

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E TECNOLOGIA GOIANO -
CAMPUS URUTAÍ
BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

AMANDA ALVES MORAES

**PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA E FATORES
ASSOCIADOS EM PESSOAS COM ≥ 50 ANOS NO BRASIL:
ESTUDO ELSI-BRASIL**

**URUTAÍ, GOIÁS
2023**

AMANDA ALVES MORAES

**PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA E FATORES
ASSOCIADOS EM PESSOAS COM ≥ 50 ANOS NO BRASIL:
ESTUDO ELSI-BRASIL**

Trabalho de Curso apresentado ao Instituto de
Educação, Ciência e Tecnologia Goiano
Campus Urutaí como requisito de conclusão do
Curso Bacharelado em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Me. Cristina Camargo
Pereira

**URUTAÍ, GOIÁS
2023**

PREVALÊNCIA DE DRC E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS COM \geq 50 ANOS NO BRASIL: ESTUDO ELSI-BRASIL 2015-2016

Autor (a):

Amanda Alves Moraes

E-mail: amanda.moraes.estudante@estudante.ifgoiano.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9418-8568>

Co-autor(a):

Cristina Camargo Pereira

E-mail: cristina.camargo@ifgoiano.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7248-8020>

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada por ser uma lesão renal que acarreta na perda progressiva e irreversível da função dos rins, dessa forma, quando utilizamos o termo DRC estamos nos referindo a um determinado grupo de doenças que afeta exclusivamente a função renal. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência da doença renal crônica autorreferida e os fatores associados na população de idosos do Brasil. Este estudo transversal utilizou dados da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), realizado entre 2015 e 2016, abrangendo uma coorte de indivíduos de 50 a 80 anos ou mais, residentes em 70 municípios nas cinco principais regiões do Brasil. A amostra, composta por 9.421 participantes, na qual responderam a um questionário, com ênfase na pergunta principal sobre a presença de insuficiência renal crônica diagnosticada por médicos. Foi possível observar uma elevada prevalência de DRC entre os participantes sem diferenças entre os sexos. Além disso, fatores como uma autoavaliação de saúde ruim e a presença de hipertensão arterial demonstraram bem suscetíveis à doença. Assim, é necessária uma intervenção de saúde

direcionada aos grupos vulneráveis, uma vez que o diagnóstico precoce representa uma via eficaz para mitigar a morbimortalidade.

Palavras-chave: Autorrelato, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Idoso, Prevalência.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is characterized by being a kidney injury that leads to the progressive and irreversible loss of kidney function, so when we use the term CKD we are referring to a certain group of diseases that exclusively affects kidney function. The aim of this study was to investigate the prevalence of self-reported chronic kidney disease and associated factors in the elderly population of Brazil. This cross-sectional study used baseline data from the Brazilian Longitudinal Study of the Health of the Elderly (ELSI-Brazil), conducted between 2015 and 2016, covering a cohort of individuals aged 50 to 80 years or older, living in 70 municipalities in the five main regions of Brazil. The sample consisted of 9,421 participants, who answered a questionnaire, with emphasis on the main question about the presence of chronic renal failure diagnosed by physicians. It was possible to observe a high prevalence of CKD among the participants with no differences between the sexes. In addition, factors such as poor self-rated health and the presence of high blood pressure have been shown to be very susceptible to the disease. Thus, a health intervention directed to vulnerable groups is necessary, since early diagnosis represents an effective way to mitigate morbidity and mortality.

Keywords: Self-report, Diabetes Mellitus, Hypertension, Aged, Prevalence.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade global que impõe desafios significativos aos sistemas de saúde em todo mundo ^{1,2}. Espera-se que até 2050, 21% da

população mundial seja idosa ³. Com o aumento da expectativa de vida, a atenção à saúde dos idosos torna-se uma prioridade crucial ⁴. Nesse contexto, as doenças crônicas assumem um papel central, sendo a Doença Renal Crônica (DRC) uma condição de particular relevância. A DRC não apenas representa uma ameaça substancial à saúde dos idosos, mas também exerce um impacto significativo nos sistemas de saúde, com implicações sociais e econômicas de grande magnitude ¹. No Brasil, é estimado que existam cerca de 3 a 6 milhões de indivíduos conviventes com essa patologia, em que, infelizmente apenas cerca de 100 mil destes indivíduos realizam terapia dialítica como forma de tratamento.⁵

Apesar de sua importância crescente, a prevalência e os fatores associados à DRC em idosos ainda carecem de uma investigação abrangente e detalhada. Este estudo busca preencher essa lacuna, visando estimar a prevalência da DRC em uma amostra representativa de idosos e identificar os fatores associados a essa condição. A compreensão desses fatores é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e intervenções eficazes, contribuindo assim para a promoção de uma saúde renal otimizada em populações idosas.

A complexidade da DRC, muitas vezes assintomática em estágios iniciais, acentua a necessidade de abordagens epidemiológicas abrangentes que incorporem métodos precisos de estimativa de prevalência. Além disso, a análise dos fatores associados permitirá a identificação de grupos de risco específicos, informando políticas de saúde pública direcionadas e estratégias de intervenções personalizadas ⁶.

Diante desse cenário, este estudo adota uma abordagem multidisciplinar, pelo simples fato de realizar uma abordagem integrativa entre diferentes aspectos, dentre eles clínicos, epidemiológicos e sociais que são utilizados para mapear a complexa interação entre os fatores de risco e a prevalência da DRC nos idosos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal por meio de dados da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), que ocorreu entre os anos de 2015 e 2016, sendo este, um estudo de coorte representado por uma amostra composta por indivíduos de 50 a 80 anos ou mais, residentes de 70 municípios localizados nas cinco principais regiões brasileiras. Para realizar a aferição da análise de dados foi observado que a amostra contou com um total de 9.421 indivíduos entre eles homens e mulheres na qual tiveram de responder um questionário com variáveis autorreferidas onde a principal pergunta do desfecho analisado foi *“Algum médico já disse que o (a) Sr(a) tem insuficiência renal crônica?”*.

Variáveis do Estudo

Foram utilizadas no estudo características sociodemográficas como faixa etária tendo indivíduos entre (50 – 59 anos; 60 – 79 anos e 70 – 79 e 80 anos ou mais), sexo (feminino e masculino), raça/cor da pele autorreferida (branca, preta, parda e outras, sendo estas amarela/indígena); escolaridade (Analfabeto/Ensino Fundamental incompleto; Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo/ Ensino superior incompleto; Ensino Superior completo e mais); se vive com companheiro (sim ou não).

Além de variáveis do estilo de vida como, tabagismo (sim; não ou ex-fumante), consumo abusivo de bebidas alcoólicas (sim ou não). E, por fim, variáveis de condições de saúde como a autoavaliação do estado de saúde (muito boa ou excelente / boa, regular ou ruim / muito ruim), estado nutricional usando o Índice de Massa corporal (IMC), diabetes com a seguinte pergunta *“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes (açúcar no sangue)?”* e hipertensão com a seguinte pergunta *“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão arterial (pressão alta?)”*.

Análise Estatística

As análises dos dados foram realizadas por meio do STATA versão 15.0, na qual fornece variáveis descritivas, sendo estas independentes ou variáveis desfechos com base em intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Os fatores associados a prevalência de DRC foram analisados usando a regressão de Poisson apresentadas

em Razão de Prevalência bruta (RP_b) e Razão de Prevalência ajustada (RP_{aj}) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As variáveis que obtiveram IC 95% sem que houvesse nulidade (RP=1,0) e valor de $p < 0,05$ foram consideradas significativas.

Considerações Éticas

Para a realização do estudo e respectiva aplicação do questionário o ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais (CAAE 34649814.3.0000.5091), em que todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para que assim pudesse ser realizada a pesquisa.

RESULTADOS

Foram incluídos 9.412 participantes com idade ≥ 50 anos, sendo 4.098 homens e 5.314 mulheres. A prevalência geral de DRC na amostra foi de 4,5%, com 4,8% entre as mulheres e 4,1% entre os homens ($p=0,156$) (Figura 1).

A maioria dos participantes tinha entre 50-59 anos (47,6%; IC95%:43,6-51,7) e se identificaram na sua maioria como tendo cor "Parda" (44,7%; IC95%:40,4-49,0). A escolaridade mais comum foi "Analfabeto/ensino fundamental incompleto" (64,3%; IC95%:61,3-67,1), e a maioria vivia com um companheiro (63,5%; IC95%:60,5-66,3), cerca de 37,3% (IC95%: 35,4-39,3) são ex- fumantes, 17,1% (IC95%:15,6-18,6) são fumantes atuais, e 10,4% (IC95%: 9,4-11,4) relatam consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Tabela 1).

A autoavaliação de saúde foi principalmente "Regular" (44,6%; IC95%:42,8-46,5), enquanto 11,6% (IC95%: 10,5-12,9) a consideram "Ruim/muito ruim". Essa classificação dita como "Regular" é indicada como um estado de saúde intermediário que pode variar de pessoa para pessoa de acordo com o modo em que ela vive, sendo o indivíduo caracterizado por não ter grandes problemas de saúde (Tabela 1).

Além disso a maioria possui um IMC entre 25,0-29,9 (39,7%; IC95%: 38,3-41,0) classificado este como sendo eutrófico, 52,2% (IC95%: 50,3-54,1) apresentaram hipertensão e

15,8% (IC95%: 14,6-17,1) relataram ter diabetes. Diferenças significativas entre mulheres e homens foram observadas (Tabela 1).

Diferenças significativas entre mulheres e homens foram observadas. O grupo de 50-59 anos foi mais comum em homens (49,7%; IC95%: 44,3-55,1) do que em mulheres (45,8%; IC95%: 42,6- 49,0), enquanto a faixa de 70-79 anos teve uma prevalência mais alta em mulheres (16,4%; IC95%: 14,8-18,1) do que em homens (14,7%; IC95%: 12,4-17,5) . A variável de escolaridade mostrou diferenças significativas entre os gêneros, com a categoria "Analfabeto/ensino fundamental incompleto" sendo mais comum entre mulheres (65,7%; IC95%:62,7-68,6) do que entre homens (62,6%; IC95%: 59,1-66,0) (Tabela 1).

No que diz respeito ao estado civil (vive com companheiro), a maioria dos homens (75,2%; IC95%: 72,5-77,7) compartilhava suas vidas com um parceiro (a), em comparação com 53,5%(IC95%: 50,4-56,5) das mulheres . A proporção de fumantes atuais era mais alta entre homens (20,4%; IC95%: 18,3-22,6) em comparação com mulheres (14,2%; IC95%: 12,7-16,0), enquanto a proporção de ex-fumantes era maior entre as mulheres (30,2%; IC95%:27,6-33,0) do que entre os homens (45,7%; IC95%: 43,2-48,2) (Tabela 1).

A faixa de IMC < 25,0 kg/m² era mais comum entre homens (33,9%; IC95%: 31,6-36,4) do que entre mulheres (28,0%; IC95%: 26,1-29,9), enquanto a faixa de IMC 25,0-29,9 kg/m² era mais prevalente entre mulheres (36,9%; IC95%: 35,3-38,6) em comparação com homens (42,8%; IC95%: 41,0-44,7). No entanto, a faixa de IMC ≥30,0 kg/m² era mais comum entre mulheres (35,1%; IC95%: 33,1-37,2) do que entre homens (23,3%; IC95%: 21,5-25,2) . A proporção de participantes que relatou ter hipertensão foi maior entre mulheres (52,2%; IC95%:50,0-54,4) em comparação com homens (47,8%; IC95%: 45,6-50,0) (Tabela 1).

Na análise bruta, a faixa etária de 80 anos ou mais (RP_b:1,48; IC95%: 1,02-2,15), a categoria "Analfabeto/ensino fundamental incompleto" (RP_b:2,34; IC95%: 1,35-4,06), a autoavaliação de saúde como "Ruim/muito ruim" (RP_b:4,21; IC95%: 3,24-5,47), a presença de

hipertensão arterial (RP_b:2,02; IC95%: 1,60-2,57) e diabetes (RP_b:1,73; IC95%: 1,26-2,38) apresentaram associações significativas com uma maior prevalência de DRC. Na análise ajustada, a faixa etária de 80 anos ou mais (RP_{aj}:1,50; IC95%: 1,00-2,24), a autodeclaração como "Preta" (RP_{aj}:0,60; IC95%: 0,36-1,00), a autoavaliação de saúde como "Regular" (RP_{aj}:1,90; IC95%: 1,42-2,55) e "Ruim/muito ruim" (RP_{aj}:3,54; IC95%: 2,63-4,76), e a presença de hipertensão arterial (RP_{aj}:1,77; IC95%: 1,38-2,27) mantiveram associações significativas com uma maior prevalência de DRC (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados desta análise mostram que houve uma prevalência de DRC autorreferida de 4,5%. Além disso, dentre os fatores analisados foi visto que idade avançada, uma autoavaliação de saúde desfavorável e a presença de hipertensão arterial contribuíram para uma maior ocorrência da doença.

A estimativa precisa da prevalência de DRC na população brasileira permanece desafiadora. Segundo a medida autorreferida de saúde é utilizada frequentemente como alternativa aos inquéritos que, de modo geral, demandam um processo mais complexo para a coleta de dados, além de representar custos mais elevados ⁷ porém, devem ser analisadas com algum nível de cautela, uma vez que, apresenta baixa sensibilidade para a detecção de doença renal crônica, isto porque muitas pessoas não possuem conhecimento acerca da doença e podem fazer o diagnóstico da maneira incorreta, interferindo assim nos seus resultados ⁸.

Segundo um estudo de revisão de prevalência de DRC em adultos no Brasil, aproximadamente 1,5% da população relatou a presença da doença. Além disso, a prevalência de hipercreatininemia na população foi identificada em torno de 3 % ⁹. Contudo, é fundamental ressaltar a necessidade de estudos com métodos diagnósticos padronizados para obter uma compreensão mais precisa e abrangente da extensão da doença renal na população brasileira. A dosagem da creatinina sérica e a pesquisa de albuminúria são os principais marcadores

utilizados. De acordo com o último *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES, 1999-2004, n = 13.233) ¹⁰, a prevalência atingiu 13,1% em adultos. Em uma coorte chinesa abrangendo 47.204 adultos de 13 províncias, entre 2009 e 2010, a prevalência foi de 10,8 %¹¹.

Em outros países emergentes, acredita-se que a prevalência seja igualmente elevada¹².¹³ . Na análise da prevalência conforme o sexo, destacou-se a ausência de diferenças significativas entre mulheres e homens, sugerindo, portanto, uma equidade na incidência da doença para ambos os sexos o que corrobora com estudos prévios ^{14,15}. Entretanto um estudo de meta-análise realizado sobre a prevalência global de DRC mostrou que foi mais prevalente em mulheres do que homens¹⁶.

Nossos resultados mostraram que a prevalência de DRC é mais elevada em adultos mais velhos, o que corrobora com estudos prévios ^{14, 15, 16}. Com o passar dos anos é normal que haja o surgimento de algumas alterações neuromusculares, bem como também algum tipo de desregulação neuroendócrina e disfunções através do sistema imunológico, com isso pode-se haver uma maior predisposição e desenvolvimento para doenças crônicas ¹⁷.

A idade avançada pode anteceder o desenvolvimento da Doença Renal Crônica (DRC), pois a partir dos 30 anos ocorre atrofia renal e uma redução de cerca de 10% do córtex renal por década. Isso resulta em características fisiológicas distintas em indivíduos idosos em comparação com adultos, como aumento da prevalência de nefrosclerose com esclerose glomerular, atrofia tubular, fibrose intersticial e alterações ateroscleróticas, contribuindo para o surgimento da doença renal ¹⁸.

O processo natural de envelhecimento provoca uma redução na Taxa de Filtração Glomerular (TFG), um fenômeno biológico ligado à senescência celular e dos órgãos. Essa redução está associada a alterações no volume renal, diminuição do número de néfrons e mudanças na atividade dos sistemas renina-angiotensina, todas relacionadas ao estresse

oxidativo celular. Outra alteração funcional durante o envelhecimento é o aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular, permitindo a excreção de mais proteínas, incluindo a albumina. Esses fatores contribuem para o aumento da prevalência de lesões renais em idosos¹⁸.

Neste estudo, a autoavaliação de saúde como ruim ou muito ruim mostrou associação com a DRC. Essa avaliação representa uma medida abrangente do estado de saúde na população geral, demonstrando consistência com a real condição de saúde. Em uma pesquisa populacional realizada no Brasil envolvendo 1.016 idosos residentes nas zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre, a presença de DRC aumentou em quase duas vezes (OR = 1,79; IC95%: 1,10–2,91) a probabilidade de o indivíduo classificar sua saúde como ruim ou muito ruim¹⁹.

Dentre as morbidades avaliadas nesta pesquisa, a hipertensão foi associada com a DRC, fato também observado em outros estudos^{19, 20}. Ao longo do processo de envelhecimento, observa-se o espessamento da parede arterial e a disfunção endotelial, o que resulta em aumento da rigidez vascular e redução da complacência²¹. Desta forma podemos definir a Doença Renal Crônica como uma perda progressiva e irreversível da função renal ao longo dos anos, o que acarreta diretamente na função renal fazendo com que haja uma diminuição da capacidade dos rins de processar resíduos e realizar de maneira adequada as suas funções²². Além disso, quando ocorre uma redução da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e um aumento dos níveis de albuminúria ocorre uma maior prevalência para a presença de DRC nos indivíduos, sendo que, a albuminúria possui capacidade de sinalizar quando se tem a presença de uma disfunção endotelial, dessa é importante manter o controle da pressão arterial (PA) visto que a mesma possui capacidade de redução da albuminúria. Pensando nisso, é necessário o controle da PA principalmente em pacientes diagnosticados com DRC, afim de se evitar complicações da doença renal e seu desenvolvimento²³.

Desta maneira é importante ressaltar que, a hipertensão não é apenas um fator de risco

para o desenvolvimento de DRC, mas também agrava a condição em indivíduos já diagnosticados, especialmente entre pessoas idosas, isto porque ela possui a capacidade de influenciar a interação entre o sistema cardiovascular e o sistema renal, de modo que, com que o envelhecimento do sistema cardiovascular acarrete na suscetibilidade a presença da hipertensão devido ao aumento da pressão arterial ²⁴.

Por se tratar de uma doença silenciosa a DRC requer um maior cuidado e atenção, visto que sua manifestação fica mais evidente durante a fase de insuficiência renal moderada e severa. Em alguns estudos é evidenciado que grande parte dos indivíduos acometidos possuem algum outro tipo de doença como diabetes ou hipertensão, pois essas doenças causam problemas diretamente aos rins, sendo assim, uma melhor maneira de prevenção é o acompanhamento destes indivíduos com a realização de exames periodicamente, bem como também estratégias das equipes de saúde como forma de promoção e prevenção da doença. Além disso se esse conhecimento acerca da doença fosse discutido nas escolas e nos meios de saúde faria com que os números de indivíduos com a doença diminuíssem, assim como também o número de morbimortalidade fazendo com a prevenção fosse realizada sem custos e de maneira social para toda a população ²⁵.

O estudo apresenta pontos fortes notáveis, incluindo a representação da amostra por idosos com 50 anos ou mais, conferindo maior abrangência ao estudo. Além disso, o Estudo Longitudinal ELSI-Brasil permitiu a participação de pessoas de diferentes estados, evitando que o estudo se concentrasse em uma única localidade, proporcionando uma avaliação abrangente da prevalência da doença em diversas regiões do Brasil. Entretanto, algumas limitações merecem destaque, especialmente a dependência de métodos nos estudos transversais, como o autorrelato. Essa dependência pode introduzir viés, pois os indivíduos podem fornecer informações imprecisas ou se esquecer de detalhes relevantes, comprometendo a acurácia dos resultados da pesquisa.

Os achados deste artigo possuem grande significância para a área da saúde, principalmente se tratando das DRC, que é um assunto com poucos achados e possui grande impacto na qualidade de vida de todos, em especial os idosos nas quais sofrem certas modificações fisiológicas provocadas pelo processo de envelhecimento ao longo dos anos. Desta forma, buscar compreender como esta doença pode afetar determinados grupos mais propensos a doença é um grande diferencial para combatermos a doença de maneira social por meio de estratégias de prevenção para a população.

É importante também destacar o papel da vigilância da DRC para a população, pois através dela é possível identificar possíveis perfis propensos a desenvolver a doença. Pensando nisto, a pesquisa visa contribuir de certa forma para potenciais pesquisas futuras, que buscam compreenderem melhor como a doença atua por meio de alguns fatores de risco que podem ser modificados com métodos preventivos reduzindo os custos com o tratamento e disseminando o conhecimento para gerações futuras.

CONCLUSÃO

Foi identificado uma significativa prevalência de DRC entre os participantes, sem distinção entre os sexos. Notadamente, a autoavaliação de saúde desfavorável juntamente com a uma idade avançada e a presença de hipertensão arterial emergiram como fatores particularmente suscetíveis ao desenvolvimento da DRC, sublinhando a complexidade multifatorial associada a essa patologia.

A análise aprofundada desses dados aponta para a urgência de estratégias de intervenção de saúde direcionadas aos grupos vulneráveis identificados. Nesse contexto, a implementação de medidas preventivas e a promoção de um diagnóstico precoce se apresentam como pilares fundamentais para reverter ou atenuar o impacto da DRC. A detecção precoce não apenas propicia uma abordagem terapêutica mais eficaz, mas também desempenha um papel crucial na redução da morbimortalidade associada à doença.

REFERÊNCIAS

1. Ahmadi Timurlui A. Analyzing the Health Policies of the Elderly in the Country and Providing a Model. *PhD Thesis in Health Policy, Iran University of Medical Sciences*. 2014
2. Thinley S. Health and care of an ageing population: Alignment of health and social systems to address the need. *J Health Manage*. 2021;23(1):109–18.
3. WHO (World Health Organization). *Global Health and Ageing*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011
4. Darabi R, Tarkashvand M. Socio-economic consequences of population aging. *Soc Sci*. 2012;1:17–28.
5. Gouvêa ECDP, Szwarcwald CL, Damacena GN, Moura L. Autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica: prevalência e características na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, spe1, 2022b. <https://doi.org/10.1590/ss2237-9622202200017>
6. Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M.. (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Brazilian Journal of Nephrology*, 33(1), 93–108. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>.
7. Moreira JPL, Almeida RMVR, Luiz RR. Correção da prevalência autorreferida em estudos epidemiológicos com grandes amostras. *Cad Saude Publica* 2016; 32(12):e00050816.
8. Pinheiro, P. C., Barros, M. B. de A., Szwarcwald, C. L., Machado, Í. E., & Malta, D. C.. (2021). Diferenças entre medidas autorreferidas e laboratoriais de diabetes, doença renal crônica e hipercolesterolemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1207–1219. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.44582020>.
9. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review Ana Wanda Guerra Barreto Marinho^{1,2}, Anderson da Paz Penha³, Marcus Tolentino Silva^{1,2}, Taís Freire Galvão^{2,4}. DOI: 10.1590/1414-462X201700030134.
10. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 2007;298(17):2038–47. PMID:17986697. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.17.2038>.
11. Zhang L, Wang F, Wang L, Wang W, Liu B, Liu J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2012;379(9818):815–22. PMID:22386035. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60033-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60033-6).
12. Lugon J, Matos JPS. Disparities in end-stage renal disease care in South America. *Clin Nephrol*. 2010;74(Suppl 1):S66–71. PMID:20979967.

13. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *J Bras Nefrol.* 2016;38(1):54-61. PMID:27049365.
14. Moura, L. de ., Andrade, S. S. C. de A., Malta, D. C., Pereira, C. A., & Passos, J. E. F.. (2015). Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 18, 181–191. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060016>.
15. Pereira CC, Pedroso CF, Batista SRR, Guimarães RA. Prevalence and factors associated with multimorbidity in adults in Brazil, according to sex: a population-based cross-sectional survey. *Front Public Health.* 2023 Jun 2;11:1193428. doi: 10.3389/fpubh.2023.1193428. PMID: 37342274; PMCID: PMC10278573.
16. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016;11(7):e0158765. Published 2016 Jul 6. doi:10.1371/journal.pone.0158765.
17. Andrade, J. M., Duarte, Y. A. de O., Alves, L. C., Andrade, F. C. D., Souza Junior, P. R. de, Lima-Costa, M. F., & Andrade, F. B. de. (2019). Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. *Revista De Saúde Pública*, 52(Suppl 2), 17s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000616>
18. Chou YH, Chen YM. Aging and Renal Disease: Old Questions for New Challenges. *Aging Dis.* 2021 Apr 1;12(2):515-528. doi: 10.14336/AD.2020.0703. PMID: 33815880; PMCID:PMC7990354.
19. Amaral, T. L. M., Amaral, C. de A., Vasconcellos, M. T. L. de ., & Monteiro, G. T. R.. (2019). Prevalence and factors associated to chronic kidney disease in older adults. *Revista De Saúde Pública*, 53, 44. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000727>.
20. Collins, A. J., Foley, R. N., Chavers, B., Gilbertson, D., Herzog, C., Ishani, A., et al. (2014). US renal data system 2013 annual data report. *Am. J. Kidney Dis.* 63, A7. doi:10.1053/j.ajkd.2013.11.001
21. Freedman BI, Cohen AH. Hypertension-attributed nephropathy: what's in a name?. *Nat Rev Nephrol.* 2016;12(1):27-36. doi:10.1038/nrneph.2015.172 2.2
22. Bessa JW. L., Brilhante, F. D. F., Borges, G. O., Bessa JL., Kostakis, M. E. G., Sousa, P. D. O., Silva, P. A., Souza, T. S., Fontenelle, V. T. M., Tavares, R. O. M. Arbodagem geral da doença renal crônica e sua relação com a hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v.1, n.1, p. e8904, 2021.
23. Leite, L. P., Cordeiro G. P., Monteiro B. C., Oliveira, P. G. A., Spinetti, P. M., Magalhães, M. E. C., Campana, E. M. G., Brandão, A. A. Hipertensão na doença renal crônica em tratamento conservador. **Rev Bras Hipertens** 2020;Vol.27(4):115-21.

24. Gomes, C. S., Gonçalves, R. P. F., Silva, A. G., Sá, A. C. M. G. N., Alves, F. T. A., Ribeiro, A. L. P., Maslta, D. C. Fatores associados às doenças cardiovasculares na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde , 2019. Rev. bras. Epidemiol. 24 (suppl 2) 10 Dez 2021.

25. Meneghetti Dallacosta, F., DallaCosta, H., & Mitrus, L. (2016). Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão (SIEPE).DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48714>

Tabela 1. Características da amostra segundo o sexo. ELSI-Brasil, 2015-2016.

Variáveis	Total (n=9.412) % (IC95%)	Mulheres(n=5.314) % (IC95%)	Homens (n= 4.098) % (IC95%)	p-Valor
Faixa etária (anos)n				0,004
50-59	47,6 (43,6 -51,7)	45,8 (42,6 -49,0)	49,7 (44,3 -55,1)	
60-69	29,7 (27,9 - 31,5)	29,6 (28,0 -31,4)	29,7 (27,1 -32,4)	
70-79	15,6 (13,8 -17,6)	16,4 (14,8 - 18,1)	14,7 (12,4 - 17,5)	
80 e mais	7,1 (5,9 -8,5)	8,1 (6,8 -9,6)	5,9 (4,6 -7,4)	
Raça/Cor da pele				0,582
Branca	42,7 (37,3-48,3)	42,7 (36,7-48,9)	42,8 (37,3-48,4)	
Preta	9,7 (7,9 - 11,9)	10,3 (7,9 - 13,3)	9 (7,6 - 10,7)	
Parda	44,7 (40,4 - 49,0)	44,2 (39,7 -48,8)	45,2 (40,7 -49,8)	
Outras (amarela/indígena)	2,9 (2,3 -3,7)	2,9 (2,3 - 3,7)	3,0 (2,2 -4,1)	
Escolaridade*				0,010
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	64,3 (61,3 - 67,1)	65,7 (62,7 -68,6)	62,6 (59,1 -66,0)	
Ensino fundamental completo/Ensino médio incompleto	11,9 (10,6 - 13,3)	10,7 (9,4 - 12,1)	13,3 (11,8 -15,0)	
Ensino médio completo/Ensino superior incompleto	17,2 (15,6 -19,0)	16,7 (15,0 -18,5)	17,9 (15,8 - 20,2)	
Superior completo e mais	6,6 (5,6 - 7,7)	6,9 (5,8 -8,2)	6,2 (4,9 -7,7)	
Vive com companheiro				<0,001
Não	36,5 (33,7 - 39,5)	46,5 (43,5 -49,6)	24,8 (22,3 -27,5)	
Sim	63,5 (60,5 -66,3)	53,5 (50,4 -56,5)	75,2 (72,5 -77,7)	
Tabagismo				<0,001
Não	45,6 (43,8 - 47,5)	55,6 (52,6 - 58,5)	33,9 (31,6 -36,4)	
Sim	17,1 (15,6 - 18,6)	14,2 (12,7 - 16,0)	20,4 (18,3 - 22,6)	
Ex-fumante	37,3 (35,4 - 39,3)	30,2 (27,6 - 33,0)	45,7 (43,2 - 48,2)	
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas**				<0,001
Não	89,6 (88,6 - 90,6)	95,1 (94,2 - 95,8)	83,3 (81,6 - 84,8)	
Sim	10,4 (9,4 -11,4)	4,9 (4,2 - 5,8)	16,7 (15,2 - 18,4)	
Autoavaliação de saúde				0,098
Muito boa ou excelente/Boa	43,7 (41,3 -46,2)	43,8 (41,4 - 46,3)	43,6 (40,3 - 46,9)	
Regular	44,6 (42,8 - 46,5)	43,7 (41,6 - 45,8)	45,8 (43,3 - 48,2)	
Ruim/muito ruim	11,6 (10,5 - 12,9)	12,5 (11,2 - 13,8)	10,7 (9,1 -12,4)	
IMC (kg/m²)				<0,001
< 25,0	30,7 (29,2 - 32,2)	28,0 (26,1 - 29,9)	33,9 (31,6 -36,2)	
25,0 -29,9	39,7 (38,3 - 41,0)	36,9 (35,3 - 38,6)	42,8 (41,0 -44,7)	
≥30,0	29,6 (28,3 -31,1)	35,1 (33,1 - 37,2)	23,3 (21,5 - 25,2)	
Hipertensão arterial				<0,001
Não	47,8 (45,9 - 49,7)	44,1 (42,1 - 46,1)	52,2 (50,0 -54,4)	
Sim	52,2 (50,3 -54,1)	55,9 (53,9 - 57,9)	47,8 (45,6 - 50,0)	
Diabetes				0,065
Não	84,2 (82,9 - 85,4)	83,3 (81,5 -85,0)	85,3 (83,7 -86,7)	
Sim	15,8 (14,6 - 17,1)	16,7 (15,0 - 18,5)	14,7 (13,3 -16,3)	

Notas: IC95%: Intervalo de confiança de 95%; IMC: Índice de Massa Corporal.

*Missing para 62 indivíduos.

** Missing 3 indivíduos.

Negrito: $p < 0,05$.

Tabela 2. Fatores associados a prevalência de DRC autorreferida em pessoas com ≥ 50 anos de idade da comunidade na amostra total. ELSI-Brasil, 2015-2016.

Variáveis	RPb (IC95%)	Valor-p	RPaj (IC95%)*	Valor-p
Faixa etária (anos)				
50-59	1,0		1,0	
60-69	1,02 (0,79 - 1,33)	0,861	0,95 (0,72 - 1,25)	0,711
70-79	0,91 (0,64 - 1,30)	0,608	0,79 (0,55-1,13)	0,192
80 e mais	1,48 (1,02 - 2,15)	0,039	1,50 (1,00-2,24)	0,047
Raça/Cor da pele				
Branca	1,0		1,0	
Preta	0,69 (0,41-1,15)	0,154	0,60 (0,36 - 1,00)	0,050
Parda	0,92 (0,70-1,22)	0,565	0,86 (0,66 - 1,14)	0,293
Outras (amarela/indígena)	1,35 (0,70-2,58)	0,365	0,87 (0,46 - 1,62)	0,651
Escolaridade*				
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	2,34 (1,35 - 4,06)	0,003	1,64 (0,91-2,95)	0,101
Ensino fundamental completo/Ensino médio incompleto	1,97 (1,14 - 3,42)	0,016	1,57 (0,88-2,80)	0,124
Ensino médio completo/Ensino superior incompleto	2,03 (1,11 - 3,72)	0,022	1,83 (0,96-3,50)	0,068
Superior completo e mais	1,0		1,0	
Vive com companheiro				
Não	1,0			
Sim	1,0 (0,79 - 1,28)	0,971		
Tabagismo				
Não	1,0			
Sim	1,19 (0,91 - 1,56)	0,208		
Ex-fumante	1,11 (0,84 - 1,46)	0,462		
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas**				
Não	1,0			
Sim	0,76 (0,49 - 1,17)	0,205		
Autoavaliação de saúde				
Muito boa ou excelente/Boa	1,0		1,0	
Regular	2,14 (1,63 - 2,81)	<0,001	1,90 (1,42 - 2,55)	<0,001
Ruim/muito ruim	4,21 (3,24 - 5,47)	<0,001	3,54 (2,63 - 4,76)	<0,001
IMC (kg/m²)				
< 25,0	1,0		1,0	
25,0 -29,9	1,25 (0,97 - 1,60)	0,081	1,18 (0,89 - 1,55)	0,249
$\geq 30,0$	1,33 (0,98 - 1,79)	0,064	1,17 (0,86 - 1,59)	0,325
Hipertensão arterial				
Não			1,0	
Sim	2,02 (1,60 - 2,57)	<0,001	1,77 (1,38 - 2,27)	<0,001
Diabetes				
Não	1,0		1,0	
Sim	1,73 (1,26 - 2,38)	0,001	1,35 (0,99 - 1,85)	0,056

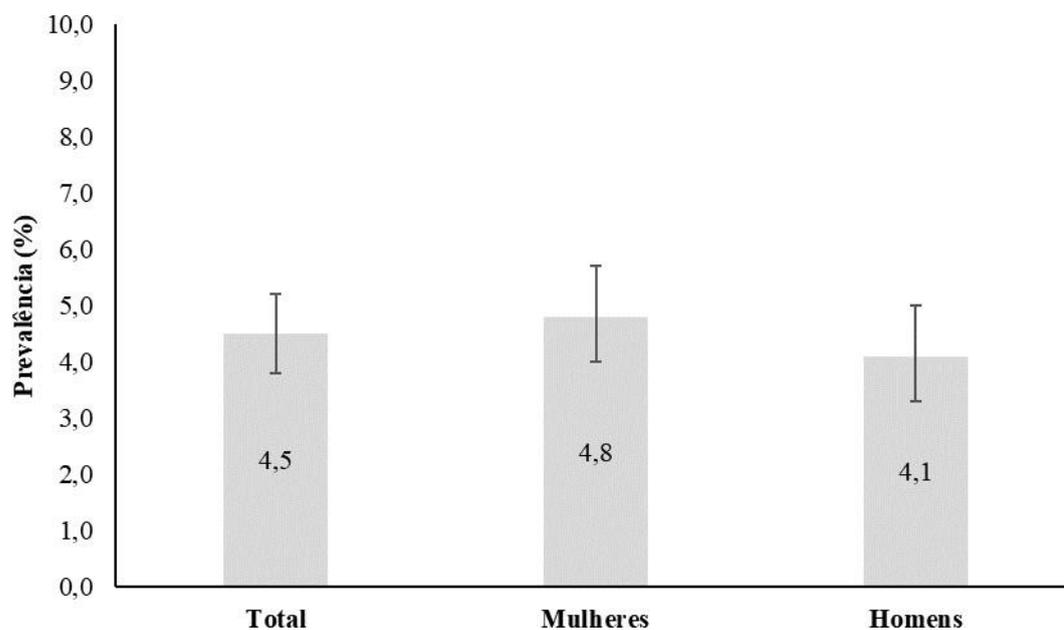
Notas: IC95%: Intervalo de confiança de 95%; IMC: Índice de Massa Corporal; RPaj: Razão de Prevalência ajustada; RPb: Razão de Prevalência Bruta.

*Missing para 62 indivíduos.

** Missing 3 indivíduos.

*** Modelo de ajuste: faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, autoavaliação de saúde, IMC (kg/m²), hipertensão e diabetes. Negrito: $p < 0,05$.

Figura 1. Prevalência de Doença Renal Crônica (DRC) na amostra total e segundo o sexo.ELSI-Brasil, 2015-2016.



Notas: diferença entre os sexos: $p=0,156$.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA 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.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e 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 em 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 (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), 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", 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.

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.

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

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

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 (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. 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-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

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

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID id.

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. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

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

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

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

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

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

4. 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 Portaria N^o 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.*

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

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."

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

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



4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

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

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.

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