



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Matheus Ribeiro Fernandes  
Pedro Dyelisson dos Santos Almeida

**DESIGUALDADES SOCIAIS ASSOCIADAS AO ESTADO DE SAÚDE DE IDOSOS  
BRASILEIROS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019**

Araranguá  
2024

Matheus Ribeiro Fernandes  
Pedro Dyelisson dos Santos Almeida

**DESIGUALDADES SOCIAIS ASSOCIADAS AO ESTADO DE SAÚDE DE IDOSOS  
BRASILEIROS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação de Graduação em Medicina do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a conclusão do curso.

Orientador(a): Prof.(a) Maruí Weber Corseuil Giehl, Dra.

Araranguá

2024

Fernandes, Matheus Ribeiro

DESIGUALDADES SOCIAIS ASSOCIADAS AO ESTADO DE SAÚDE DE  
IDOSOS BRASILEIROS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019 /  
Matheus Ribeiro Fernandes, Pedro Dyelisson dos Santos  
Almeida ; orientadora, Maruí Weber Corseuil Giehl, 2024.  
39 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,  
Graduação em Medicina, Araranguá, 2024.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Desigualdades sociais. 3. Idosos. 4.  
Estado de Saúde. I. Almeida, Pedro Dyelisson dos Santos.  
II. Giehl, Maruí Weber Corseuil. III. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Graduação em Medicina. IV. Título.

Matheus Ribeiro Fernandes  
Pedro Dyelisson dos Santos Almeida

**DESIGUALDADES SOCIAIS ASSOCIADAS AO ESTADO DE SAÚDE DE IDOSOS  
BRASILEIROS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Médico e aprovado em sua forma final pelo Curso de graduação em Medicina

Araranguá, 29 de novembro de 2024



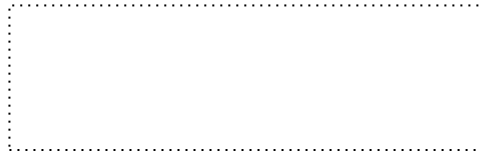
Coordenação do Curso

**Banca examinadora**



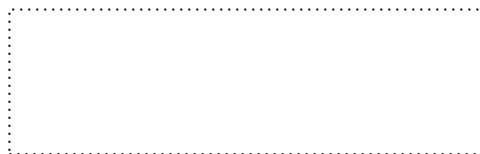
Prof.(a) Marui Weber Corseuil Giehl, Dr.(a)

Orientador(a)



Prof.(a) Melissa Negro Dellacqua Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Araranguá



Prof.(a) Simone Farias Antunez Reis, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Araranguá

Araranguá, 2024

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus, pelo caminho iluminado, pela força e pela resiliência nos dada.

Agradecemos aos nossos pais Geraldo, Sebastião e Leide, pela confiança em nossa capacidade e por nos terem permitido alcançar o potencial que nos é inerente.

À Marisa (*in memoriam*), que não teve a oportunidade de envelhecer, mas que deixa seu legado vivo e por ter mostrado que a luz continua interminavelmente mesmo após a morte.

Aos nossos irmãos, pela vida caminhada lado a lado, entre brigas e risadas.

Aos nossos amigos Guilherme e Júlia, por terem nos acompanhados nesta jornada lado a lado, a base de risos e aprendizados.

À nossa orientadora Maruí, pela ajuda e por nos ter mostrado, com brilho nos olhos, como o caminho acadêmico pode ser instigante e empolgante.

A todos que de alguma forma contribuíram para o êxito deste trabalho.

Por fim, agradecemos um ao outro, que entre risadas para trás e parágrafos escritos, nos lembrávamos que nossa jornada não é só nossa. A gente cresce para o mundo.

## RESUMO

O número de idosos, não só no Brasil como no mundo, vem aumentando de maneira contínua e, juntamente com este fator, há um incremento das demandas em vários campos relacionados ao envelhecimento, principalmente aqueles ligados a saúde. Nesse sentido, torna-se necessário maior atenção e intervenções voltadas a ações para redução das desigualdades sociais objetivando o envelhecimento com saúde. Objetivou-se neste estudo, investigar a associação das desigualdades sociais com o estado de saúde em idosos brasileiros, com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. O desfecho considerado foi o estado de saúde, que engloba a multimorbidade, a incapacidade funcional e os sintomas depressivos. As associações foram analisadas por meio de regressão Logística Multinomial. Entre os fatores associados ao estado de saúde regular, destacaram-se o sexo feminino (RC:1,64, IC95%: 1,45-1,86) e a menor escolaridade (RC:1,33, IC95%: 1,06-1,66). Na análise do estado de saúde ruim, as mulheres apresentaram chance de um estado de saúde ruim quase três vezes maior em comparação aos homens (RC:2,91, IC95%: 2,55-3,22). Ao mesmo tempo observou-se que, à medida que os níveis de escolaridade diminuem, as chances de um estado de saúde ruim aumentam, onde idosos sem instrução ou com nível fundamental incompleto apresentaram uma chance 192% maior de pertencer a essa em relação àqueles com nível superior completo (RC: 2,92, IC95%: 2,27-3,74). Similarmente, idosos que têm renda de até um salário-mínimo apresentam quase o dobro de chance de um estado de saúde ruim (RC: 1,88, IC95%: 1,51-2,35) em comparação aos que recebem mais de três salários-mínimos. Os achados ressaltam a urgência de ações para enfrentar as desigualdades em saúde entre idosos, com potencial para influenciar políticas públicas de saúde e sociais, ao fornecer subsídios para a formulação de estratégias voltadas à redução dessas desigualdades.

**Palavras-chave:** Idosos; estado de saúde; desigualdades sociais.

## ABSTRACT

The number of elderly people, not only in Brazil but worldwide, has been continuously increasing, and along with this factor, there has been a rise in demands in various fields related to aging, particularly those linked to health. In this context, greater attention and interventions aimed at actions to reduce social inequalities are necessary to promote healthy aging. The objective of this study was to investigate the association between social inequalities and health status in Brazilian elderly, using data from the 2019 National Health Survey. The outcome considered was health status, which includes multimorbidity, functional disability, and depressive symptoms. Associations were analyzed using Multinomial Logistic Regression. Among the factors associated with regular health status, female gender (RC: 1.64, 95% CI: 1.45-1.86) and lower education level (RC: 1.33, 95% CI: 1.06-1.66) stood out. In the analysis of poor health status, women were almost three times more likely to have poor health status than men (RC: 2.91, 95% CI: 2.55-3.22). At the same time, it was observed that as education levels decrease, the chances of poor health increase, with elderly people who had no education or incomplete primary education being 192% more likely to fall into this category compared to those with higher education (RC: 2.92, 95% CI: 2.27-3.74). Similarly, elderly people with an income of up to one minimum wage were almost twice as likely to have poor health (RC: 1.88, 95% CI: 1.51-2.35) compared to those with an income of more than three minimum wages. The findings highlight the urgency of actions to address health inequalities among the elderly, with the potential to influence public health and social policies, providing support for the formulation of strategies aimed at reducing these inequalities.

**Keywords:** Elderly; health status; social inequalities.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
2.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS .....	10
2.2	PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM E COLETAS DE DADOS .....	11
2.3	VARIÁVEL DESFECHO.....	11
2.4	VARIÁVEIS EXPLORATÓRIAS PRINCIPAIS.....	12
<b>2.4.1</b>	<b>Variáveis de ajuste.....</b>	<b>13</b>
2.5	ANÁLISE DE DADOS .....	13
2.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	13
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
	<b>ANEXO A – Normas do periódico Ciência &amp; Saúde Coletiva para publicação.....</b>	<b>29</b>





## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil avança rapidamente e de forma heterogênea entre estados e regiões do país<sup>1</sup>. Um dos indicadores desse fenômeno é a expectativa de vida ao nascer, que aumentou de 62,5 anos em 1980 para 75,5 anos em 2022, sendo 72,0 anos para homens e 79,0 anos para mulheres. Em 2022, os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) representavam aproximadamente 16% da população brasileira.

Além disso, a rápida transição demográfica no Brasil ocorre em um contexto de desigualdades sociais, o que representa um desafio para as políticas públicas de saúde, previdência social e assistência social. As desigualdades socioeconômicas influenciam a qualidade de vida dos idosos e a distribuição de agravos de saúde entre diferentes subgrupos populacionais<sup>2,3</sup>.

Nos últimos anos, o Brasil avançou nas políticas de cuidado com a pessoa idosa, implementando instrumentos jurídicos para melhorar qualidade de vida e saúde dessa população, especialmente por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>4,5</sup>, que visa promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer para garantir melhoria significativa nas condições de vida e saúde da população idosa.

O envelhecimento populacional está contribuindo para o aumento das doenças crônicas, gerando uma demanda significativa por serviços de saúde<sup>6</sup>. As principais condições mais prevalentes que impactam a carga global de doenças em populações envelhecidas incluem doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas, doenças musculoesqueléticas e distúrbios neurológicos e mentais<sup>6,7</sup>. Além disso, a simultaneidade dessas condições tornou-se um desafio, especialmente em países de baixa e média renda<sup>8,9</sup>

As desigualdades sociais agravam doenças e outros problemas de saúde entre idosos, comprometendo um envelhecimento saudável. Fatores como a distribuição desigual de renda, acesso limitado à educação, o sexo e a cor da pele influenciam negativamente os desfechos de saúde. A população idosa feminina, negra, com baixa escolaridade e renda apresenta maior vulnerabilidade a condições adversas, incluindo altas taxas de morbidades, sintomas de depressivos e redução da capacidade funcional<sup>10</sup>.

Ainda, as características demográficas e o status socioeconômico são importantes preditores de problemas de saúde, especialmente entre idosos, com muitos fatores de risco determinados socialmente. Esses fatores incluem exposições contextuais, estilo de vida, estresse, acesso a serviços de saúde e adesão a tratamentos médicos. Evidências apontam um

gradiente socioeconômico na prevalência e incidência de condições crônicas e múltiplas morbidades<sup>11-13</sup>. No entanto, essa temática ainda é pouco explorada na literatura nacional, sendo crucial para a geração de dados e discussões sobre as desigualdades sociais no envelhecimento saudável, com o objetivo de apoiar a criação de programas e políticas públicas.

Diante do exposto, entende-se que as desigualdades sociais impactam a saúde da população idosa, aumentando sua vulnerabilidade e risco a doenças e agravos crônicos. Considerando a necessidade de ampliar o conhecimento sobre essas desigualdades para promover um envelhecimento saudável entre os idosos brasileiros, este estudo tem como objetivo analisar a associação entre as desigualdades sociais - representadas por variáveis demográficas e socioeconômicas - e o estado de saúde dos idosos no Brasil, com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019.

## **2 MÉTODOS**

### **2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS**

Tratou-se de um estudo transversal analítico que utilizou dados da segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em agosto de 2019.

A PNS 2019 trata-se de um inquérito de base populacional com indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares permanentes no Brasil. Foram excluídos da amostra da pesquisa, a população localizada nos setores censitários especiais, tais quais: agrupamentos indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado à criança e ao adolescente, conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamento e agrupamentos quilombolas<sup>14,15</sup>.

Os dados da PNS estão disponíveis para acesso gratuito no site do IBGE: <https://www.pns.icict.fiocruz.br>. Atualmente, a última pesquisa realizada se deu no ano de 2019 e tem como objetivo gerar dados socioeconômicos, demográficos e características de saúde dos indivíduos incluídos na pesquisa<sup>16</sup>.

## 2.2 PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM E COLETAS DE DADOS

A amostra da PNS 2019 representa moradores de Domicílios Particulares Permanentes (DPP) no Brasil e constitui uma subamostra da Pesquisa Nacional de Amostra Por Domicílios (PNAD) (STOPA, et al, 2020). O plano amostral da PNS adota um processo de seleção em três estágios: (1) seleção das unidades primárias de amostras (UPA) constituídas pelos setores censitários ou conjuntos de setores; (2) seleção dos domicílios em cada setor censitário sorteado; (3) por fim, no terceiro estágio, em cada domicílio foi sorteado, por amostragem aleatória simples, um morador com idade igual ou superior a 15 anos de idade<sup>14</sup>.

O total amostrado de UPAs foi 8.036; o de domicílios foi 108.525, sendo a amostra final de 94.114 com entrevistas realizadas, a taxa de não resposta foi de 6,4%. No presente estudo, foram utilizadas apenas as informações dos indivíduos de 60 anos ou mais, e que responderam ao questionário individual para o morador selecionado, assim, a amostra final deste estudo foi de 22.728 indivíduos<sup>14,15</sup>. Mais informações sobre a metodologia da PNS 2019 podem ser acessadas em publicação prévia<sup>14</sup>.

## 2.3 VARIÁVEL DESFECHO

A variável desfecho do presente estudo foi o estado de saúde. Os indicadores utilizados como *proxy* do estado de saúde foram: multimorbidade, incapacidade funcional e sintomas depressivos. O estado de saúde foi considerado “ótimo” quando o idoso não apresentava nenhum dos indicadores, “regular” quando o idoso apresentava um dos indicadores, e “ruim” quando apresentava a combinação de dois ou mais indicadores.

A multimorbidade foi avaliada considerando uma lista de 14 morbidades autorrelatadas disponíveis no estudo. Dessas, 11 morbidades foram identificadas no “Módulo Q - Doenças Crônicas” pela seguinte pergunta: “Algum médico já diagnosticou você com...?” (cada condição). As seguintes morbidades foram incluídas: pressão alta, diabetes, hipercolesterolemia, problemas cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, asma, artrite ou reumatismo, distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, doenças pulmonares, doença renal crônica e câncer. Entre as mulheres, foram excluídos episódios de hipertensão e diabetes durante a gravidez. Em casos de depressão ou outra doença mental, a pergunta foi: “Algum médico ou profissional de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo) já o(a) diagnosticou com...?”. Para identificar problemas na coluna vertebral, a pergunta foi: “O(a) Sr.(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, dor lombar, ciática,

problemas nas vértebras ou nos discos?”. Conforme sugerido pela OMS<sup>17</sup>, o ponto de corte para definir multimorbidade foi  $\geq 2$  condições crônicas.

A incapacidade funcional foi avaliada nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e instrumentais (AIVD). Foram investigadas sete ABVD (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar de um cômodo para outro, levantar-se ou deitar-se na cama e sentar-se ou levantar-se de uma cadeira) e nove AIVD (fazer compras, gerenciar suas finanças, tomar medicamentos, ir ao médico e utilizar meios de transporte). O idoso foi considerado com incapacidade quando respondeu as opções “não consegue”, “tem grande dificuldade” ou “tem pequena dificuldade” em pelo menos uma dentre as ABVD e/ou AIVD. Aqueles que responderam a opção “não tem dificuldade” foram considerados sem problemas funcionais<sup>18</sup>.

A avaliação dos sintomas depressivos foi realizada por meio do instrumento Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), que mede a frequência de sintomas depressivos nas duas semanas anteriores à entrevista. Esse instrumento foi validado no Brasil<sup>19</sup>, e possui aplicabilidade para diagnóstico de depressão com os pontos de corte  $> 9$  e  $> 10$ . A presença de sintomas depressivos foi determinada pelo escore PHQ-9, conforme a classificação de gravidade recomendada por Kroenke et al.<sup>20</sup>: nenhum (1-4 pontos), leve (5-9), moderada (10-14), moderadamente grave (15-19) e grave (20-27 pontos). Neste estudo, um escore igual ou superior a 10 pontos no PHQ-9 foi considerado indicativo de sintomas depressivos, sendo esse o ponto de corte ideal para tal detecção clinicamente relevantes<sup>21,22</sup>.

#### 2.4 VARIÁVEIS EXPLORATÓRIAS PRINCIPAIS

A seleção das variáveis de exposição foi fundamentada em estudos prévios<sup>7,9,13,23</sup> com o objetivo de captar a complexidade das desigualdades sociais associadas ao estado de saúde dos idosos, composto por indicadores de morbidade, incapacidade funcional e sintomas depressivos. Assim, os fatores mais frequentemente associados incluíram características demográficas (sexo e cor da pele) e condições socioeconômicas (escolaridade e renda).

As variáveis demográficas avaliadas incluíram sexo (masculino ou feminino) e raça/cor da pele (branca ou preta/parda). As variáveis socioeconômicas analisadas foram escolaridade (fundamental sem instrução ou incompleto; fundamental completo ou médio incompleto; médio completo ou superior incompleto; superior completo) e renda familiar per capita, categorizada em salários-mínimos (até 1 SM, mais de 1 a 3 SM, mais de 3 SM), assumindo-se que o salário mínimo em 2019 era de aproximadamente R\$ 998.

### 2.4.1 Variáveis de ajuste

As variáveis de ajuste utilizadas nas análises dessa pesquisa foram: faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos ou 80 anos ou mais); estado civil (casado, divorciado/solteiro ou viúvo) e área de residência (urbana e rural).

## 2.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada no software Stata 14.2, considerando o efeito de delineamento do processo de amostragem complexo em todas as análises, utilizando o módulo *survey*.

A descrição da amostra foi feita por meio de frequências absolutas e relativas. Também foram estimadas as prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) para o desfecho e seus indicadores em relação às variáveis de exposição (teste do qui-quadrado). As análises bivariadas e multivariadas foram conduzidas por meio de regressão Logística Multinomial, estimando-se razões de chances (RC) com nível de significância de 5%. Na análise ajustada, as variáveis demográficas (sexo e cor da pele) e socioeconômicas (escolaridade e renda) foram incluídas no modelo final, com ajuste para faixa etária, estado civil e área de residência. Associações com  $p < 0,05$  foram consideradas estatisticamente significativas, e variáveis com  $p < 0,20$  foram mantidas no modelo final para controle de possíveis fatores de confusão.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (processo nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019). Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

### 3 RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 22.728 indivíduos com 60 anos ou mais no momento da entrevista. Observou-se que a maioria era do sexo feminino (56,7%), 56,3% se encontravam na faixa-etária de 60 a 69 anos, mais da metade dos idosos (51,4%) dos idosos se autodeclararam de cor da pele branca e eram casados (50,7%). Além disso, cerca de 63,3% dos entrevistados não possuíam instrução ou tinham o ensino fundamental incompleto, enquanto cerca de um décimo tinham ensino superior completo (11,3%), e 42,7% declararam renda de até 3 salários-mínimos. Por fim, 85% dos idosos residiam em áreas urbanas (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e de saúde de idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).**

Variáveis	n	(%)	IC95%
<b>Sexo</b>			
Masculino	10.193	43,3	42,3-44,4
Feminino	12.535	56,7	55,6-57,7
<b>Faixa-etária</b>			
60 - 69 anos	12.555	56,3	55,2-57,4
70 - 79 anos	7.157	30,1	29,2-31,1
≥ 80 anos	3.016	13,6	12,8-14,3
<b>Cor da pele</b>			
Branca	9.901	51,4	50,3-52,6
Parda/preta	12.456	48,6	47,4-49,7
<b>Estado civil</b>			
Casado	9946	50,7	49,5-51,8
Separado/solteiro	6698	24,3	23,4-25,2
Viúvo	6084	25,0	24,1-26,0
<b>Escolaridade</b>			
Superior completo	2.408	11,3	10,5-12,1
Médio completo/superior incompleto	3.322	15,9	15,0-16,8
Fundamental completo/médio incompleto	2.011	9,5	8,9-10,2
Sem instrução/fundamental incompleto	14.987	63,3	62,1-64,4
<b>Renda domiciliar per capita</b>			
Mais de 3 SM	3.571	15,6	14,7-16,6
De 1 até 3 SM	8.904	42,7	41,6-43,8
Até 1 SM	10.250	41,7	40,6-42,9
<b>Área de residência</b>			
Urbana	17.313	85,5	84,9-86,1
Rural	5.415	14,5	13,9-15,1

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Autores (2024)

A análise da prevalência do estado de saúde dos idosos e das combinações de agravos revelou que quase um terço foi classificado com estado de saúde ótimo, ou seja, sem nenhum dos agravos analisados (30,5%). O agravo mais prevalente foi a multimorbidade (29%), enquanto a combinação mais frequente de agravos foi incapacidade funcional e multimorbidade, com uma prevalência de 20,1% (Tabela 2).

**Tabela 2. Prevalência das combinações dos indicadores do estado de saúde em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).**

Número de agravos	Incapacidade Funcional	Sintomas depressivos	Multimorbidade	% (IC95%)
0	-	-	-	30,5 (29,5-31,6)
1	+	-	-	9,6 (8,9-10,2)
1	-	+	-	0,9 (0,7-1,2)
1	-	-	+	29,0 (27,9-30,1)
2	+	+	-	0,9 (0,7-1,2)
2	+	-	+	20,1 (19,2-21,0)
2	-	+	+	2,8 (2,4-3,3)
3	+	+	+	6,2 (5,7-6,8)

Fonte: Autores (2024)

A análise das prevalências dos desfechos que compõe o estado de saúde, conforme variáveis demográficas e socioeconômicas, mostrou que a incapacidade funcional foi mais prevalente entre idosos, idosos de cor da pele preta ou parda, aqueles idosos com menor escolaridade e renda. Da mesma forma, sintomas depressivos e multimorbidade apresentaram maior prevalência entre as mulheres e entre idosos com menor escolaridade e renda (Tabela 3).

**Tabela 3. Prevalências dos indicadores do estado de saúde conforme as variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.**

Variáveis	Incapacidade funcional		Sintomas depressivos		Multimorbidade	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Sexo</b>						
Masculino	29,5	28,0-30,9	6,6	5,7-7,5	49,1	47,4-50,7
Feminino	42,4	40,9-43,8	13,9	12,9-15,0	64,9	63,4-66,3
<b>Cor da pele</b>						
Branca	34,3	32,8-35,7	10,8	9,7-12,0	58,0	56,4-59,6
Parda/preta	39,8	38,2-41,3	10,6	9,8-11,6	58,0	56,4-59,6
<b>Escolaridade</b>						
Superior completo	14,7	12,8-16,8	5,4	4,2-6,8	52,5	49,0-56,0
Médio completo/superior	21,2	19,0-23,4	8,7	7,1-10,5	55,7	52,9-58,5
incompleto						
Fundamental completo/médio	28,3	25,2-31,5	9,8	7,8-12,2	55,7	52,2-59,2
incompleto						
Sem instrução/fundamental	46,0	44,6-47,3	12,3	11,4-13,3	60,2	58,8-61,5
incompleto						
<b>Renda domiciliar per capita</b>						
Mais de 3 SM	20,1	18,1-22,2	6,3	5,2-7,6	54,6	51,7-57,4
De 1 até 3 SM	34,0	32,5-35,7	10,5	9,3-11,7	58,7	57,0-60,4
Até 1 SM	45,9	44,3-47,5	12,7	11,5-13,9	58,9	57,2-60,5

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Obs: Foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo que todas as variáveis apresentaram  $p < 0,005$ , exceto a associação entre sintomas depressivos e multimorbidade com a cor da pele.

Fonte: Autores (2024)

A tabela 4 apresenta as prevalências do desfecho estado de saúde conforme as variáveis de exposição. Observou-se maior prevalência de estado de saúde ruim (dois ou mais agravos) entre mulheres (36,8%,  $p \leq 0,001$ ) em comparação aos homens.



Em relação à escolaridade, observou-se uma tendência de aumento da prevalência do estado de saúde ruim conforme a menor escolaridade, com mais de um terço dos idosos sem instrução (36,7%,  $p \leq 0,001$ ) nessa categoria. A mesma tendência foi encontrada para a renda: idosos com renda de até um salário-mínimo apresentaram maior prevalência de dois ou mais agravos (36,6%,  $p \leq 0,001$ ).

**Tabela 4. Prevalências do estado de saúde conforme as variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.**

Variáveis	Estado de Saúde		
	Ótimo (nenhum agravo) % (IC95%)	Regular (1 agravo) % (IC95%)	Ruim (2 ou 3 agravos) % (IC95%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	39,0 (37,4-40,3)	40,1 (38,4-41,8)	20,9 (19,5-22,3)
Feminino	24,2 (22,9-25,6)	39,0 (37,5-40,5)	36,9 (35,4-38,3)
<b>Cor da pele</b>			
Branca	31,9 (30,4-33,3)	39,5 (37,9-41,1)	28,7 (27,2-30,2)
Parda/preta	29,1 (27,7-30,6)	39,3 (37,8-40,8)	31,6 (30,1-33,1)
<b>Escolaridade</b>			
Superior completo	43,1 (39,7-46,4)	43,6 (40,2-47,1)	13,4 (11,5-15,5)
Médio completo/superior incompleto	37,7 (35,1-40,5)	42,8 (40,0-45,6)	19,5 (17,3-21,9)
Fundamental completo/médio incompleto	34,9 (31,6-38,2)	40,7 (37,1-44,5)	24,4 (21,5-27,7)
Sem instrução/fundamental incompleto	25,7 (24,5-26,9)	37,6 (36,3-39,0)	36,7 (35,3-38,1)
<b>Renda domiciliar per capita</b>			
Mais de 3 SM	39,7 (37,4-42,5)	43,0 (40,3-45,8)	17,2 (15,4-19,2)
De 1 até 3 SM	30,9 (29,4-32,5)	40,5 (38,7-42,3)	28,6 (27,0-30,2)
Até 1 SM	26,5 (25,1-28,0)	36,9 (35,4-38,5)	36,6 (34,9-38,3)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Obs: Foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo que todas as variáveis apresentaram  $p < 0,005$ , exceto a cor da pele.

**Fonte:** Autores (2024)

Os resultados das análises brutas e ajustadas são apresentados na tabela 5. Entre os fatores associados ao estado de saúde regular (presença de um agravo), destacaram-se o sexo feminino (RC:1,64, IC95%: 1,45-1,86) e a menor escolaridade (RC:1,33, IC95%: 1,06-1,66). Na análise do estado de saúde ruim, as mulheres apresentaram quase três vezes mais chance do desfecho em comparação aos homens (RC:2,91, IC95%: 2,55-3,22). Observou-se que, à medida que os níveis de escolaridade diminuem, as chances de um estado de saúde ruim aumentam, sendo que que idosos sem instrução ou com nível fundamental incompleto apresentaram uma chance 192% maior de pertencer a essa em relação àqueles com nível superior completo (RC: 2,92, IC95%: 2,27-3,74). Similarmente, conforme a renda diminui, aumentam as chances de dois ou mais agravos, com idosos que têm renda de até um salário-mínimo apresentando quase

o dobro de chance de um estado de saúde ruim (RC: 1,88, IC95%: 1,51-2,35) em comparação aos que recebem mais de três salários-mínimos (Tabela 5).

**Tabela 5. Análise bruta e ajustada da associação entre o estado de saúde e as variáveis socioeconômicas em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n=22.728).**

Variáveis	Estado de Saúde			
	Regular (1 agravo)		Ruim (2 ou 3 agravos)	
	Bruta RC (IC95%)	Ajustada RC (IC95%)	Bruta RC (IC95%)	Ajustada RC (IC95%)
<b>Sexo</b>				
Masculino	1	1	1	1
Feminino	1,57 (1,40-1,76)*	1,64 (1,45-1,86)*	2,85 (2,53-3,21)*	2,91 (2,55-3,32)*
<b>Cor da pele</b>				
Branca	1	1	1	1
Parda/preta	1,09 (0,98-1,21)	1,05 (0,95-1,18)	1,20 (1,08-1,35)*	1,00 (0,88-1,13)
<b>Escolaridade</b>				
Superior completo	1	1	1	1
Médio completo/superior incompleto	1,12 (0,91-1,37)	1,06 (0,85-1,33)	1,67 (1,31-2,12)*	1,40 (1,08-1,82)*
Fundamental completo/médio incompleto	1,15 (0,93-1,44)	1,09 (0,84-1,40)	2,25 (1,75-2,92)*	1,75 (1,32-2,33)*
Sem instrução/fundamental incompleto	1,44 (1,23-1,70) *	1,33 (1,06-1,66)*	4,60 (3,77-5,62)*	2,92 (2,27-3,74)*
<b>Renda domiciliar per capita</b>				
Mais de 3 SM	1	1	1	1
De 1 até 3 SM	1,21 (1,04-1,40)*	1,06 (0,88-1,28)	2,13 (1,80-2,52)*	1,41 (1,16-1,72)*
Até 1 SM	1,29 (1,11-1,50)*	1,09 (0,89-1,34)	3,18 (2,68-3,78)*	1,89 (1,51-2,35)*

RC: razão de chance.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

\*Modelo ajustado por faixa-etária, estado civil, área de residência + sexo, cor da pele, escolaridade e renda.

Fonte: Autores (2024)

#### 4 DISCUSSÃO

Este estudo examinou as desigualdades socioeconômicas nos desfechos e no estado de saúde entre idosos brasileiros, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Três dimensões principais de saúde foram analisadas para compor o estado de saúde dos idosos: incapacidade funcional, sintomas depressivos e multimorbidade, além do estado de saúde segundo o número de agravos. Observou-se uma associação consistente entre o sexo feminino e o status socioeconômico mais baixo com maior chance de todos os desfechos e de pior estado de saúde. Esses resultados indicam a presença de desigualdades significativas na saúde dos idosos brasileiros, evidenciando a necessidade de políticas de saúde direcionadas.

Os resultados deste estudo revelaram que a multimorbidade foi o desfecho de saúde isolado mais prevalente entre os idosos (29,0%). Esses achados estão de acordo com a literatura, que indica que cerca de três em cada cinco indivíduos desse grupo etário apresentam pelo menos duas condições crônicas<sup>24</sup>. Em comparação com estudos anteriores que analisaram dados da PNS de 2013, observou-se um leve aumento da prevalência de multimorbidade<sup>25,26</sup>.

O aumento significativo da expectativa de vida é uma das maiores conquistas da humanidade, e envolve vários efeitos como das transições demográficas e epidemiológicas e das mudanças seculares na eficácia e na cobertura de medidas de controle de doença<sup>27</sup>. A alta prevalência mundial de doenças crônicas está fortemente associada ao envelhecimento populacional, e as condições de saúde com dependência da idade tendem a aumentar conforme cresce o número de idosos na população<sup>6,7</sup>. Além disso, a coexistência de várias dessas condições, conhecida como multimorbidade, também se consolidou como um desafio global emergente<sup>7,8</sup>.

A multimorbidade com a incapacidade funcional foi a combinação de agravos que apresentou maior prevalência entre os idosos (20,1%). Este dado corrobora a literatura, estudo que investigou a relação entre esses dois desfechos, identificou uma associação significativa entre todos os padrões de multimorbidade e a incapacidade funcional em idosos brasileiros<sup>28</sup>. Outra pesquisa apontou que a presença de multimorbidade predispõe os idosos à incapacidade funcional, o que pode ser atribuído ao envelhecimento populacional e à vulnerabilidade crescente dos idosos a condições crônicas, impactando negativamente seu estado funcional<sup>29</sup>.

Observou-se que as mulheres apresentaram maior prevalência dos desfechos de saúde, analisados no presente estudo. Esse achado está em consonância com a literatura, que indica que mulheres idosas têm maior propensão a transtornos mentais comuns, como depressão e

ansiedade, além de apresentarem níveis mais elevados de incapacidade funcional e maior prevalência de doenças crônicas em comparação aos homens<sup>30-33</sup>.

Da mesma forma, observou-se que idosos brasileiros com menor escolaridade apresentaram maior prevalência nos desfechos de saúde. Uma meta-análise de 24 estudos transversais revelou que indivíduos com menor nível de escolaridade têm 64% mais chances de desenvolver múltiplas doenças crônicas em comparação com aqueles de maior escolaridade<sup>34</sup>. A relação entre baixa escolaridade e saúde pode ser explicada pela maior vulnerabilidade a doenças crônicas, já que a falta de instrução limita o acesso ao conhecimento e às estratégias de prevenção de agravos.

Indivíduos com maior escolaridade, melhores empregos ou renda mais alta geralmente apresentam melhor função física e cognitiva em comparação àqueles em faixas socioeconômicas mais baixas. Estudos transversais e longitudinais indicam que o início precoce e o acúmulo acelerado de doenças durante o envelhecimento ocorrem mais rapidamente entre pessoas com posição socioeconômica inferior<sup>7,35,36</sup>. O presente estudo corrobora a literatura ao demonstrar que idosos com renda menor que um salário-mínimo têm maiores prevalências dos desfechos relacionados ao estado de saúde, em comparação aos de maior renda.

Neste estudo, observou-se que a chance de apresentar um estado de saúde regular e ruim, foi maior entre mulheres idosas: elas tiveram 64% mais chance de apresentar um agravo e quase três vezes mais chance de apresentar dois ou mais agravos em comparação com homens idosos. Possíveis explicações incluem a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens<sup>37</sup>, e a maior busca por serviços de saúde, resultando em taxas de diagnósticos mais altas<sup>38,39</sup>.

Além disso, pesquisa indica que, em comparação aos homens, mulheres idosas relatam piores condições de saúde e enfrentam um maior ônus de incapacidade, sofrendo também maior marginalização social e econômica devido ao estigma associado a incapacidade<sup>30</sup>. Assim, embora as mulheres tenham uma expectativa de vida mais longa, elas apresentam maior probabilidade de desenvolver incapacidade funcional e de viver uma parte substancial da vida com limitações funcionais graves em comparação aos homens<sup>30,40</sup>.

O envelhecimento da população está associado a uma crescente heterogeneidade, caracterizada por multimorbidade e problemas de saúde complexos, resultantes tanto do processo fisiológico do envelhecimento quanto de trajetórias de vida diversas, frequentemente influenciadas pelo gênero. Estudos indicam que as maiores disparidades de gênero agravos de saúde mental estão em sociedades com altos níveis de desigualdade sociais e de gênero<sup>31,41</sup>.

Portanto, compreender a ocorrência de agravos de saúde em idades avançadas exige uma abordagem sensível a essas variáveis.

Observou-se que quanto menor a escolaridade, maiores chances de um estado de saúde regular ou ruim, com idosos no nível mais baixo de escolaridade apresentando 33% mais chance de ter um agravo e cerca de três vezes mais chance de ter múltiplos agravos, em comparação àqueles de nível superior completo. A associação entre os níveis de escolaridade e desfechos de saúde é amplamente documentada na literatura<sup>7,9,42,43</sup>

Estudos indicam que idosos com maior escolaridade tendem a apresentar melhores desfechos em saúde física e mental, incluindo menor incapacidade, melhor saúde mental e menor frequência de doenças crônicas. Isso possivelmente se deve a dois fatores: o maior conhecimento acumulado leva a uma valorização da prevenção de doenças e, pessoas com maior nível educacional geralmente possuem maior renda, permitindo maior investimento em saúde e mais acesso a serviços de saúde<sup>9,36,44</sup>.

O nível educacional é um importante indicador socioeconômico, e diversos mecanismos relacionam a educação à saúde. Primeiramente, a educação superior está associada a ocupações mais seguras e rendas mais altas<sup>45</sup>. Em segundo lugar, vários estudos encontraram associações significativas entre o nível de escolaridade e comportamentos de saúde<sup>11,46</sup>. De fato, a educação não apenas facilita o acesso a informações sobre saúde, mas também está associada a processos cognitivos que promovem bons comportamentos de saúde<sup>45</sup>.

Quanto às desigualdades econômicas, evidenciou-se que idosos brasileiros com renda per capita inferior a um salário-mínimo têm 9% mais chance apresentar um agravo em comparação aos que recebem mais de três salários-mínimos mensais. Em relação a presença de múltiplos agravos, idosos com menor renda apresentaram quase o dobro de chance de um estado de saúde ruim quando comparados aos de maior renda. Esses achados estão de acordo com a literatura: estudos brasileiros indicam uma relação inversa entre status socioeconômico e incapacidade funcional<sup>47,48</sup>, assim como entre renda e a autoavaliação da saúde, um importante indicador de morbidade e mortalidade em idosos<sup>49,50</sup>.

As desigualdades de renda impactam outros determinantes da saúde, como os hábitos de vida e o uso de serviços de saúde<sup>39,51</sup>. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tenha o princípio de acesso universal, as evidências mostram uma disparidade significativa no acesso à saúde entre os indivíduos com e sem plano de saúde, que faz com que os aqueles idosos de baixa renda enfrentem dificuldades para receber o atendimento necessário<sup>39,52</sup>.

Além disso, uma pesquisa que analisou dados de 167.376 indivíduos com 45 anos ou mais, provenientes de sete estudos sobre envelhecimento em 33 países, investigou as desigualdades socioeconômicas em agravos físicos, psicológicos e cognitivos e multimorbidade. Os resultados mostraram que o status socioeconômico mais baixo foi consistentemente associado a maiores chances de todos os sete desfechos de morbidade em todos os países incluídos. As chances de multimorbidade física, psicológica e cognitiva foram mais de dez vezes maiores em indivíduos de baixo nível socioeconômico em comparação com aqueles com alto nível socioeconômico, em todos os grupos de países por faixas de renda<sup>7</sup>.

Os achados sugerem que, no Brasil, o processo de envelhecimento ocorre de forma heterogênea devido à acentuada desigualdade, que está relacionada a questões demográficas e sociais. A qualidade e a expectativa de vida dos brasileiros que envelhecem são impactadas por variações regionais, assim como pelas condições socioeconômicas da população<sup>3,53,54</sup>.

Segundo Kalache et al.<sup>55</sup>, as pessoas "envelhecem mal e precocemente no Brasil", principalmente devido à ausência de políticas eficazes para um envelhecimento ativo e saudável, com foco na promoção da saúde, na aprendizagem ao longo da vida na participação cidadã e proteção dos mais vulneráveis.

Entre as potencialidades deste estudo, destaca-se o fato de este ser o primeiro a investigar a associação entre o estado de saúde, incluindo agravos como multimorbidade, incapacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros, e as desigualdades sociais, - dados inéditos na literatura nacional. Além disso, os dados da PNS apresentaram uma alta taxa de resposta, em uma amostra populacional representativa de idosos brasileiros de todas as unidades federativas. Contudo, algumas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados. O desenho transversal restringe a inferência de causalidade entre as variáveis exploratórias e o desfecho, mas possibilita estimar a magnitude das associações, contribuindo para futuras pesquisas sobre o tema. O uso de medidas autorreferidas, embora comum em estudos epidemiológicos, pode introduzir viés de memória, afetando as estimativas de prevalência das variáveis analisadas. As comparações a outros estudos são dificultadas pela utilização de diferentes indicadores e método de análise. Por fim, futuras pesquisas com dados longitudinais seriam especialmente úteis para acompanhar as mudanças na desigualdade socioeconômica ao longo do envelhecimento no Brasil.

Os resultados deste estudo revelaram significativas desigualdades sociais em saúde, com mulheres e idosos com menores níveis de escolaridade e renda apresentando maior probabilidade de ter um estado de saúde regular ou ruim, caracterizado pela ocorrência de

agravos como multimorbidade, sintomas depressivos e incapacidade funcional, indicadores importantes no processo de envelhecimento. Este estudo contribui para a compreensão das desigualdades demográficas e socioeconômicas em saúde entre idosos no Brasil, identificando os principais fatores que contribuem para as disparidades observadas. Os achados ressaltam a urgência de ações para enfrentar as desigualdades em saúde entre idosos, com potencial para influenciar políticas públicas de saúde e sociais, ao fornecer subsídios para a formulação de estratégias voltadas à redução dessas desigualdades. Gestores e profissionais de saúde devem priorizar os grupos socioeconomicamente desfavorecidos em ações de prevenção e manejo dos agravos mais prevalentes entre os idosos. Finalmente, medidas para combater desigualdades de gênero, renda e escolaridade, como programas de educação em saúde e melhorias no acesso ao SUS, são fundamentais para promover a igualdade e equidade em saúde nessa população.

## **5 CONCLUSÃO**

Os desfechos relacionados ao estado de saúde neste estudo, isolados ou em associação, apresentaram forte associação com a maioria das desigualdades sociais analisadas, com destaque para mulheres e idosos com menor escolaridade e renda. Esses resultados ressaltam a importância de pesquisas que abordem a desigualdades sociais no processo de envelhecimento, ampliando a discussão e implementação de políticas públicas de saúde com foco específico nessa população.

Em conclusão, ressalta-se que o estado de saúde e seus indicadores observados nos idosos brasileiros estão intimamente ligados às desigualdades sociais, demandando maior atenção da saúde pública na promoção da equidade para essa população. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam subsidiar políticas fortalecidas para apoiar os idosos em contextos de desigualdade social, beneficiando tanto seu estado de saúde quanto seu processo de envelhecimento.



## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- <sup>2</sup> Rasella D, Machado DB, Castellanos ME, Paim J, Szwarcwald CL, Lima D, et al. Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. *Glob Health Action*. 2016 Feb 5;9:29042.
- <sup>3</sup> Ribeiro ECSA, Sgambato MR, Castro Junior PCP, Meira KC, Salles-Costa R, Ferreira AA. Social inequalities among Brazilian older adults: a secondary cross-sectional analysis of a national survey. *Geriatr Gerontol Aging*. 2022;16:e0220017.
- <sup>4</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento Brasília, 2010.
- <sup>5</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- <sup>6</sup> Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):549-62.
- <sup>7</sup> Ni Y., Zhou Y., Kivimäki M., Cai Y., Carrillo-Larco RM., Xu X., Dai X., Xu X. Socioeconomic inequalities in physical, psychological, and cognitive multimorbidity in middle-aged and older adults in 33 countries: a cross-sectional study. *The lancet. Healthy longevity*. 2023;4(11), e618–e628.
- <sup>8</sup> Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380: 37–43.
- <sup>9</sup> Zhou Y, Kivimäki M, Yan LL, Carrillo-Larco RM, Zhang Y, Cheng Y, & Xu X. Associations between socioeconomic inequalities and progression to psychological and cognitive multimorbidities after onset of a physical condition: a multicohort study. *Eclinicalmedicine*. 2024; 74.
- <sup>10</sup> Akindele MO, Useh U. Multimorbidity of chronic diseases of lifestyle among South African adults. *Pan Afr Med J*. 2021 Apr 6;38:332.
- <sup>11</sup> McLaughlin SJ, Kim S, Li LW, Zhang J. Educational Differences in Trajectories and Determinants of Healthy Ageing in Midlife and Older Americans. *Maturitas*. 2020.
- <sup>12</sup> Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging clinical and experimental research*, 34(6), 1215–1223.

- <sup>13</sup> Bolster-Foucault, C., Vedel, I., Busa, G., Hacker, G., Sourial, N., & Quesnel-Vallée, A. Social inequity in ageing in place among older adults in Organisation for Economic Cooperation and Development countries: a mixed studies systematic review. *Age and ageing*. 2024;53(8), afae166
- <sup>14</sup> Stopa, SR, Szwarcwald, CL, Oliveira, MM, Gouvea, ECDP, Vieira, MLFP, Freitas, MPS, Sardinha, LVs, Macário, EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(5), e2020315.
- <sup>15</sup> IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida. Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Ministério da Saúde, 2020.
- <sup>16</sup> Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Pesquisa Nacional de Saúde. Objetivos, 2010.
- <sup>17</sup> World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: WHO. 2016;28 p.
- <sup>18</sup> Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008 jul-ago;13(4):1199-207.
- <sup>19</sup> Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;v. 29, n. 8, p. 1533–1543.
- <sup>20</sup> Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. 55The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
- <sup>21</sup> Moriarty AS, Gilbody S, Mcmillan D, Ma-Nea L. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37:567-76. 24.
- <sup>22</sup> He C, Levis B, Riehm KE, Saadat N; Levis AW; Azar, M; et al. The accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 algorithm for screening to detect major depression: an individual participant data meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2020;89:25-37.
- <sup>23</sup> Pérez RA., Tejada CAO, Triaca LM., Bertoldi AD, Dos Santos AMA. . Socioeconomic inequality in health in older adults in Brazil. *Dialogues in health*, 1, 100009Bolster-Foucault, C., Vedel, I., Busa, G., Hacker, G., Sourial, N., & Quesnel-Vallée, A. Social inequity in ageing in place among older adults in Organisation for Economic Cooperation and Development countries: a mixed studies systematic review. *Age and ageing*. 2022;53(8), afae166.
- <sup>24</sup> Romano E, Ma R, Vancampfort D., Firth J., Felez-Nobrega M., Haro JM., Stubbs B, Koyanagi A. Multimorbidity and obesity in older adults from six low- and middle-income countries. *Preventive Medicine*. 2021; 153, 106816.

- <sup>25</sup> Carvalho JNd, Roncalli AG, Cancela MdC, Souza DLBd. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. *PLoS ONE*. 2017;12(4): e0174322.
- <sup>26</sup> Andrade FB, Thumé E., Facchini LA, Torres JL, Nunes, BP. Education and income-related inequalities in multimorbidity among older Brazilian adults. *PLOS ONE*. 2022;17(10), e0275985.
- <sup>27</sup> World Health Organization, WHO. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020
- <sup>28</sup> Schmidt TP, Wagner KJP, Schneider IJC, Danielewicz AL. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cadernos de saúde pública*. 2020;v. 36, n. 11,.
- <sup>29</sup> Silva, DSM; Silva, MF; Assumpção, Dd; Francisco, PMSB; Neri, AL; Yassuda, MS; Borim, FSA. Influência de padrões de multimorbidade nas atividades de vida diária da pessoa idosa: seguimento de nove anos do Estudo Fibra. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023;28(7):2003-2014,
- <sup>30</sup> Drumond Andrade FC, Guevara PE, Lebrão ML, de Oliveira Duarte YA, Santos JLF. Gender Differences in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy Among Older Adults in São Paulo, Brazil. *Women's Health Issues*. 2011;21(1), 64–70.
- <sup>31</sup> Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. *Maturitas*. 2019;129, 76–84.
- <sup>32</sup> Melo L, Lima, K. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020.
- <sup>33</sup> Abebe F, Schneider M, Asrat B, & Ambaw F. Multimorbidity of chronic non-communicable diseases in low- and middle-income countries: A scoping review. *Journal of comorbidity*. 2020;10, 2235042X20961919.
- <sup>34</sup> Pathirana TI, Jackson CA. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2018;42(2), 186–194.
- <sup>35</sup> Marden JR, Tchetgen Tchetgen EJ, Kawachi I, Glymour MM. Contribution of Socioeconomic Status at 3 Life-Course Periods to Late-Life Memory Function and Decline: Early and Late Predictors of Dementia Risk. *Am J Epidemiol*. 2017 Oct 1;186(7):805-814
- <sup>36</sup> Stefler D, Prina M, Wu YT, Sánchez-Niubò A, Lu W, Haro JM, Marmot M, Bobak M. Socioeconomic inequalities in physical and cognitive functioning: cross-sectional evidence from 37 cohorts across 28 countries in the ATHLOS project. *J Epidemiol Community Health*. 2021 Oct;75(10):980-986

- <sup>37</sup> Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Miguel A, Calderón-Larrañaga A, Poncel-Falcó A, Gimeno-Feliú LA, et al. Cohort Profile: The Epidemiology of Chronic Diseases and Multimorbidity. The EpiChron Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2018 Apr 1;47(2):382-384f.
- <sup>38</sup> Zemedikun DT, Gray LJ, Khunti K, Davies MJ, Dhalwani NN. Patterns of Multimorbidity in Middle-Aged and Older Adults: An Analysis of the UK Biobank Data. *Mayo Clin Proc*. 2018 Jul;93(7):857-866.
- <sup>39</sup> Palmeira NC, Moro JP, Getulino FA, Vieira YP, Soares Junior AO, Saes MO. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2022 nov 25;31(3), e2022966.
- <sup>40</sup> Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues, RN. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. *Cadernos De Saúde Pública*. 2008;24(4), 845–852.
- <sup>41</sup> Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Transl Psychiatry*. 2018;8, 98.
- <sup>42</sup> Barros MBA., Francisco PMSB., Lima MG, & César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cadernos De Saúde Pública*. 2011; 27, s198–s208.
- <sup>43</sup> Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, Thumé E, Facchini LA. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2017 Apr-Jun;26(2):295-304.
- <sup>44</sup> Sun J, Lyu S, Zhao, R. Socioeconomic Inequality in Health Outcomes Among the Elderly: Evidence from a Cross-Sectional Study in China. *Risk management and healthcare policy*. 2020;13, 397–407.
- <sup>45</sup> Glymour, M. M., Avendano, M., & Kawachi, I. (2014). Socioeconomic status and health. *Social Epidemiology*, 2, 17-63.
- <sup>46</sup> Rodriguez Roca B, Tully MA, Sansano-Nadal O, Caserotti P, Coll-Planas L, Roqué M, Brønd J, Blackburn NE, Wilson JJ., Rothenbacher D, McIntosh E, Deidda M., Andrade-Gómez E, Giné-Garriga M. Is education level, as a proxy for socio-economic position, related to device-measured and self-reported sedentary behavior in European older adults? A cross-sectional study from the SITLESS project. *Frontiers in public health*. 2023;11, 1296821.
- <sup>47</sup> Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Macinko J. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15:137.
- <sup>48</sup> Veloso MV, Sousa NFS, Medina LPB, Barros MBA. Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. *Revista Brasileira De Epidemiologia*. 2020;23, e200093.

- <sup>49</sup> Massa KHC, Chiavegatto Filho ADP. Income Inequality and Self-Reported Health Among Older Adults in Brazil. *J Appl Gerontol.* 2021;40:152–61.
- <sup>50</sup> Pérez RA., Tejada CAO, Triaca, LM, Bertoldi AD, Dos Santos, AMA. (). Socioeconomic inequality in health in older adults in Brazil. *Dialogues in health.* 2022;1, 100009.
- <sup>51</sup> Azevedo Barros MB, Lima MG, Medina LP, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *International journal for equity in health.* 2016;15(1), 148.
- <sup>52</sup> Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *Int J Equity Health.* 2012;11:1–8.
- <sup>53</sup> Barros MBA, Goldbaum M. Challenges of aging in the context of social inequalities. *Rev Saúde Pública.* 2019;52(Suppl 2):1s.
- <sup>54</sup> Andrade JM, Andrade FCD, Oliveira EJP, Duarte YAO, Andrade FB. Life expectancy with poor health-related quality of life among Brazilian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2021;94:104346.
- <sup>55</sup> Kalache A. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade.* Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil. 2015.

## ANEXO A – NORMAS DO PERIÓDICO CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA PARA PUBLICAÇÃO.



### 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.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *DOI* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.



A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma **taxa de submissão** de **R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação**. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer *Minor Revision* (Pequena revisão) ou *Major Revision* (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

#### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões



de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

**Nota importante** - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, 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](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consultem os exemplos no final das Normas.**

### 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. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. 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, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

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

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. 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. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract/resumen com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra - "resumo"/"abstract"/"resumen" até a última "palavra-chave"/"keyword"/"palabra clave").

O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. **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 (de preferência na extensão .docx) 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 **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar **o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões**. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo.

As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, **todos os autores** devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

## 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.



2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo "Title page" (Página de título).

### **Nomenclaturas**

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

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

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE



CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

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

### **Agradecimentos**

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

### **Financiamento**

RC&SC atende à Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

### **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.* Exemplo: Minayo *et al.*<sup>3</sup>



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

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

## Exemplos de como citar referências

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

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(2):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(9011):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 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

#### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

#### 8. Instituição como autor

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

#### 9. Capítulo de livro

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

#### 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.

