

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM
SAÚDE SOB A PRESPECTIVA DA ENFERMAGEM**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Camila de Brum Scalcon

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM SAÚDE SOB A
PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

Elaborado por

Camila de Brum Scalcon

Orientado por

Prof^a. Dr^a. Sheila Kocourek

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase
Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica

Comissão Examinadora:

Dra. Teresinha Heck
Weiller
(UFSM)-Presidente

Esp. Luciana Denize
Molino da Rocha
(SMS)

Esp. Ana Paula Seerig
(SMS)

Santa Maria, 18 de março de 2014.

RESUMO

Este estudo pertence a um projeto guarda chuva que teve por objetivo geral analisar como vem ocorrendo o processo de promoção da saúde entre as mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), de um município no interior do Rio Grande do Sul. Este projeto tem interface com a Política de Assistência Social. Os dados foram processados e analisados no Excel® 2007 e no *software Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS). Apresentam o perfil sociodemográfico e identificam as condições e modos de vida dos sujeitos da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa exploratória. A amostra foi de 40 mulheres, com média de idade de 35,55 ($\pm 8,89$) anos. Do total de beneficiárias, 62,5% é branca, 55% são casadas/com companheiro, 80% delas trabalha e 20% possuem ensino fundamental incompleto. Observa-se ainda que 45% tem alguma atividade que gera renda e esta renda é de até um salário mínimo. Em 47% as casas eram de alvenaria, com 4 a 5 cômodos (57,5%), energia elétrica (95%), água encanada (97,5%), saneamento (57,5%) e lixo coletado (97,5%). Os achados deste estudo vão ao encontro do que aponta a bibliografia sobre o tema e exigem novas investigações acerca da população beneficiária do PBF que como principal característica apresenta baixa renda e conseqüentemente pouco acesso a atividades de promoção da saúde como as ofertadas por meio deste projeto.

PALAVRAS-CHAVE: Bolsa Família; Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família; Equipe Multiprofissional; Enfermagem.

ABSTRACT

This study belongs to a rain umbrella project which had the overall objective to analyze how the process has been occurring for health promotion among women beneficiaries of the Bolsa Família Program (BFP) , a municipality in Rio Grande do Sul This project has interface with the Social Welfare Policy . Data were processed and analyzed in Excel ® 2007 and the Statistical Package for the Social Sciences 15.0 (SPSS) . Present the sociodemographic profile and identify the conditions and ways of life of the subjects . This is an exploratory research . The sample consisted of 40 women with a mean age of 35.55 (± 8.89) years. Of the total beneficiaries , 62.5 % are white , 55 % are married / living with a partner , 80 % were working and 20 % had not completed primary education . It was also observed that 45 % have some activity that generates income and this income is up to minimum wage . In 47 % of the houses were brick with 4-5 rooms (57.5 %) , electricity (95 %) , tap water (97.5 %) , sanitation (57.5 %) and garbage collected (97 , 5%). The findings of this study corroborate the pointing bibliography on the subject , and require new studies on the beneficiary population GMP main characteristic that has low income and therefore poor access to health promotion activities such as those offered through this project

KEY WORDS: Bolsa Família, Health Promotion, Family Health Strategy; Multidisciplinary Team; Nursing.

INTRODUÇÃO

A proposta político pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, em específico, a Área de Concentração Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família atrela a atuação dos núcleos especializados da saúde aos núcleos que compõem a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família. Com esta proposta, o programa articula profissionais e atua como facilitador para o desenvolvimento de ações no campo da saúde¹.

Mais que fundamental, a intersecção entre os diversos saberes e conhecimentos possibilita a efetivação de um dos princípios do Sistema Único de Saúde: a integralidade.

Tão debatido quanto complexo, esse princípio deixa lacunas infundáveis quanto à conceituação e interpretação no campo da saúde. Além de criar o chamado “vácuo normativo”² que dentre outras dificuldades, traz em sua essência a “judicialização da saúde”, outro tema que gera inúmeras discussões do Sistema Público de Saúde brasileiro; o princípio da integralidade abarca a atuação dos núcleos profissionais com pouca ou nenhuma delimitação no campo da saúde, sem; no entanto, perder a subjetividade de cada profissão.

Fundamentado na conceituação do atendimento integral às necessidades de saúde, desenhadas a partir das demandas da população que exigem diferentes respostas do SUS², a integralidade exige a criação e conformação do Sistema em Redes de Atenção.

Nesse contexto, o Programa de Residência insere profissionais na rede de atenção à saúde municipal e proporciona a articulação e integração das instituições, dentre as quais Ensino e Serviço, representadas, respectivamente pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Secretaria Municipal de Saúde com as Estratégias Saúde da Família (ESF).

O cenário de implementação das ações propostas foram duas ESF, localizadas na região oeste e centro-oeste do município em estudo, caracterizadas pela vulnerabilidade social acentuada e baixa oferta de ações de promoção da saúde. O núcleo de enfermagem, atuante

em uma das ESF propõe, articulado às propostas de atividades no campo da saúde, a concretização de grupos educativos e de convivência que afirmam a promoção da saúde como essencial para a mudança do paradigma predominante na saúde - a visão cartesiana que vai de encontro ao princípio aqui discutido e ao encontro da proposta de reorientação das práticas nos serviços de saúde, cerne do Programa de Residência e da política da ESF.

No município do estudo, a cobertura da área por ESF é inferior a 20%. São quatorze as unidades básicas de saúde que contam com a atuação de uma equipe de saúde da família. Dessas, duas suportam equipes duplas totalizando o número de dezesseis ESF³.

A precariedade da rede de serviços, baseada na Atenção Básica, conforme preconiza o Ministério da Saúde⁴, até o momento de realização deste estudo, inviabilizou a estruturação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) no município.

A ESF onde atuou o núcleo da enfermagem abrange seis micro áreas com o número total de pessoas cadastradas, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 26 de novembro de 2012, de 4.351 pessoas. Ainda de acordo com o SIAB, dois dos seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) superaram o previsto em portaria ministerial⁵ que é de 750 pessoas cadastradas por micro área, ou 150 famílias.

Neste contexto das práticas em saúde, a vulnerabilidade social encontrada nos territórios, mesmo naqueles com cobertura por ESF é acentuada e exige ações imediatas que minimizem os efeitos da pobreza e da desigualdade social e promovam saúde nessa população.

Um das maneiras encontradas pelo Governo de reduzir o abismo social existente são os Programas de Transferência de Renda. Um exemplo é o Bolsa Família (PBF) que desde 2004 beneficia a população em situação de pobreza extrema e baixa renda.

O recorte populacional desta pesquisa considerou tal situação social e optou pelas mulheres beneficiadas pelo PBF por serem as destinatárias da renda transferida.

Imbricada a esta proposta, as ações de promoção da saúde articuladas pela Residência Multiprofissional impactam na qualidade de vida dos sujeitos desta pesquisa e oferecem subsídios para que as mesmas desenvolvam autonomia e se reconheçam enquanto produtoras de saúde e doença.

Atividades como essas, desenvolvidas pelo Programa, que incluam a promoção da saúde como foco para a atuação dos profissionais desse setor em parceria com os demais setores da administração pública, empresas e organizações não governamentais que tenham o objetivo de induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais favorecem a redução de doenças, como as crônicas, consideradas um grave problema na saúde pública brasileira e mundial⁶.

Nesse contexto, as ações de enfermagem priorizaram atividades educativas e promotoras de autonomia entre as mulheres beneficiadas pelo PBF em articulação com os núcleos profissionais envolvidos no estudo, os quais psicologia, educação física e nutrição. A intersectorialidade conformou-se com a participação dos serviços municipais, como as Secretarias de Saúde e de Assistência Social; a interinstitucionalidade com as Universidades Franciscana e Federal de Santa Maria.

Este estudo integra o projeto guarda-chuva denominado “Promoção da Saúde em Estratégias de Saúde da Família: Limites e Possibilidades Para o Trabalho em Saúde” que teve como objetivo geral analisar como vem ocorrendo o processo de promoção da saúde entre as mulheres beneficiárias do PBF, referenciadas em duas ESF das regiões centro-oeste e oeste de um município do interior do RS, a fim de impactar na qualidade de vida dos sujeitos deste estudo. Como objetivos específicos: identificar as condições e modos de vida das mulheres beneficiárias do PBF; avaliar a segurança alimentar e nutricional entre as mulheres beneficiárias do PBF; avaliar a prevalência de DCNT entre as mulheres beneficiárias do PBF; identificar quais ações de promoção à saúde elas entendem como necessárias para a produção

de qualidade de vida e; realizar ações de intervenção no pressuposto da clínica ampliada objetivando melhorias na qualidade de vida das mulheres beneficiárias do PBF.

Foram realizadas atividades de Promoção da Saúde, tais como encontros, passeios e grupos que serão relatadas em outro estudo.

O presente estudo prioriza a apresentação do perfil sociodemográfico e a identificação das condições e modos de vida dos sujeitos da pesquisa.

MÉTODOS

Como procedimento metodológico adotado, em função dos objetivos, foi concebido como uma pesquisa exploratória. As pesquisas exploratórias⁷ são desenvolvidas com objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres usuárias dos serviços de saúde pertencentes às áreas de abrangência das ESF do estudo, beneficiárias do PBF, com idades entre 22 e 54 anos num total de 40 participantes.

Crítérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram mulheres beneficiárias do PBF, adscritas às ESF do estudo, com mais de 18 anos de idade e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

Local do Estudo

O estudo foi realizado em duas ESF de um município no interior do Rio Grande do Sul (RS).

A escolha por estas ESF deve-se ao fato de serem as unidades de referência dos pesquisadores, os quais são residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada

em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Área de Concentração Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.

Para a realização deste estudo foi utilizado um instrumento de coleta de dados constituindo um formulário (APÊNDICE I). Os dados a seguir apresentados foram analisados e discutidos quantitativamente de tal forma que apresentam as características sociodemográficas, bem como as condições e modos de vida das mulheres beneficiárias do PBF.

A escolha dos sujeitos da pesquisa aconteceu por meio de sorteio tendo como base a Avaliação realizada semestralmente conforme protocolo da Secretaria de Assistencial Social do município. Cada usuária sorteada foi convidada individualmente a participar do estudo. A pesquisa foi apresentada, bem como seus objetivos e as avaliações a serem realizadas de forma clara e sucinta sem oferecer qualquer tipo de prejuízo à participante que concordou com a proposta.

As entrevistas e avaliações foram realizadas nas ESF em estudo e no Centro de Referência da Assistência Social da Região Oeste do município (CRAS-Oeste).

Análise Temática

Os dados foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o *software Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS).

Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado de maneira a respeitar as normas de Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸, tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos.

O número de protocolo do projeto aprovado no Comitê de Ética é CAAE: 19349113.0.0000.5346

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por 40 mulheres, com média de idade de 35,55 ($\pm 8,89$) anos. A idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 54 anos.

Do total de beneficiárias, 82,5% (n=33) recebem o benefício há mais de três anos.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas entre os participantes da pesquisa.

Variáveis	Frequência	Percentual
Cor		
Branca	25	62,5%
Não branca	15	37,5%
Estado Civil		
Casada/com companheiro	22	55%
Não Casada/sem companheiro	18	45%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	22	55%
Ensino Médio Completo	4	10%
Não sabe ler/escrever	5	12,5%
Ensino Fundamental Completo	9	22,5%
Doença		
Não	29	72,5%
Sim	11	27,5%
Atividade física		
Não	26	65%
Sim	14	35%
Bebidas alcóolicas		
Às vezes	9	22,5%
Não usa	31	77,5%

A partir dos resultados apresentados na Tabela 1, pode-se afirmar que a maioria das mulheres, 62,5% (n=25) é da cor branca, 55% (n=22) são casadas/com companheiro e 55% (n=22) possuem ensino fundamental incompleto. Das entrevistadas, 11 (27,5%) relataram ter algum tipo de doença. Das 40 participantes, 14 (35,0%) disseram praticar algum tipo de atividade física. Em 77,5% (n=31) dos casos, as entrevistadas referiram não utilizar bebida alcóolica. Semelhantes a este achado são os dados revelados por outro estudo⁹ realizado com

beneficiários do PBF onde a média de idade foi de 36,4 (\pm 13,3 anos), com cerca de 75% possuindo ensino fundamental incompleto e 35,1% da amostra eram casados.

Tabela 2: Análise das questões referente aos filhos das mulheres entrevistadas

Variáveis	Frequência	Percentual
Nº de filhos		
<2	16	40%
2 a 4	12	30%
>4	12	30%
Deficiência		
Não	38	95,0%
Sim	2	5,0%
Quantos moradores		
<3	11	27,5%
3 a 5	17	42,5%
>5	12	30,0%
Número de trabalhadores		
\leq 1	29	72,5%
>2	11	27,5%
Atividade que gera renda		
Não	22	55%
Sim	18	45%
Renda		
1	30	75,0%
2	10	25,0%

Avaliando os resultados da Tabela 2, verifica-se que a maioria, 40% (n=16) tem menos de dois filhos, no entanto o percentual de mulheres com mais de quatro filhos é de 30%, considerado alto para a amostra deste estudo.

Em relação aos moradores da casa, nota-se que a maior parte delas mora com 3 a 5 pessoas. Quando se avalia o número de trabalhadores, verifica-se que em 72,5% (n=29) existe uma ou nenhuma pessoa que desenvolve atividades fora da residência.

Observa-se ainda que 18 (45%) tem alguma atividade que gera renda e esta renda é prevalente na faixa 1 (um salário mínimo), que corresponde a 30% das entrevistadas. Ainda, 25% (n=10) dos sujeitos da pesquisa tem renda entre dois e três salários mínimos.

A renda familiar média encontrada em outra pesquisa¹⁰ foi de R\$ 282,02 (+ 254,14), sendo o valor médio do benefício de R\$ 132,66 (+ 35,95). O valor médio para renda familiar

quando somados a remuneração e o benefício foi de R\$ 412,55 (+ 255,48), ou seja, o recurso transferido pelo PBF representou um aumento de 40% na renda dessas famílias. Sobre o uso do benefício, a maioria das famílias relatou que utilizava o recurso para a aquisição de alimentos (92,6%), roupas (59,3%), gás (32,3%) e remédios (23,5%).

Os dados evidenciam que a ocupação mais citada do chefe de família é a de pedreiro. Donas de casa constituíram 27,5% (n=11) da amostra enquanto que pedreiros foram de 32,5% (n=13). Outras atividades mencionadas foram 27,5% (n=11) são trabalhadores de serviços gerais, 5% (n=2) são desempregados e 20% (n=8) desenvolvem outros tipos de trabalho, dentre os quais, reciclador e gari. A realidade apontada pela maioria das entrevistadas difere da evidenciada em outro estudo⁹ que aponta que a função de dona de casa foi a prevalente, onde 55% afirmaram exercer esta função.

Um fato observado durante o estudo e que merece destaque é as mulheres não se consideram chefes de família. Esta forma de organização, onde o homem ocupa o “papel central”, ou seja, o de provedor na família é historicamente conhecido e é característica da sociedade patriarcal. A priorização da mulher enquanto mantenedora do lar no que se refere ao cuidado com as crianças e as tarefas domésticas, mesmo que destinatária da renda proveniente do PBF, em seu imaginário não a faz exercer o papel de chefe de família.

Tabela 3: Análise do tipo de moradia das entrevistadas.

Variáveis	Frequência	Percentual
Tipo de casa		
Alvenaria	19	47,5%
Madeira	15	37,5%
Mista	6	15%
Nº de cômodos		
Ate 3	8	20,0%
4 ou 5	23	57,5%
Mais de 5	9	22,5%
Energia		
Não	2	5%
Sim	38	95%
Água encanada		
Não	1	2,5%
Sim	39	97,5%
Saneamento encanado		
Não	17	42,5%
Sim	23	57,5%
Lixo coletado		
Não	1	2,5%
Sim	39	97,5%

Na Tabela 3 os dados apontam que 47% (n=19) das casas das entrevistadas eram de alvenaria, com quatro a cinco cômodos (57,5%, n=23), energia elétrica (95%, n=38), água encanada (97,5%, n=39), saneamento (57,5%, n=23) e lixo coletado (97,5%, n=39).

A média de número de quartos foi de 1,93 (0,88), com no mínimo zero e máximo de quatro, sendo que a maioria das pessoas (57,5%, n=23) citou que sua casa tem dois quartos e duas pessoas citaram que sua casa não tem quartos.

Tal resultado vai ao encontro do que mostra o estudo¹⁰ que evidenciou que a grande maioria das famílias habitava em casa própria, feita de alvenaria, mas sem revestimento de piso e com média de quatro cômodos, onde viviam mais do que quatro pessoas em média. Quase todas as casas possuíam água encanada, mais de 60% eram provenientes de poço e as famílias não realizavam nenhum tratamento na água antes do consumo. Com relação ao destino dos dejetos, quase 100% da população contava com coleta pública de lixo e mais de 60% fazia uso de fossa séptica.

Para essa parcela da população com rendimento monetário inferior a um salário mínimo e com escasso ou ausente acesso a atividades de lazer e eventos culturais, a ESF tem fundamental importância quando se considera a oferta de ações de promoção da saúde, tais quais as ofertadas por meio deste projeto de intervenção - a exemplo, a realização de passeios e grupos que oferecem atividades físicas as quais foram relatados em outros trabalhos.

Para que isso se efetive, a atuação intersetorial, atrelada à proposta desta pesquisa e do Programa de Residência, é necessária para que a ESF não se restrinja a oferta de serviços básicos e imediatos e contemple além dos aspectos biológicos incidindo sobre os determinantes do processo saúde-enfermidade¹¹ e promova a saúde.

Neste cenário social, o enfermeiro que assume a função de gerenciamento¹² e é ponto de referência¹³ das unidades de saúde deve priorizar e incentivar esses eventos. As práticas adotadas precisam ser inovadoras e criativas, a partir de ações que vão além da utilização de cartazes que atingem a população de forma generalizada e que considerem as especificidades da população adscrita possibilitando a ampliação da rede de interações na comunidade¹³.

CONCLUSÕES

A partir dos dados acima apresentados e discutidos, pode-se afirmar que iniciativas como a deste projeto guarda chuva são fundamentais para que se amplie o escopo de ações ofertadas pelos serviços de saúde. Considera-se que ao ampliar as atividades de forma que incluam outros serviços e setores da sociedade efetivando a atuação intersetorial tão desejada e teorizada no campo da saúde, o princípio da integralidade é alcançado.

Conforme evidenciado com esta pesquisa, a população que apresenta em sua maioria renda máxima de um salário mínimo e vive em condições precárias com baixo ou inexistente acesso a atividades culturais e de lazer, a ESF assume a importante função de articuladora e integradora dessas pessoas à comunidade. Dentre os profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde tem-se o enfermeiro com a função de gerência e de articulação de ações de promoção da saúde.

Ainda que alguns dados tenham sido pouco investigados durante a realização da pesquisa, pode-se abrir caminhos para que esta parcela da população seja identificada quanto as suas necessidades e aspirações e seja reconhecida como integrante da sociedade que precisa ser atingida pelas ações propostas pelo SUS.

Outro dado que merece destaque em futuras investigações é o comparativo de renda e o aumento que o benefício traz quando se trata de qualidade de vida e acesso a bens de consumo. Além disso, a identificação de que as mulheres não se consideram chefes de família merece ressalva em pesquisas futuras, pois permite aprimorar o conhecimento acerca da realidade vivida por essas famílias e de que forma o programa pode promover a autonomia das beneficiárias.

Considera-se neste cenário social que o enfermeiro assume importante função de articulador nas unidades de saúde e deve priorizar e incentivar esses eventos, além de atuar de

forma intercisciplinar é necessário que também integre os demais setores da sociedade que estão direta ou indiretamente relacionados à saúde e, portanto, à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regimento Interno Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/UFSM 2012. *Disponível em:* <http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Arquivos/Leis/REGIMENTO-6nov.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014.
2. SILVA, Fernandes da Silva (org.). Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, S.P.:IDISA:CONASEMS, 2008.
3. Prefeitura municipal de Santa Maria. *Disponível em:* <https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>. Acesso em: 27 de fev. 2014.
4. BRASIL, Ministério da Saúde PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/decretos.html>
5. BRASIL, Ministério da Saúde PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
6. SUS 2005. Portal saúde. *Disponível em:* http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&jjanel=1. Acesso em: 7 de fev. 2014.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
8. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. *Disponível em:* <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2014
9. Lima FEL et al. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 198-20
10. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Estudos avançados* 27 (78), 2013
11. Giovanella, L et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev C S Col* 2009; 10(2):275-86.
12. Freitas MCMC, Nunes BMVT. Processo de Trabalho do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI* 2010; 3(3):39-43
13. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm* 2011; 16(3):498-504

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. INSTRUMENTO Nº ___ DATA DA COLETA: _____ UR: _____
2. Data de nascimento: _____ Idade: _____
 - a. Cor atribuída: _____
 - b. 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena
 - c. Estado civil: () Solteiro () Casado/companheiro
() Separado/divorciado () Viúvo
3. Possui filhos? () Sim () Não
Quantos? _____ Idades: _____
Alguns deles possuem alguma deficiência? () Sim () Não
Qual deficiência? _____
4. Ocupação do(a) chefe da família: _____
 - a. Quantos moradores: _____
 - b. Quantas pessoas trabalham em sua casa: _____
5. Grau de Escolaridade:
 - a. () Não sabe ler/escrever () Alfabetizado (indivíduo lê e escreve pelo menos um bilhete)
 - b. () ensino fundamental () completo () incompleto
 - c. () ensino médio () completo () incompleto
 - d. () curso técnico () completo () incompleto
 - e. () curso superior () completo () incompleto
6. Tipo de casa: () madeira () mista () alvenaria () outro
7. Número de cômodos: _____
7.1 Número de quartos em sua casa: _____
8. Possui energia elétrica: () Sim () Não
9. Abastecimento de água de sua casa: () água encanada () água de poço
() nascente
10. Saneamento: () encanamento () fossa () céu aberto
11. Destino do lixo: () coletado () queimado () céu aberto
12. Desenvolve atividades extras que geram renda? _____

13. Qual aproximadamente o valor de sua renda familiar (bruta), de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa:

- a. 0-1 Salários Mínimos
- b. 1-2 Salários
- c. 2-3 Salários
- d. Mais de 3 Salários Mínimos

14. Vou listar algumas doenças ou problemas de saúde, me diga, por favor, se tem ou não:

Doenças	1 sim	2 não
Doença respiratória/ asma		
Dores no corpo		
Pressão alta		
Deficiência física		
Diabetes		
Depressão		
Hepatite		
Doença cardíaca		
Doença mental		
Nos dentes		
Dependência química/ álcool		

15. Vou listar alguns produtos, me diga, por favor, se usa ou consome algum deles:

Produtos	1. Todos os dias	2. De vez em quando	3. Não usa
Medicamentos:			
Bebidas alcoólicas			
Cigarro			
Pratica ativ. Física			

Cigarro: Quantos ao dia? Há quanto tempo consome?

16. Saúde para você é: ter medico espaço de lazer escola renda moradia
 amigos família religião medicamento

17. No último mês você procurou atendimento em saúde? Sim Não

18. Em que lugar buscou este atendimento? PA/UPA ESF UBS

19. Buscou o quê?

20. Conseguiu? Sim Não

21. Recebeu os medicamentos necessários? () Sim () Não
22. Promoção de saúde pra você é: () visitas domiciliares () mais profissionais () bom atendimento de saúde () escola. Outros _____
22. Você sabe o que a ESF está fazendo para melhorar a sua saúde? () Sim () Não. Se sim, em que: () campanhas () mais profissionais () grupos de saúde () atendimentos
23. O que você acha que a ESF poderia oferecer para promover a saúde da população: () mais campanhas () medicamentos () profissionais () grupos de saúde
24. Na sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas na ESF?
 () Falta de profissionais () Falta de preparo dos profissionais () Falta de medicamentos
 () Reduzido número de fichas () Tempo prolongado de espera
25. Como você considera seu estado geral de saúde: () muito bom () bom () ruim () está melhorando () está piorando
26. O que te deixa feliz? () filhos () trabalho () ter renda () amigos () saúde
 Outro _____
27. O que você faz para se divertir? () assiste à televisão () faz trabalhos artesanais
 () pratica exercícios () faz passeios () desenvolve o trabalho doméstico
 () ouve música () utiliza o computador/notebook
28. Recebe Bolsa Família? () Sim () Não
- a. Tempo de Recebimento do Benefício:
 () 01 - 03 anos
 () 04 - 07 anos
29. Avaliação:
 Peso_____ Estatura_____ IMC_____ CC_____ CQ_____ Risco_____ CB_____
- Classificação: _____
28. Questionário de Segurança Alimentar:

ATENÇÃO ENTREVISTADORA (O) ESTE MÓDULO DEVE SER RESPONDIDO POR PESSOA ADULTA, RESPONSÁVEL OU COM CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES ALIMENTARES NO DOMICÍLIO

Em todos os quesitos, você deve se referir aos ÚLTIMOS 3 MESES para orientar a resposta da (o) entrevistada (o).

Agora vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que você responda a todas elas.

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS
-----	---------------------	----------------------

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS
1	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/3) Não sabe.....98 (Pule p/3)
2	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98
3	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?	Sim.....01 Não02 (Pule p/5) Não sabe.....98 (Pule p/5)
4	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98
5	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	Sim.....01 Não02 (Pule p/7) Não sabe.....98 (Pule p/7)
6	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98

OS QUESITOS 7 E 8 DEVEM SER PERGUNTADOS SOMENTE EM DOMICÍLIOS COM MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E OU ADOLESCENTES)

7	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?	Sim.....01 Não02 (Pule p/9) Não sabe.....98 (Pule p/9)
8	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98

CASO A(O) ENTREVISTADA(O) TENHA RESPONDIDO “NÃO” OU “NÃO SABE” EM TODOS OS QUESITOS 1, 3, 5 E 7 ENCERRE O MÓDULO. CASO CONTRÁRIO (QUALQUER UM DOS QUESITOS RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE), SIGA PARA O QUESITO 9.*

9**	NOS ÚLTIMOS 3 MESES, VOCÊ OU ALGUM adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/11) Não sabe.....98 (Pule p/11)
10	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98

11	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/15) Não sabe.....98 (Pule p/15)
12	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
13	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?	Sim.....01 Não02 (Pule p/17) Não sabe.....98 (Pule p/17)
14	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
15	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/19) Não sabe.....98 (Pule p/19)
16	A QUANTIDADE DE PESO QUE PERDEU FOI: (RESPOSTA ESTIMULADA)	Pequena.....01 Média.....02 Muita.....03 Não sabe98
17	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/21) Não sabe.....98 (Pule p/21)
18	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98

OS QUESITOS ABAIXO DEVEM SER PERGUNTADOS APENAS EM DOMÍCIOS que tem MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES), SE NAO HOUVER MENORES DE 18 ANOS ENCERRE O MÓDULO

19	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?	Sim.....01 Não02 (Pule p/23) Não sabe.....98 (Pule p/23)
----	--	--

20	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
21	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/25) Não sabe.....98 (Pule p/25)
22	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
23	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/27) Não sabe.....98 (Pule p/27)
24	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
25	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/29) Não sabe.....98 (Pule p/29)
26	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
27	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?	Sim.....01 Não02 (Pule p/31) Não sabe.....98 (Pule p/31)
28	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
29	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?	Sim.....01 Não02 Não sabe.....98
30	Com que frequência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98

Escala com 15 perguntas e suas 15 respectivas freqüências quando a resposta ao item é afirmativa.

São 8 perguntas exclusivamente relativas aos adultos da família

São 7 perguntas exclusivamente relativas aos menores de 18 anos da família

Quando existem menores de 18 anos na família todas as 15 perguntas são feitas ao entrevistados

**O questionário tem a opção de trabalhar com um esquema de filtro para interromper a entrevista quando as famílias tem pequena possibilidade de conviver com insegurança alimentar. Neste caso quando respondem negativamente a todas as perguntas 1, 3, 5 e 7 (esta última feita para incluir no filtro famílias com menores de 18 anos), interrompe-se as entrevistas.*

*** Na EBIA aplicada pelo IBGE em 2004, a pergunta 9 foi desdobrada em duas. Uma pergunta ficou com Diminuiu a comida nas refeições. Outra Pulou refeições. Se for feito isso, na análise é necessário juntar as perguntas novamente para ficar com 15 perguntas de novo. Nesse caso basta responder uma das perguntas positivamente para que a pergunta nove seja com resposta positiva.*

ANEXO I – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 versão impressa

ISSN 1678-4561 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivo e política editorial
- Seções da publicação
- Apresentação de manuscritos

Objetivo e política editorial

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 bimestral, 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.

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: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

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.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. 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).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. 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 da Revista.
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 resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. 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.

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) 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. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

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

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de "maturidade do PSF" 11 ...
ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
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.icmje.org>).
 4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

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

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de et al. se exceder a esse número)

Pelegriani MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev C S Col 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, et al. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Rev C S Col 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saúde Pública 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: 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. 581-2.

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

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.

Cronemberg 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.