

provavelmente após melhora dos sintomas, o acompanhamento pré-natal e parto era realizado em unidade de saúde mais próxima à residência da gestante.

O aumento de internações por HG nos últimos anos na maternidade estudada reforça a importância da realização de investigações e, posteriormente, elaboração de protocolos assistenciais. Para a prática clínica, recomenda-se a utilização do *Pregnancy Unique Quantification of Emesis* (PUQE), um questionário que avalia a gravidade dos episódios de náuseas e vômitos (pontuação < 6, leve; 7-12, moderado; 13 ou mais, grave)<sup>32</sup>. Também está disponível o *Hyperemesis Impact of Symptoms* (HIS), questionário que avalia impacto dos sintomas físicos e psicossociais da HG<sup>33</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A Hiperêmese Gravídica é uma doença de baixa prevalência, mas com importante impacto sobre a saúde da gestante e do bebê, podendo levar ao aumento da morbimortalidade. No presente estudo foi encontrado um aumento no número de internações com esse diagnóstico nos anos estudados. Comparadas com gestantes de baixo risco de outros estudos, gestantes com HG apresentaram maior frequência de ganho de peso total insuficiente. São necessários estudos com desenhos mais adequados a fim de avaliar os fatores de risco associados à HG, bem como os desfechos associados à sua ocorrência.

## REFERÊNCIAS

1. Heitmann K, Nordeng H, Havnen GC, Solheimsnes A, Holst L. The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again – results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17:75 DOI 10.1186/s12884-017-1249-0
2. Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy - What's new? *Auton. Neurosci.* V. 2016; 202, 62–72p.
3. Fletcher SJ, Waterman H, Nelson L, et al. Holistic assessment of women with hyperemesis gravidarum: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52, 1669–1677p.
4. McCarthy FP, Lutomski JE, Greene RA. Hyperemesis gravidarum: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014; 6:719–25. doi: 10.2147/IJWH.S37685
5. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Organização 10º Rev. Mundial de Saúde. 2007. [Acessado em 28 de novembro de 2016]. Disponível a partir de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/O21.0>
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015; Vol 126 (3): e12-24. doi: 10.1097 / AOG.0000000000001048
7. Cameron Body MD, Jennifer A, Christie MD. Gastrointestinal Diseases in Pregnancy: Nausea, Vomiting, Hyperemesis Gravidarum, Gastroesophageal Reflux Disease, Constipation, and Diarrhea. *Gastroenterol Clin North Am*. 2016 ;45(2):267-283. Doi: 10.1016/j.gtc.2016.02.005
8. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization. 1995.
9. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington: National Academy Press. 2009.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional de criança e do adolescente - manual de orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. 2009; 112p.
11. Villar J, Cheikh Ismail L, Victora CG, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the newborn

- cross-sectional study of the INTERGROWTH-21 Project. *The Lancet*. Vol 384, September 6, 2014.
12. Grooten IJ, Mol BW, Van Der Post JAM, et al. Early nasogastric tube feeding in optimizing treatment for hyperemesis gravidarum: the MOTHER randomised controlled trial (Maternal and Offspring outcomes after Treatment of Hyperemesis by Refeeding). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. Doi: 10.1186/s12884-016-0815-1
  13. McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, et al. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *JAMA*. 2016; 316(13):1392-1401
  14. Vandraas KF, Grjibovski AM, Støer NC, et al. Hyperemesis gravidarum and maternal cancer risk, a scandinavian nested case-control study. *International Journal of Cancer*; 137, 1209–1216, 2015. Doi: 10.1002/ijc.29475
  15. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet. Gynecol.* 100, 94–100. 2002.
  16. Fejzo MS, Poursharif B, Korst LM, et al. Symptoms and Pregnancy Outcomes Associated with Extreme Weight Loss among Women with Hyperemesis Gravidarum. *Journal of women's health*. 2009; Volume 18, Number 12. Doi: 10.1089/jwh.2009.1431.
  17. Tan PC, Zaidi SN, Azmi N, Omar SZ, Khong SY. Depression, Anxiety, Stress and Hyperemesis Gravidarum: Temporal and Case Controlled Correlates. 2014; *PLoS ONE* 9(3): e92036. Doi: 10.1371/journal.pone.0092036
  18. Kjeldgaard HK, Eberhard-Gran M, Benth JS, Nordeng H, Vikanes AV. History of depression and risk of hyperemesis gravidarum: a population-based cohort study. *Archives of Women's Mental Health*. 2017; Vol. 20, Issue 3, pp 397–404. Doi: 10.1007/s00737-016-0713-6
  19. Vikanes A, Skjaerven R, Grjibovski AM, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. *BMJ*. 2010; 340:c2050. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c2050>
  20. Trogstad LI, Stoltenberg C, Magnus P, Skjaerven R, Irgens LM. Recurrence risk in hyperemesis gravidarum. *BJOG*. 2005; 112, 1641–1645. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00765.x
  21. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, et al. A Prospective Cohort Study Investigating Associations between Hyperemesis Gravidarum and Cognitive,



- Behavioural and Emotional Well-Being in Pregnancy. PLoS ONE. 2011; 6(11): e27678. doi:10.1371/journal.pone.0027678.
22. Kac G, Benicio MH, Velasquez-Melendez G, Valente JG, Struchiner CJ. Gestational Weight Gain and Prepregnancy Weight Influence Postpartum Weight Retention in a Cohort of Brazilian Women. *The Journal of Nutrition*. 2005; 134: 661–666.
  23. Fraga ACSA, Theme Filha MM. Fatores associados ao ganho de peso gestacional entre gestantes do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2014; Vol.3, No.3, Rio de Janeiro. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085313>
  24. Drehmer M, Duncan BB, Kac G, Schmidt MI. Association of Second and Third Trimester Weight Gain in Pregnancy with Maternal and Fetal Outcomes. 2013; 8(1): e54704. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054704>
  25. Fernandes MP, Bierhals IO, Demoline R F, Pretto ADB, Pastore CA. Fatores maternos associados ao peso ao nascer em gestantes de baixo risco obstétrico de uma maternidade-escola do sul do Brasil. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2014; 34(3):48-56.
  26. Koudijs HM, Savitri AI, Browne JL, et al. Hyperemesis gravidarum and placental dysfunction disorders. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16: 374. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1174-7>
  27. Fejzo MS, Magtira A, Schoenberg FP, Macgibbon K, Mullin PM. Neurodevelopmental delay in children exposed in utero to hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.03.028
  28. Fejzo MF, Schoenberg FP, Macgibbon K, Magtira A, Martin B, Mullin PM. Long-term health effects in children exposed in utero to hyperemesis gravidarum. *Clin Obstet Gynecol Reprod Med*. 2016; Vol. 2(2): 150-154. doi: 10.15761/COGRM.1000138
  29. Padilha PC, Saunders C, Azevedo F, Ariza T, Accioly E. Estado nutricional antropométrico pré-gestacional e resultado obstétrico. *Rev. Assoc. Bras. Nutr*. 2009; Vol.2, N.1.
  30. Amorim A, Ferreira ARR, Carrapiço E. Gengibre no tratamento da náusea e vômitos da gravidez: revisão baseada na Evidência. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2013; 7(2):103-108.

31. Conselho Federal de Medicina. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Resolução CFM nº 1.638/2002. Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5
32. Chhetry M, Thakur A, Uprety DK, Basnet P, Joshi R. Hyperemesis gravidarum in a tertiary care centre in eastern nepal: a prospective observational study. J AyubMed Coll Abbottabad. 2016;28(1).
33. Power Z, Campbell M, Kilcoyne P, Kitchener H, Waterman H. The Hyperemesis Impact of Symptoms Questionnaire: Development and validation of a clinical tool. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47, 67–77p.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.06.012



ISSN 0100-7203 *versão impressa*

ISSN 1806-9339 *versão on-line*

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Preparando um manuscrito para submissão](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)
- [Itens para a conferência do manuscrito](#)

### Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

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 intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

#### Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo *double mind*) para avaliar o trabalho. 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 sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

**IMPORTANTE!** Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

### Preparando um manuscrito para submissão

#### Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) [Modelo](#);

- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

### **Página de Título**

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do [International Committee of Medical Journal Editors](#) (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

### **Manuscrito**

#### **Instruções aos Autores**

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

**Artigos Originais**, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

**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.

**Artigos de Revisão**, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. 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 e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

**Cartas ao 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;

**Editorial**, somente a convite do editor.

### **Título**

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

### **Resumo**

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

### **Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original**

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

**Objetivo:** O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

**Métodos:** Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

**Resultados:** O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

**Conclusão:** O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

### **Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática**

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

**Objetivo:** Declarar o objetivo principal do artigo.

**Fontes dos dados:** Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

**Seleção dos estudos:** Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

**Coleta de dados:** Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

**Síntese dos dados:** Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

**Conclusões:** Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

### **Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso**

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

## Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

**Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)**

## Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

## Métodos

**Métodos**, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estructure a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

### **Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014\*):**

**Relato de Caso (Estudo de Caso):** Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

**Série de Casos:** Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

**Estudo Transversal (Ou Seccional):** Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

**Estudo de caso-controle:** Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

**Estudo de coorte:** Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da

causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

**Estudo randomizado:** Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) e/ou o número do [International Clinical Trials Registration Platform](#) (ICTRP/OMS), na página de título.

**Estudo ecológico:** Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de vinho.

**Revisão Sistemática e Metanálise:** Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

**Fonte:** \*Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

### **Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais**

**Objetivo do estudo:** O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

**Delineamento:** O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

**Características da amostra:** Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?

**Coleta de dados (mensuração dos resultados):** Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutibilidade dos métodos empregados foram consideradas?

**Tamanho da amostra:** Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

**Métodos estatísticos:** O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor *p*, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de

outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

**Resumo:** O resumo contém síntese adequada do artigo?

**Recomendação sobre o artigo:** O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

**Fonte:** \*Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

### **IMPORTANTE!**

A RBGO aderiu à iniciativa do [International Committee of Medical Journal Editors](#) (ICMJE) e da Rede [EQUATOR](#) destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

#### **Ensaio clínico randomizado:**

<http://www.consort-statement.org/downloads/consort-statement>

#### **Revisões sistemáticas e metanálises:**

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>

#### **Estudos observacionais em epidemiologia:**

[strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE\\_checklist\\_v4\\_combined.pdf](http://statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)

#### **Estudos qualitativos:**

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

### **Resultados**

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

### **ATENÇÃO!**

As seções **Métodos** e **Resultados** nos **Estudos de Caso** devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

### **Discussão**

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não



discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

### **Conclusão**

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

### **Referências**

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

**Atenção!** Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o 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). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". 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 deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o [American Medical Association \(AMA\) Citation Style](#).

\*As instruções aos Autores deste periódico foram baseadas na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.**

## **Envio dos manuscritos**

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

### **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**

Endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3421, 01401-001, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

Tel.: + 55 11 5573.4919

Email: [editorial.office@febrasgo.org.br](mailto:editorial.office@febrasgo.org.br)

Home Page: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-33175>

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



---

**Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**

Av. das Américas, 8445, sala711 - Barra da Tijuca

22793-081 - Rio de Janeiro RJ - Brasil

Tel.: (55 21) 2487-6336

Fax: (55 21) 2429-5133



[rbgo@fmrp.usp.br](mailto:rbgo@fmrp.usp.br)



[Home](#)

[Author](#)

# Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

## Submitted to

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

## Manuscript ID

RBGO-2018-0081

## Title

Perfil de gestantes internadas com hiperêmese em uma Maternidade Pública do Rio de Janeiro

## Authors

Salarini, Jéssica

de Oliveira, Larissa

Lacerda, Elisa Maria

## Date Submitted

06-Mar-2018

[Author Dashboard](#)