

Título em português: Prevalência de doenças autorreferidas por minorias étnicas na Região Metropolitana de Manaus

Título em inglês: Prevalence of self-referred diseases by ethnic minorities in the Metropolitan Region of Manaus

Resumo em português

Introdução: Minorias étnicas são grupos cujas características históricas, étnicas, linguísticas, religiosas e culturais diferem daquelas existentes na maior parte da população. Pertencer a tais grupos pode influenciar no perfil de doenças e uso de serviços de saúde. **Objetivo:** Estimar a prevalência de doenças autorreferidas por minorias étnicas na Região Metropolitana de Manaus. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado na Região Metropolitana de Manaus. **Resultados:** Foram entrevistadas 4.001 pessoas, das quais 15,9% eram brancos, 7,5% pretos, 3,4% amarelos, 72,1% pardos e 1,0% indígenas. Hipertensão arterial foi autorreferida por 20,7% dos brancos, 21,5% pretos, 20,9% amarelos, 19,1% pardos e 29,4% indígenas. Diabetes foi autorreferida por 7,3% dos brancos, 6,0% pretos, 9,0% amarelos, 5,7% pardos, 12,3% indígenas. Hipercolesterolemia foi autorreferida por 15,1% dos brancos, 15,3% pretos, 14,4% amarelos, 14,8% pardos e 17,0% indígenas. **Conclusão:** Os achados indicam diferenças entre as etnias na prevalência de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes na Região Metropolitana de Manaus. Os indígenas apresentaram maiores prevalências das doenças investigadas. Quando comparados aos brancos, pardos autorreferiram menos hipertensão arterial e diabetes.

Palavras-chave: minorias étnicas, doenças crônicas, Brasil.

Resumo em inglês

Introduction: Ethnic minorities are groups whose historical, ethnic, linguistic, religious and cultural characteristics differ from those existing in the majority of the population. Many studies have reported associations between self-referred diseases and ethnic minorities in various parts of the world, including Brazil. **Objective:** Estimate the prevalence of self-referred diseases by ethnic minorities in the Metropolitan Region of Manaus. **Methods:** This is a cross-sectional population-based study conducted in the Metropolitan Region of Manaus. **Results:** 4.001 people were interviewed, of whom 15,9% were whites, 7,5% blacks, 3,4% yellows, 72,1% browns and 1,0 % indians. Arterial hypertension was self-referred by 20,7% of whites, 21,5 % blacks, 20,9% yellows, 19,1% browns and 29,4 % indians. Diabetes was self-referred by 7,3% of whites, 6,0% blacks, 9,0% yellows, 5,7 % browns and 12,3% indians. Hypercholesterolemia was self-referred by 15,1% of whites, 15,3 % blacks, 14,4 % yellows, 14,8% browns and 17,0 % indians. **Conclusion:** The findings show that there are differences in the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia and diabetes among ethnic groups in the Metropolitan Region of Manaus. The indians were the ethnic minority with a higher prevalence of the investigated diseases. Compared to whites, browns have less self-referred hypertension and diabetes.

Key words: ethnic minorities, chronic diseases, Brazil.

Introdução

Minorias étnicas são grupos cujas características históricas, étnicas, linguísticas, religiosas e culturais diferem daquelas existentes na maior parte da população¹⁻³.

Associações entre doenças autorreferidas e minorias étnicas são relatadas em várias partes do mundo, incluindo o Brasil. Um estudo americano evidenciou que a prevalência de diabetes é maior em populações minoritárias⁴. Outra investigação brasileira encontrou maior prevalência de câncer de próstata em homens negros em relação aos homens brancos ou pardos⁵.

Com a transição demográfica ocorrida no Brasil, as doenças crônicas tornaram-se causa importante de mortalidade⁶. Atualmente as doenças crônicas respondem por mais de 70% das causas de mortes na população brasileira, diminuindo a expectativa e qualidade de vida⁷. Dentre as causas mais importantes, destacam-se as doenças cardíacas, derrames, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes⁸. Essas mudanças também afetam as populações de minoria étnica, que por questões genéticas e culturais, podem sofrer maiores consequências em sua saúde.

Considerando a diversidade brasileira, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 destacaram que a proporção de pretos e brancos que referiram diagnóstico de hipertensão arterial foi estatisticamente equivalente e maior que a dos pardos. No que diz respeito ao diabetes mellitus, não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre pretos, brancos e pardos. Os brancos referiram mais colesterol alterado quando comparados aos pretos e pardos⁷.

Entre as doenças citadas, existem as doenças genéticas, que também são relacionadas a minorias étnicas. Uma delas é a anemia falciforme, que predomina em negros e pardos no Brasil⁹. Outra doença que deve ser ressaltada é a deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, que aumenta a gravidade dos casos de malária e é mais prevalente em negros^{10,11}.

Esse estudo tem como objetivo estimar a prevalência de doenças autorreferidas por minorias étnicas na Região Metropolitana de Manaus e identificar os fatores associados.

Métodos

Delineamento

Trata-se de um estudo transversal de base populacional. O desfecho primário desta análise foi a prevalência de doenças autorreferidas por minorias étnicas da Região Metropolitana de Manaus.

Contexto

Os dados do presente estudo são provenientes de um inquérito sobre a saúde da população e uso de serviços de saúde realizado entre maio a julho de 2015 com residentes nos municípios de Manaus, Presidente Figueiredo, Manacapuru, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva, Novo Airão, Iranduba e Itacoatiara.

Participantes

Adultos a partir de 18 anos, sem problemas cognitivos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Variáveis, fontes de dados e informação

As variáveis do estudo foram idade, sexo, cor ou raça (branca, preta, amarela, parda e indígena), estado civil, escolaridade, classe social, cobertura de plano de saúde, presença ou ausência de doenças crônicas (hipertensão, diabetes mellitus, colesterol alto), procura por serviços médicos, odontológicos e de internação nos últimos 12 meses e pelo mesmo serviço de saúde. Tais variáveis foram aferidas por meio de um questionário previamente validado, semiestruturado e pré-codificado.

O questionário foi preenchido em dispositivo eletrônico por entrevistadores treinados em pesquisa quantitativa, obtendo-se os dados em entrevista face a face, diretamente com o participante.

Controle de viés

Realizou-se um pré-teste com 150 participantes para atestar a compreensão do instrumento.

Para garantia da fidedignidade dos dados coletados, 20% das entrevistas foram auditadas por telefone, assim como parte da entrevista foi gravada pelo dispositivo eletrônico. Os dados foram automaticamente tabulados.

Tamanho do estudo

Segundo estimativas do IBGE do ano de 2013, a Região Metropolitana de Manaus tinha 2.316.173 habitantes. Calculou-se o tamanho da amostra a partir de uma estimativa de 50% de prevalência de uso de serviços de saúde. Chegou-se a uma amostra de 3.598 indivíduos a serem entrevistados, considerando o nível de confiança 95%, precisão de 2% e efeito do desenho 1,5. A esse número foi adicionado 10% para compensar eventuais perdas, totalizando cerca de 4.000 pessoas a serem entrevistadas.

O processo de amostragem ocorreu em três estágios. No primeiro estágio consideraram-se os 2.647 setores censitários urbanos da Região Metropolitana de Manaus¹², dentre os quais 400 setores primários e 20 setores de reposição foram sorteados. O segundo estágio balizou-se em procedimento sistemático com o objetivo de apontar dez domicílios em cada setor identificado. Nesse processo, um número aleatório definiu a ordem de procura nas residências a cada 20 endereços. No terceiro estágio, todos os moradores acima de 18 anos foram cadastrados na residência apontada. O sorteio do entrevistado ponderou as cotas de sexo e idade da população de modo a aumentar a representatividade

Análises estatísticas

Para analisar todas as variáveis de caracterização da amostra, foi utilizada estatística descritiva. A razão de prevalência ajustada por sexo e idade foi calculada por Regressão de Poisson com variância robusta para identificar os fatores relacionados à prevalência de doenças autorreferidas por minorias étnicas na região metropolitana de Manaus¹³. Considerou-se o delineamento amostral complexo nos cálculos, os quais foram executados no STATA 14.1.

Aspectos éticos e financiamento

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (parecer 974.428/2015, CAAE 42203615.4.0000.5020). Esta pesquisa recebeu auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da Chamada Pública nº 43/2013 (processo 404990/2013-4) e Chamada Pública Universal 2014 (processo 448093/2014-6).

Resultados

Dados da Tabela 1 apontam que a maior parte dos entrevistados foi constituída por adultos jovens, mulheres, solteiros, classe C (renda entre R\$2.409,01 e R\$1.446,24) e de escolaridade até o ensino médio. Identificou-se maior número de pessoas sem plano de saúde e uma elevada procura por serviços médicos nos últimos 12 meses. A doença autorreferida de maior frequência foi hipertensão arterial, seguida de hipercolesterolemia e diabetes.

Em relação à etnia, os indígenas eram maiores que 35 anos, os brancos tiveram mais escolaridade desde o ensino médio até o superior e os amarelos procuraram por mais serviços médicos nos últimos 12 meses. Os diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia foram mais autorreferidos por indígenas.

As Tabelas 2 e 3 apresentam as características étnicas comparadas aos brancos. Identificou-se que os pardos têm menos plano de saúde, referiam menos hipertensão arterial e diabetes. Os pretos e amarelos procuraram mais serviços médicos no último ano. Pardos e indígenas procuraram mais o mesmo serviço de saúde, já os amarelos procuraram menos. Não houve diferenças em termos de ir ao dentista e internação nos últimos 12 meses.

Discussão

O nosso estudo mostra que há diferenças na prevalência de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes entre etnias residentes na Região Metropolitana de Manaus. Os indígenas foram a minoria étnica com maior prevalência das doenças investigadas. Quando comparados aos brancos, os amarelos procuraram mais

serviços médicos no último ano e os pardos têm menos plano de saúde e autorreferiram menos hipertensão arterial e diabetes.

Na presente análise, os indígenas foram a minoria étnica com maior prevalência de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes. Em pesquisa feita na Terra Indígena Xukuru, localizada no Município de Pesqueira, Pernambuco, constatou-se que o sobrepeso e obesidade são altamente prevalentes entre os esses povos¹⁴⁻¹⁶. O risco de com doenças cardiovasculares e diabetes aumenta em indivíduos com sobrepeso e obesidade¹⁷. Em concordância com os nossos achados, trabalho feito na Malásia apontou que hipertensão arterial foi mais prevalente entre grupos indígenas quando comparados com outros grupos étnicos (malaios, chineses e indianos)¹⁸.

Na população Khisêdjê, residente no Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, foi evidenciado que mulheres apresentaram maior incidência acumulada de síndrome metabólica (associação entre pré-diabetes e diabetes, hipercolesterolemia, obesidade abdominal e hipertensão arterial) quando comparadas aos homens¹⁹. Estes, em contrapartida, apresentaram maior incidência de hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Em estudo feito com índios Aruák (Mehináku, Waurá e Yawalapití) que habitam o Alto Xingu no Brasil, as prevalências de sobrepeso, obesidade, dislipidemia e níveis pressóricos elevados foram maiores entre os homens²⁰. A adoção de medidas efetivas para ajudar povos indígenas ainda é um desafio para gestores de saúde²¹.

No que concerne aos pardos, os achados deste estudo indicaram que os mesmos autorreferiram menos hipertensão arterial e diabetes quando comparados aos brancos. Da mesma forma, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013,

afirma que 22,1% das pessoas declaradas brancas referiram diagnóstico de hipertensão arterial em comparação aos 20,0% de cor parda²².

Nosso estudo apontou que pardos têm menos plano de saúde que os brancos. A Região Norte é uma das regiões com menores taxas de cobertura por plano de saúde do Brasil²³. Estudo executado nos Estados Unidos também relata disparidades em relação à cobertura por planos de saúde entre brancos (28%) e demais minorias étnicas (22 a 26%)²⁴. Ao analisar dois inquéritos nacionais (Cadastro Nacional de Beneficiários e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) envolvendo a população residente no Brasil, pesquisa brasileira também demonstrou que pardos possuem quase duas vezes menos cobertura do que os brancos²⁵. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2008, 34,9% da população branca e 17,2% da população negra (pretos e pardos) contavam com acesso a plano de saúde privado. O percentual de negros, apesar de crescente nos últimos anos, permanece baixo²⁶.

Na Região Metropolitana de Manaus, os amarelos procuraram mais serviços médicos no último ano do que brancos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que as proporções de indivíduos os quais realizaram consulta médica em território brasileiro foram superiores à média nacional para pessoas de cor branca e com nível médio e superior incompleto e superior completo²⁷. Não foram encontrados artigos científicos comparando a procura por serviços médicos nos últimos 12 meses entre brancos e pardos.

As alterações demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas ocorridas no Brasil nos últimos 30 anos levaram a uma transição nos padrões nutricionais, resultando numa redução gradual da desnutrição e aumento da prevalência de indivíduos com sobrepeso e obesidade²⁸⁻³⁰. Estudos apontam como causas desse processo de

transição nutricional a mudança de uma população fundamentalmente rural para a condição de um país urbano e as disparidades regionais de renda. Além disso, a alteração de um mercado de trabalho situado essencialmente no setor primário da economia (agropecuária e extrativismo) para uma demanda de mão-de-obra concentrada no setor secundário (indústria) e no setor terciário (comércio) diminui o esforço físico em atividades laborais³⁰⁻³².

Apesar de alguns estudos internacionais e nacionais afirmarem que a prevalência de desnutrição em crianças indígenas é maior do que em não indígenas³³⁻³⁵, já existem evidências de que crianças indígenas, com dietas pouco saudáveis e comportamentos sedentários mais prevalentes, são 50% mais propensas a serem obesas quando comparadas a crianças não indígenas^{36, 37}. Dados da literatura comprovam que o processo de transição nutricional também tem afetado significativamente a população indígena^{35, 38, 39}.

A Região Norte se destaca como a mais populosa em indígenas no país com 342 mil indígenas, dos quais 90.945 residem fora de suas terras⁴⁰. A migração indígena para os centros urbanos brasileiros tem sido motivada, essencialmente, pelo acesso limitado a serviços de educação e saúde, por conflitos de posse de terras e pela dificuldade do indígena nos mercados regionais, a qual gera um baixo rendimento econômico⁴⁰⁻⁴².

O contato com a civilização urbana gera um processo de aculturação que leva a uma transição alimentar ou nutricional, pois a população indígena passa de uma atividade de subsistência baseada na caça, pesca e agricultura para uma incorporação de alimentos industrializados e um estilo de vida sedentário^{19, 20, 41}. Assim, esta população desvia seus esforços produtivos para culturas do setor terciário da economia, visando acumular capital para satisfazer as necessidades

criadas com o novo hábito sociocultural. Estudo feito com índios residentes no Alto Xingu, Brasil Central, evidenciou que o uso de barcos a motor reduziu a frequência de longas viagens fluviais em embarcações indígenas impulsionadas a remo, com consequente redução na atividade física habitual²⁰.

Pesquisa que utilizou dados de 2013 do Sistema Único de Saúde, referentes ao custo das internações por doenças crônicas não transmissíveis e informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2008 sobre inatividade física, concluiu que uma das maiores prevalências de inatividade física ocorreu na Região Norte⁴³. Este cenário de inatividade está relacionado significativamente com o número de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação aos pardos terem menos planos de saúde que brancos, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada publicou que, em 2008, a população negra (pretos e pardos) representa 67% do público total atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a branca 47,2%. A maior parte desses atendimentos se concentra em usuários com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, evidenciando que a população de mais baixa renda é SUS-dependente²⁶. Pretos e pardos têm menos que a metade da renda domiciliar per capita de brancos⁴⁴.

Quanto mais elevado for o nível de instrução, maior o acesso a planos de saúde^{25, 27}.

O Censo demográfico 2010 afirma que os brancos são os que possuem nível de escolaridade mais elevado e razão do rendimento domiciliar per capita mais favorável quando comparados aos outros grupos de cor ou raça no Brasil⁴⁵.

O fato de que os brancos possuem maior nível de instrução e rendimento domiciliar per capita mais elevado também pode explicar a menor prevalência de hipertensão arterial e diabetes em pardos, quando comparados aos brancos. Sendo assim, os brancos possuem mais condições financeiras de adquirir alimentos industrializados e

veículos motorizados, levando ao sedentarismo e obesidade, além de ter mais condições de procurar assistência médica para investigação diagnóstica de doenças.

Dificuldades foram encontradas durante a realização do estudo, tais como domicílio fechado ou vazio, recusa dos moradores em receber o entrevistador e não conseguir entrevistar o participante da pesquisa após mais de uma tentativa. Além disso, a subjetividade das respostas e o total entendimento das perguntas por parte dos entrevistados também pesquisa é possível. Vale ressaltar que a opinião pessoal, que não necessariamente condiz com a realidade, no momento em que os entrevistados autorreferiram a etnia foi uma limitação importante. Não há confirmação dos diagnósticos autorreferidos, apenas a resposta do entrevistado.

Uma limitação dos achados desta pesquisa decorre do seu delineamento transversal, o que impossibilita traçar causalidade. A mensuração do desfecho foi proveniente de autorrelato, de menor validade que registros seguros⁴⁶.

O presente estudo analisa dados coletados por meio de um inquérito de base populacional aplicado na Região Metropolitana de Manaus, não sendo encontrados estudos na literatura específicos desta região.

Em conclusão, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes foram as doenças autorreferidas mais prevalentes entre os indígenas na Região Metropolitana de Manaus. Tal evidência aponta que a população indígena dessa região está possivelmente afetada pelo processo de transição nutricional. No entanto, as condições de saúde dos povos indígenas continuam precárias^{21, 47, 48}. São necessárias medidas efetivas de vigilância epidemiológica e ações intervencionistas de saúde que se adaptem às mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais

que os indígenas estão vivendo, almejando uma melhor qualidade de saúde e vida para essa população.

A Região Norte possui um grande contingente populacional composto por indígenas. Porém, poucos estudos avaliando as doenças crônicas não transmissíveis relacionadas a esta minoria étnica na Região Metropolitana de Manaus foram encontrados. Atualmente, ainda existem muitas desigualdades relacionadas ao acesso a serviços de saúde públicos e privados entre as minorias étnicas, principalmente entre indígenas e não indígenas.

Referências

1. OHCHR. UN Office of the High Commissioner for Human Rights, Fact Sheet No. 18 (Rev.1), Minority Rights 1998 [Available from: <http://www.refworld.org/docid/4794773e0.html>].
2. SANTILLI J. As minorias étnicas e nacionais e os sistemas regionais (Europeu e Interamericano) de proteção dos direitos humanos. Revista Internacional de Direito e Cidadania. 2008.;n.1:137-51.
3. MORENO JC. Conceito de Minorias e discriminação. Revista USCS. 2009;n. 17
4. Ferdinand KC, Nasser S. Racial/ethnic disparities in prevalence and care of patients with type 2 diabetes mellitus. Curr Med Res Opin. 2015:1-40.
5. Romero FR, Romero AW, Almeida RM, Tambara Filho R. The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis. Int Braz J Urol. 2012;38(4):440-7.
6. OMS O. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Transmissíveis e não-transmissíveis Brasília-DF2015 [Available from: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:-conceito&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539].
7. IBGE M. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro2014 [Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>].
8. WHO. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Non Communicable diseases (NCD) 2015 [Available from: <http://www.who.int/gho/ncd/en/>].
9. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2010;32:203-8.
10. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente Brasília2001 [Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_eticas.pdf].
11. Monteiro WM, Val FF, Siqueira AM, Franca GP, Sampaio VS, Melo GC, et al. G6PD deficiency in Latin America: systematic review on prevalence and variants. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2014;109(5):553-68.
12. IBGE. População residente total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, segundo as unidades da federação e os municípios.: Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística; 2010 [Available from:

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=13&dados=4>.

13. Espelt A, Marí-Dell'Olmo M, Penelo E, Bosque-Prous M. Applied Prevalence Ratio estimation with different Regression models: An example from a cross-national study on substance use research. *Adicciones*. 2016;823.
14. Fávoro TR, Santos RV, Cunha GMd, Leite IdC, Coimbra Jr. CEA. Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31:1685-97.
15. Oliveira GF, Oliveira TR, Ikejiri AT, Galvao TF, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of Obesity and Overweight in an Indigenous Population in Central Brazil: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Obes Facts*. 2015;8(5):302-10.
16. Oliveira GF, Oliveira TR, Ikejiri AT, Andraus MP, Galvao TF, Silva MT, et al. Prevalence of hypertension and associated factors in an indigenous community of central Brazil: a population-based study. *PLoS One*. 2014;9(1):e86278.
17. WHO. Obesity and overweight <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>: World Health Organization; 2015 [
18. Teh JK, Tey NP, Ng ST. Ethnic and gender differentials in non-communicable diseases and self-rated health in Malaysia. *PLoS One*. 2014;9(3):e91328.
19. Mazzucchetti L, Galvão PPdO, Tsutsui MLdS, Santos KMd, Rodrigues DA, Mendonça SB, et al. Incidence of metabolic syndrome and related diseases in the Khisêdjê indigenous people of the Xingu, Central Brazil, from 1999-2000 to 2010-2011. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:2357-67.
20. Gimeno SGA, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EN, Lima EEdS, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:1946-54.
21. Oliveira BFAd, Mourão DdS, Gomes N, Costa JMC, Souza AVd, Bastos WR, et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:1617-30.
22. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>.
23. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:351-70.
24. Hargraves JL, Cunningham PJ, Hughes RG. Racial and ethnic differences in access to medical care in managed care plans. *Health Serv Res*. 2001;36(5):853-68.
25. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:85-98.
26. Ipea. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: Instituto de pesquisa econômica aplicada; 2011 [Available from: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>.
27. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.
28. Dornelles AD, Anton MC, Pizzinato A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:1275-87.
29. Ataíde Lima RP, de Carvalho Pereira D, Pordeus Luna RC, Gonçalves MaC, de Lima RT, Filho MB, et al. BMI, overweight status and obesity adjusted by various factors in all age groups in the population of a city in Northeastern Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(4):4422-38.
30. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:S181-S91.

31. Souza BE. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. Cadernos UniFOA. 2010;13:49-53.
32. Tardido AP, Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. 2006;21(2):117-24.
33. Horta BL, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, dos Santos JV, Assis AM, et al. Nutritional status of indigenous children: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil. Int J Equity Health. 2013;12:23.
34. Ferreira AA, Welch JR, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra CE. Nutritional status and growth of indigenous Xavante children, Central Brazil. Nutr J. 2012;11:3.
35. Carlos Jr. EAC. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30:855-9.
36. Laws R, Campbell KJ, van der Pligt P, Russell G, Ball K, Lynch J, et al. The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0-5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. BMC Public Health. 2014;14:779.
37. Thurber KA, Dobbins T, Kirk M, Dance P, Banwell C. Early Life Predictors of Increased Body Mass Index among Indigenous Australian Children. PLoS One. 2015;10(6):e0130039.
38. Soares LP, Fabbro AL, Silva AS, Sartorelli DS, Franco LF, Kuhn PC, et al. Prevalence of metabolic syndrome in the Brazilian Xavante indigenous population. Diabetol Metab Syndr. 2015;7:105.
39. Coimbra CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, de Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. BMC Public Health. 2013;13:52.
40. IBGE. Censo demográfico 2010. Características gerais dos indígenas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [
41. Moura PGd, Batista LRV, Moreira EAM. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. Revista de Nutrição. 2010;23:459-65.
42. WHO. Health and human rights <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>: World Health Organization; 2015 [
43. Bielemann RM, Silva BG, Coll CeV, Xavier MO, Silva SG. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. Rev Saude Publica. 2015;49.
44. Ipea. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2008 [Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/Livro_desigualdadesraciais.pdf.
45. IBGE. Censo demográfico 2010. Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.
46. Alhubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. J Multidiscip Healthc. 2016;9:211-7.
47. Orellana JDY, Basta PC, Souza MLPd. Mortality by suicide: a focus on municipalities with a high proportion of self-reported indigenous people in the state of Amazonas, Brazil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2013;16:658-69.
48. Leandro-Reguillo P, Thomson-Luque R, Monteiro WM, de Lacerda MV. Urban and architectural risk factors for malaria in indigenous Amazonian settlements in Brazil: a typological analysis. Malar J. 2015;14:284.

Tabela 1. Características da amostra do estudo (n=4.001), em percentuais, e valor-p das mesmas

Variáveis	p-valor	Amostra	Branco	Preto	Amarelo	Pardo	Indígena
	p= 0,029						
18 a 24 anos		20,9	24,9	20,5	23,9	20,1	4,7
25 a 34 anos		28,8	29,7	26,0	23,1	29,2	26,9
35 a 44 anos		21,1	20,0	18,7	24,1	21,5	21,9
45 a 59 anos		19,3	17,0	24,7	18,8	19,1	32,0
60 ou mais		9,9	8,4	10,1	10,1	10,2	14,6
	p=0,006						
Masculino		47,2	48,4	52,7	33,9	47,1	41,6
Feminino		52,8	51,6	47,3	66,1	52,9	58,4
	p<0,001						
Casado		35,2	38,4	38,1	51,5	33,3	48,9
Separado		3,9	5,7	4,0	2,9	3,6	5,0
Divorciado		2,6	2,9	1,7	2,2	2,7	2,4
Viúvo		4,0	3,3	2,7	5,1	4,2	9,8
Solteiro		54,3	49,8	53,6	38,4	56,4	34,0
	p=0,002						
Superior completo		4,0	4,7	1,3	2,2	4,1	9,8
Até ensino médio		47,5	54,8	47,0	45,8	46,2	36,5
Até fundamental		29,7	25,9	31,6	34,0	30,1	29,4
Sem instrução		18,8	14,6	20,0	18,1	19,6	24,3
	p<0,001						
Classe A/B		15,7	21,7	15,9	22,4	14,2	7,3
Classe C		57,1	59,0	56,3	57,3	56,8	58,4
Classe D/E		27,1	19,3	27,7	20,3	29,0	34,3
	p=0,113						
Plano de Saúde							
Sim		13,0	16,3	13,6	11,5	12,3	12,0
Não		87,0	83,8	86,4	88,5	87,7	88,0
	p=0,006						
Médico 12 meses		76,6	73,8	82,1	85,5	76,2	73,3
	p=0,794						

Internação 12 meses	6,8	6,8	7,3	9,3	6,6	7,3
	p=0,220					
Dentista 12 meses	35,9	37,7	30,9	37,6	36,0	26,9
	p<0,001					
Procura mesmo serviço	60,8	53,4	53,3	30,6	64,3	83,1
	p=0,386					
Hipertensão arterial	19,7	20,7	21,5	20,9	19,1	29,4
	p=0,150					
Diabetes	6,2	7,3	6,0	9,0	5,7	12,3
	p=0,992					
Hipercolesterolemia	14,9	15,1	15,3	14,4	14,8	17,0

Tabela 2. Razões de prevalência, intervalos de confiança e valor-p das etnias preto e amarelo quando comparados aos brancos

Variáveis	Preto		Amarelo	
	RP (IC 95%)	valor p	RP (IC 95%)	valor p
Tem plano de saúde	0,83 (0,60-1,17)	0,293	0,70 (0,43-1,14)	0,152
Médico 12 meses	1,12 (1,04-1,20)	0,002	1,13 (1,04-1,22)	0,005
Internação 12 meses	1,13 (0,69-1,85)	0,620	1,24 (0,69-2,22)	0,465
Dentista 12 meses	0,86 (0,71-1,05)	0,130	0,99 (0,79-1,25)	0,955
Procura o mesmo serviço	1,00 (0,88-1,13)	0,953	0,55 (0,42-0,71)	<0,001
Hipertensão Arterial	0,94 (0,74-1,20)	0,610	0,87 (0,64-1,20)	0,400
Diabetes	0,69 (0,41-1,17)	0,169	1,04 (0,59-1,85)	0,889
Hipercolesterolemia	0,91 (0,67-1,24)	0,564	0,80 (0,54-1,19)	0,275

Razões de prevalência (RP), Intervalos de confiança (IC 95%)

Tabela 3. Razões de prevalência, intervalos de confiança e valor-p das etnias pardo e indígena quando comparados aos brancos

Variáveis	Pardo		Indígena	
	RP (IC 95%)	valor p	RP (IC 95%)	valor p
Tem plano de saúde	0,76 (0,62-0,93)	0,007	0,73 (0,31-1,71)	0,472
Médico 12 meses	1,03 (0,98-1,08)	0,315	0,96 (0,80-1,16)	0,694
Internação 12 meses	0,98 (0,71-1,35)	0,904	1,06 (0,35-3,22)	0,915
Dentista 12 meses	0,98 (0,87-1,09)	0,677	0,80 (0,48-1,31)	0,374
Procura o mesmo serviço	1,19 (1,10-1,29)	<0,001	1,48 (1,28-1,72)	<0,001
Hipertensão arterial	0,84 (0,72-0,98)	0,031	0,98 (0,61-1,59)	0,944
Diabetes	0,69 (0,51-0,94)	0,019	1,04 (0,43-2,52)	0,935
Hipercolesterolemia	0,89 (0,73-1,07)	0,211	0,77 (0,39-1,53)	0,461

Razões de prevalência (RP), Intervalos de confiança (IC 95%)

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 interpares 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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.

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; 14:159-174. 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 teórico-metodológicas 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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

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.).

Revista Ciência e Saúde Coletiva

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), 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. 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 no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

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 biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. 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

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, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 (<http://www.nlm.nih.gov/>).
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)

Pelegrini 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):71-84.

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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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. 43-58.

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

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

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.
Cronenberg 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

CDI, *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

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