

Modalidade do manuscrito: Artigo original

Título: Mortalidade precoce por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Índice de Vulnerabilidade Social entre os municípios do Amazonas no período de 2009-2011.

Título Resumido: Mortalidade por DCNT e vulnerabilidade no Amazonas.

Autores: Camila Costa Salles¹ e Tiótréfis Gomes Fernandes²

¹Discente do curso de Fisioterapia na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), e aluna do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Contato: camsalles@live.com

²Doscente do curso de Fisioterapia na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Contato: tiotrefis@hotmail.com

Autor correspondente

Tiótréfis G. Fernandes

Rua Brig. João Camarão, 305, Dom Pedro, Manaus-AM

CEP: 69077-780

Telefone: (92) 982669110

Email: tiotrefis@hotmail.com

Conflito de Interesses

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), via edital 008/2015 PIBIC-UFAM com bolsa de PIBIC.

Os autores declararam que não existe conflito de interesses.

Resumo

Objetivo: verificar a correlação entre as taxas de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e seus subíndices nos municípios do Amazonas no período 2009-2011. Métodos: estudo ecológico exploratório com uso de taxas de mortalidade precoce por DCNT corrigidas por causas mal-definidas e ajustadas por idade, no período de 2009-2011, e o IVS e seus subíndices para os municípios do Amazonas em 2010. Foi usado coeficiente de correlação de Pearson. Resultados: o IVS 2010 não apresentou correlação com as taxas de mortalidade apresentadas. O IVS Capital Humano mostrou correlação negativa com todas as taxas de mortalidade e correlação moderada com a mortalidade por Diabetes *Mellitus*. Os outros subíndices do IVS apresentaram correlação positiva e fraca. Conclusões: o IVS mostrou ser um índice com pouca correlação com taxas de mortalidade por DCNT, sendo importante testar outros índices para a mensuração de iniquidade social.

Palavras-chave: Doença Crônica; Doenças Cardiovasculares; Neoplasias; Diabetes *Mellitus*; Iniquidade Social.

Resumen

Objetivo: Investigar la correlación entre las tasas de mortalidad precoz de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y el Índice de Vulnerabilidad Social (IVS) y sus subíndices en los municipios de Amazonas en el período 2009-2011. coeficiente de un estudio ecológico exploratorio con el uso de las tasas de mortalidad precoz de las enfermedades no transmisibles corregidos por causas mal definidas y ajustadas por edad, el período de 2009-2011, y el IVS y sus subíndices para los municipios de Amazonas en 2010. Fue utilizado métodos: de correlación de Pearson. Resultados: IVS 2010 no mostró correlación con las tasas de mortalidad presentados. El capital humano IVS mostró una correlación negativa con la mortalidad y la correlación moderada con la mortalidad por diabetes mellitus. Los otros subíndices de los IVS mostraron correlación positiva y débil. Conclusiones: IVS demostraron ser un índice con poca correlación con la mortalidad por enfermedades no transmisibles, es importante probar otros índices para medir la desigualdad social.

Palabras clave: Enfermedades Crónicas; Las enfermedades cardiovasculares; neoplasias; La diabetes mellitus; La desigualdad social.

Abstract

Objective: to verify the correlation between non-communicable diseases (NCDs) early mortality rates and Social Vulnerability Index (SVI) trends for 2009-2011 in the cities of the State of Amazonas. Methods: an exploratory ecological study using the NCDs mortality rates corrected by ill-defined causes and adjusted by age, during 2009-2011, and the 2010 SVI and its subletter for the cities of Amazonas. Pearson correlation coefficient was used. Results: there was no correlation between the 2010 SVI and NCDs mortality rates. The correlation between To Human Capital SVI and NCDs mortality rates was negative, and there was moderate correlation with Diabetes Mellitus mortality rates. The other two SVI subletter have presented positive and low correlation with the mortality rates. Conclusion: the SVI seems to have a low correlation with the NCDs mortality rates, and it is important to test others indicators to measure social inequity.

Key words: Chronic Disease; Cardiovascular Diseases; Neoplasms; Diabetes Mellitus; Social Inequity.

Introdução

As formas de organização das sociedades a partir da segunda metade do século XX têm determinado mudanças nos modos de vida das populações, resultando em aumento da desigualdade social, da violência, do desemprego, da precarização do trabalho, dentre outros. O termo Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) refere-se a um grupo de entidades nosológicas nas quais o processo causal não está baseado em mecanismos de transmissão de agentes etiológicos, mas dependem de uma rede causal constituída pela interação de diversos fatores de natureza biológica, social, etc.¹ As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem um subgrupo composto por entidades que se caracterizam por multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades.¹ Incluem-se nesse rol as doenças do aparelho circulatório, os vários tipos de câncer, as doenças do aparelho respiratório, *diabetes mellitus*, os transtornos mentais, a violência e os acidentes. São doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde.²

Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco.^{3,6} A epidemia de DCNT afeta mais as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso^{4,16}, levando a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde.³ Também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da

redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, além dos custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.⁴ Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.⁵

As DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.¹² Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes.² Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período.¹²

Em setembro de 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um Plano de Ação para a prevenção e controle das DCNT, em que o monitoramento era preconizado na população com faixa etária compreendida entre 30-69 anos de idade (o que caracteriza a mortalidade precoce/prematura). Assim, a morte evitável pode derivar, em algum grau, de indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, que, por sua vez, podem acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção.^{7,8,13}

A partir da recomendação da OMS, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Enfrentamento de DCNT (2011-2022), cujo objetivo é o de promover o desenvolvimento e a

implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas, abordando os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes), estabelecendo meta de redução da mortalidade prematura por DCNT em 2% ao ano.¹³

O Amazonas é o sétimo Estado mais rico do Brasil, entretanto apresenta desigualdades intrarregionais intensas. Cerca de 52% da população do Estado concentra-se na capital, Manaus, que é responsável por 87% da produção interna bruta.¹³ Os municípios amazonenses apresentam padrões de morbimortalidade diferentes, apesar das doenças do aparelho circulatório e demais DCNT serem a principal causa em todo o Estado, sua magnitude tende a ser diferente, de acordo com o porte populacional.¹⁴

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é uma metodologia do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil. É um índice sintético que procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários. Complementar ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), fornece outras perspectivas para compreender a realidade social do país.²³

Neste sentido, há necessidade de conhecimento dos padrões da mortalidade por doenças crônicas com ênfase na desigualdade social no estado do Amazonas, considerando o número limitado de estudos específicos nesta temática; bem como necessidade de estudos sobre desigualdade em saúde e mapeamento da exclusão social no estado.

Este trabalho tem como objetivo verificar a relação entre a vulnerabilidade social e mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis os municípios do Estado do Amazonas no período de 2009-2011.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico exploratório a partir das taxas de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dos 62 municípios do Estado do Amazonas e seus índices de vulnerabilidade social.

Os estudos ecológicos apresentam como vantagem, a possibilidade de utilização de dados secundários, além do fato que existem eventos que só podem ser explicados dentro de um nível que definam a realidade como um sistema.¹⁶ Além disso, a inclusão da dimensão espacial permite a delimitação geográfica e consente proceder a uma análise integrada que inclui o estudo da dependência no espaço, percorrendo campos da epidemiologia, da geografia e da estatística.¹⁶

A amostra do estudo foi constituída dos óbitos por DCNT no período de 2009 a 2011, segundo a população média no período – taxa de mortalidade específica. Foram utilizadas as variáveis categóricas como: tipo de óbito, faixa etária, sexo, causa base de óbito e índice de vulnerabilidade social, construído a partir do estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Foi realizado o cálculo do IVS para cada município do Amazonas para o ano de 2010, segundo dados do Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento (PNUD).³⁵ E as variáveis contínuas foram: número de óbitos (corrigidos), idade e índice de vulnerabilidade social (bruto).

Para as informações referentes aos óbitos foram consultados dados secundários extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) disponíveis na base de dados do Ministério da Saúde – DATASUS –, de domínio público, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para as informações referentes a condições demográficas e socioeconômicas, foi utilizada a base de dados do Censo de 2010.^{14,15}

A classificação das DCNT's foi realizada de acordo com o capítulo XX da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), distribuídas entre as seguintes causas: neoplasias (C00-D48), diabetes *mellitus* (E10-E14), doenças do aparelho circulatório (I00-I99), doenças do aparelho respiratório (J00-J99), agrupadas de acordo com a recomendação da OMS.^{3,12}

E assim foram feitas, para estratos de ano/período, sexo (masculino ou feminino), faixa etária (30 e mais anos de idade, em intervalos de 10, até 69 anos) e municípios do Estado do Amazonas. As variáveis sexo indefinido (1 óbito) e idade indefinida (68 óbitos) não foram incluídas no estudo por não apresentarem relevância estatística para os dados coletados.

As taxas de mortalidade precoce por DCNT foram corrigidas redistribuindo-se proporcionalmente os óbitos cuja causa básica foi mal definida (R00-R99). Os fatores de correção foram calculados para cada faixa etária, ano e sexo, conforme a seguinte fórmula: $\text{óbitos por DCNT ajustados} = \text{óbitos por DCNT base} + ((\text{óbitos por DCNT base} / \text{óbitos definidos}) \times \text{óbitos mal definidos})$. Os primeiros parênteses contêm a fórmula que calcula a distribuição proporcional dos óbitos por cada DCNT base entre os óbitos mal definidos. Os

segundos parênteses multiplicam essa proporção pelo número de óbitos mal definidos, gerando o número de óbitos incorporado ao arquivo DCNT base, para se obter a correção proposta. Os óbitos definidos foram obtidos pela fórmula: $\text{óbitos definidos} = (\text{total de óbitos} - \text{óbitos mal definidos} - \text{óbitos por causas externas})$.^{14,21} A partir dos ajustes, calcularam-se as taxas de mortalidade padronizadas por idade, pelo método direto, segundo a população padrão SEGI,²² gerando o que se denominou “taxas ajustadas”.

As taxas ajustadas de mortalidade precoce por 100 mil habitantes para as DCNT foram agrupadas em neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, diabetes *mellitus*, DCNT da população do sexo masculino, DCNT da população do sexo feminino e DCNT total.

As unidades de análise foram cada um dos 62 municípios do estado agrupados segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) 2010 (segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD)³⁵, utilizando a metodologia proposta pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2015, formando os respectivos estratos. Para esta estratificação, o indicador foi sedimentado em três grupos homogêneos segundo: renda e trabalho, capital humano e infraestrutura urbana.²³

IVS - Índice de Vulnerabilidade Social

O IVS traz dezesseis indicadores estruturados em três dimensões, a saber, IVS infraestrutura urbana, IVS capital humano e IVS renda e trabalho, permitindo um mapeamento singular da exclusão e da vulnerabilidade social para os 5.565 municípios brasileiros (conforme malha municipal do Censo demográfico 2010) e para as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) das principais regiões metropolitanas (RMs) do país. O IVS é o resultado da

média aritmética dos subíndices: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho, cada um deles entra no cálculo do IVS final com o mesmo peso; variando de 0 a 1 (quanto mais próximo de 0, menor a vulnerabilidade na área e quanto mais próximo de 1, maior a vulnerabilidade).²³

Essas dimensões correspondem a conjuntos de ativos, recursos ou estruturas, cujo acesso, ausência ou insuficiência indicam que o padrão de vida das famílias encontra-se baixo, sugerindo, no limite, o não acesso e a não observância dos direitos sociais.²³

IVS Infraestrutura Urbana

Contempla a vulnerabilidade de infraestrutura urbana. Procura refletir as condições de acesso aos serviços de saneamento básico e de mobilidade urbana através de indicadores sobre a presença de redes de abastecimento de água, de serviços de esgotamento sanitário e coleta de lixo no território, bem como o indicador do tempo gasto no deslocamento entre a moradia e o local de trabalho pela população ocupada de baixa renda.²³

IVS Capital Humano

Envolve dois aspectos (ou ativos e estruturas) que determinam as perspectivas (atuais e futuras) de inclusão social dos indivíduos: saúde e educação. Sua composição envolve indicadores de mortalidade infantil; presença nos domicílios de crianças e jovens que não frequentam a escola, de mães precoces e de mães chefes de família com baixa escolaridade e filhos menores; ocorrência de baixa escolaridade entre os adultos do domicílio; presença de jovens que não trabalham e não estudam.²³

IVS Renda e Trabalho

Este subíndice agrupa não só indicadores relativos à insuficiência de renda presente (percentual de domicílios com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo de 2010), mas outros fatores que, associados ao fluxo de renda, configuram um estado de insegurança de renda: a desocupação de adultos; a ocupação informal de adultos pouco escolarizados; a dependência com relação à renda de pessoas idosas; assim como a presença de trabalho infantil.²³

Análise Estatística

A análise estatística descritiva permitiu cálculo de medidas de tendência e de variabilidade para as variáveis. Foram considerados os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5,0%. A variável dependente foi a taxa de mortalidade por DCNT e a variável independente as variáveis de vulnerabilidade social. Foi realizado teste de correlação de Pearson para as variáveis. As variáveis não normais foram transformadas em logaritmos para uso no teste.

Foram utilizados os softwares Excel 2013 e SPSS (versão 20.0) para estatística descritiva, e o Paint (versão 1511, ©2015 Microsoft Corporation) para a construção de mapas temáticos a partir do georreferenciamento de casos.

Por se tratar de análise a partir de dados secundários – domínio público – não foi necessária submissão do estudo no comitê de ética.

Resultados

O Estado do Amazonas, no período de 2009 a 2011, teve um total de óbitos de 81.038 casos. Deste total, 18.024 casos foram de óbitos por DCNT, sendo que, para mortalidade precoce (30-69 anos de idade), o total de óbitos foi de 7.589 casos (54,7% dos casos de óbitos para indivíduos do sexo masculino). De acordo com a Tabela 1 e Figura 2, verificamos que os municípios que apresentaram maiores taxas de mortalidade precoce por DCNT foram: Manaus (com taxa ajustada de 948,76); Iranduba (749,34); Manacapuru (663,21); Itacoatiara (661,30) e Carauari (660,49). Já os que apresentaram as menores taxas foram: Jutai (com taxa de 137,26 casos); Caapiranga (166,66); Japurá (203,10); Tonantins (204,87) e Barcelos (222,73).

De acordo com a Tabela 2 e Figura 3, pode-se verificar as seguintes correlações: O IVS 2010 não apresentou correlação significativa com as variáveis das taxas de mortalidade precoce por DCNT. Apenas em seus subíndices é que algumas frágeis correlações puderam ser verificadas, como a correlação positiva e fraca do IVS renda e trabalho. O que mais se diferenciou foi o IVS capital humano, que apresentou correlação inversamente proporcional com as taxas, em especial com a taxa de mortalidade por Diabetes *Mellitus* (moderada). O IVS infraestrutura urbana obteve correlação fraca com as taxas de mortalidade por Neoplasias e DCNT na população feminina.

Para as neoplasias, o total de óbitos foi de 3.268 casos (52,5% para o sexo feminino). O município que apresentou maior taxa de mortalidade precoce foi Manaus (425,09), e Caapiranga apresentou a menor taxa (0,00). Em relação ao IVS, a categoria demonstrou

correlação positiva estatisticamente fraca com o IVS infraestrutura urbana (Tabela 2). Não há correlação para os demais índices de IVS.

Nas doenças do aparelho circulatório, o total de óbitos foi de 2.971 casos (62,1% para o sexo masculino). O município com a maior taxa de mortalidade precoce foi Itamarati (386,48), e Atalaia do Norte foi o que apresentou a menor taxa (22,3). Apresentou correlação fraca estatisticamente para os IVS capital humano (negativa) e IVS renda e trabalho (positiva). Os IVS 2010 e infraestrutura urbana não apresentaram correlação estatisticamente significativa (Tabela 2).

O total de óbitos para a categoria das doenças do aparelho respiratório foi de 529 casos (59,5% para o sexo masculino). O município de Guajará foi o que surgiu com a maior taxa de mortalidade (164,68) e 9 municípios apresentaram taxa de mortalidade 0,00 (Amaturá, Boa Vista do Ramos, Canutama, Envira, Japurá, Jutáí, Manaquiri, Novo Aripuanã). Apresentou correlação significativa estatisticamente apenas para o IVS renda e trabalho (positiva e fraca).

Houve 821 casos de óbitos por diabetes *mellitus* (53,1% para o sexo masculino). A maior taxa de mortalidade foi a do município de Codajás (127,38) e foi a DCNT que apresentou o maior número de municípios com taxa de mortalidade 0,00 (15 ao todo; dentre eles Novo Airão, Urucurituba e Envira). Houve correlação negativa estatisticamente moderada em relação ao IVS capital humano, porém não houve correlação significativa em relação aos demais índices.

A Figura 2 demonstra a distribuição dos 62 municípios do Amazonas de acordo com as taxas de mortalidade no período de 2009-2011 e a Figura 3 representa os índices de vulnerabilidade social, ambas por quartil. Os mapas apresentam com clareza a diferenciação

que é possível obter com os índices compostos do IVS, onde não há tendência de repetição de resultados entre os municípios.

Discussão

O estudo descreveu as taxas de mortalidade precoce por DCNT no Estado do Amazonas, durante o período de 2009 a 2011, correlacionando com o IVS geral de 2010 e seus três subíndices, com a finalidade de encontrar correlação entre tais dados. Entre os principais resultados, pode-se ressaltar que, aproximadamente 42% dos óbitos totais na região durante o período proposto, são por DCNT para a população na faixa etária entre 30-69 anos de idade (mortalidade precoce). As neoplasias e as doenças do aparelho circulatório abrangem o maior percentual dos óbitos (aproximadamente 43% e 39%, respectivamente), o diabetes *mellitus* abrange aproximadamente 11% dos óbitos e, o menor percentual é o das doenças do aparelho respiratório (7% do total dos óbitos, aproximadamente). Em relação ao IVS geral de 2010, os municípios do Amazonas encontram-se, em sua totalidade, dentro da faixa classificada como alta vulnerabilidade social (a partir de 0,501 a 1,00), onde o município com o menor índice foi o de Amaturá (0,509) e o maior índice foi o de Itamarati (0,677). Apesar de apresentar altos índices de vulnerabilidade social, tanto no geral quanto nos outros três subíndices, a correlação entre mortalidade precoce por DCNT e IVS foi fraca de uma forma geral. Isso se deve pelo fato de não haver tantos estudos que demonstrem a utilização de índices tão complexos, sendo os índices simples mais utilizados (tais como escolaridade e renda familiar); e o foco de outros trabalhos que englobam mortalidade por DCNT estar voltado para o enfrentamento da mesma.

Na realização do estudo, algumas limitações surgiram. A discrepância de dados entre os municípios é elevada. No caso dos óbitos por doenças do aparelho respiratório, em que a maioria dos municípios não apresentava casos, não seria possível correlacionar com nenhum

IVS. Além disso, como a capital Manaus é o município mais populoso, é natural que lidere em número de óbitos em todas as categorias de DCNT e, se não houvessem as correções nas taxas, lideraria todos os índices propostos, mascarando os resultados.^{29,33,37} Em um estudo sobre doenças cardiovasculares realizado em Manaus, houve a necessidade de identificar o impacto de técnicas corretivas na tendência das taxas de mortalidade e para tal utilizou a redistribuição proporcional utilizada pela Organização Pan-Americana de Saúde para gerar a taxa base. Essa correção gerou taxas de mortalidade ajustadas e corrigidas mais confiáveis.³⁸ O emprego do método neste estudo se mostrou eficaz e passou a ser utilizado amplamente na metodologia.

As neoplasias vêm crescendo em todo o mundo e já representam a segunda causa de morte na maioria dos países.^{34,35} Em países desenvolvidos, projeta-se que em breve, os cânceres ultrapassarão as doenças cardiovasculares. O Amazonas já se encontra de acordo com essa estatística. Além disso, enquanto no restante do país a maior taxa de mortalidade por neoplasias entre as mulheres se deve ao câncer de mama, no Amazonas a maior prevalência é de câncer do colo do útero. Já entre os homens, a causa de morte mais recorrente entre as neoplasias é o câncer de próstata.

O subíndice IVS infraestrutura urbana demonstrou associação positiva e fraca com a mortalidade por DCNT para a população feminina e neoplasias, o qual reflete condições de acesso aos serviços de saneamento básico e mobilidade urbana, que pode ser corroborado com os estudos publicados,^{34,35} nos quais relatam que a região norte tem a ocupação do território de forma esparsa, o que impacta na organização e distribuição da oferta de serviços de saúde, e que a baixa condição socioeconômica interfere no acesso a serviços de prevenção, rastreamento regular, diagnóstico e tratamentos oportunos, onde as limitações de acesso a serviços de saúde não somente impedem as mulheres pobres de serem diagnosticadas, mas

também impossibilitam a oportunidade de receberem tratamento adequado a tempo de se obter a cura.

O IVS Capital Humano apresentou correlação inversamente proporcional com as taxas de mortalidade, que corrobora com o estudo de Ishitani et al,³² estudando óbitos de adultos entre 35-64 anos ocorridos entre 1999 e 2001 em 98 municípios com mais de cem mil habitantes, sendo mais de 90% residentes em área urbana, mostraram, por meio de regressão linear simples e múltipla, correlação negativa entre DCV e renda/escolaridade e positiva com pobreza e más condições de moradia. Além disso, também apresentou correlação moderada com a taxa de mortalidade por Diabetes *Mellitus*, dado que pode ser verificado no estudo de Klafke et al. que apresenta taxas de mortalidade mais elevadas no Norte e Nordeste, indicando marcantes iniquidades regionais. Também considera que as complicações que levam à mortalidade por diabetes são em grande parte evitáveis mediante adequada educação e atendimento.³⁰

Considerações Finais

A literatura descreve bem as fortes correlações entre a mortalidade por DCNT e iniquidade social no território nacional, devido a utilização de índices individuais para tal. Neste estudo, os resultados encontrados demonstraram que o IVS 2010 do IPEA mostrou ser um índice com pouca correlação em relação às taxas de mortalidade precoce por DCNT, no qual apenas em seus subíndices foi possível observar tais correlações. Tal resultado se deve pela complexidade para compor cada subíndice, já que se utiliza um conjunto de índices individuais para sua composição.

Para tanto, poderiam haver estudos objetivando testar outras formas de mensuração de vulnerabilidade social, utilizando diferentes índices compostos ou mesmo índices individuais, integrando ao acompanhamento do desenvolvimento regional juntamente com as taxas de mortalidade. A partir disso, facilitaria a composição de estratégias de enfrentamento das DCNT, buscando desenvolver políticas de saúde que não foquem apenas em reduzir dados estatísticos, mas sim em estimular o crescimento econômico nacional e a melhoria das condições sociais além dos ganhos diretos na saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
3. Organização Mundial De Saúde. Health topics: Chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Organização Mundial De Saúde. Health topics: Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
5. Malta DC. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e as definições das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1):151-164, jan-mar 2013.
6. Organização Mundial De Saúde. Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Organização Das Nações Unidas. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. In: High-level Plenary Meeting of the General Assembly. New York: United Nations; 2011.

8. Organização Mundial De Saúde. 65th World Health Assembly closes with new global health measures. Geneva: World Health Organization, 2012.
9. Organização Mundial De Saúde. Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs: a comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2012.
10. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
11. Abegunge DO. The burden and costs of chronic diseases in low income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;(370):1929-1938.
12. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil:burden and current challenges. *Lancet*. 2011. Jun;377(9781):1949-61. 2011
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográfico 2000 e 2010. Rio de Janeiro: IBGE;2010 [acessado 2015 novembro 18]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6&uf=00>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]. Mortalidade — Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> Acessado em 5 de janeiro de 2016.

16. Castellanos P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales. In: Martínez Navarro, F. e outros. Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana, cap. 5, pp. 81-102. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Departamento de Informática do SUS. Mortalidade: Brasil [Internet]. 2012 [citado 2014 fev 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
17. Organização Das Nações Unidas. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. p. 176.
18. Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf
19. Malta DC. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(4):599-608, out-dez 2014.
20. Silvi J. On the estimation of mortality rates for countries of the Americas. Epidemiol Bull. 2003;24(4):1-5.
21. Soares DA, Golçalves MJ. Mortalidade cardiovascular e impacto de técnicas corretivas de subnotificações e óbitos mal definidos. Ver Panamericana Salud Publica 32(3), 2012.
22. Ahmad OB, Bochi-Pinto C, Lopez A, Murray C, Lozano R, Imone M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva; 2000.

23. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77 p. : gráfs., mapas color.
24. Achutti A, Azambuja MI. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Porto Alegre, 9(4):833-840, 2004.
25. Aidar T; Soares MJB. Desigualdade, vulnerabilidade social e a mortalidade por causas violentas no contexto metropolitano: o caso de Campinas, Brasil. In: Cunha JMP (org.). *Novas Metrópoles Paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; 2006. pp. 561-79.
26. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Salvador, 9(4):865-884, 2004.
27. Bassanesi SL, Azambuja MI; Achutti A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. *Arq Bras Cardiol.*, Porto Alegre, 90(6): 403-412, 2008.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. *Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
29. Drumond Jr M, Barros MBA. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, vol.2 no.1-2, Apr./Aug. 1999.
30. Klafke A, et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(3):455-462, jul-set 2014
31. Guimarães RM, et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica* 37(2), 2015.

32. Ishitani LH. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública, Belo Horizonte*, 40(4):684-9, 2006.
33. Santos S, Noronha C. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos na cidade do Rio de Janeiro *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 17(5):1099-1110, set-out, 2001.
34. Silva GA. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1009-18.
35. Corrêa DAD, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 8 (4):491-497, out./dez., 2008.
36. Programa das nações unidas para o desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 03 mar. 2016
37. Alves CG, Moraes Neto OL. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):641-654, 2015.
38. Soares DA, Gonçalves MJ. Mortalidade cardiovascular e impacto de técnicas corretivas de subnotificações e óbitos mal definidos. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(3):199-206.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Ranking mundial das dez mais altas e as dez mais baixas taxas de mortalidade precoce por cada grupo de DCNT no período de 2009-2011.

Ordem	Neoplasia		Doenças Cardiovasculares		Doenças Respiratórias		Diabetes Mellitus	
	Município	Taxa	Município	Taxa	Município	Taxa	Município	Taxa
1º	Manaus	425,09	Itamarati	386,48	Guajará	164,68	Codajás	127,38
2º	São Sebastião do Uatumã	264,05	Manaus	351,79	Carauari	126,25	Maués	118,51
3º	Irاندuba	260,81	Lábrea	313,75	São Gabriel da Cachoeira	120,05	Nhamundá	117,36
4º	Manacapuru	260,18	Irاندuba	309,37	Itamarati	118,95	Parintins	111,80
5º	Carauari	240,25	Novo Airão	297,63	Autazes	97,93	Benjamin Constant	106,21
6º	Eirunepé	236,82	Itacoatiara	283,45	Maués	90,68	Uarini	105,77
7º	São Gabriel da Cachoeira	233,03	Eirunepé	280,92	Ipixuna	82,48	Irاندuba	105,56
8º	Itacoatiara	229,64	Manacapuru	279,44	Atalaia do Norte	79,79	Tefé	104,54
9º	Urucurituba	223,04	Carauari	272,78	Benjamin	75,21	Beruri	98,74

					Constant			
10°	Coari	218,57	Autazes	272,77	Irاندوبا	73,59	Manaus	98,48
...								
53°	São Paulo de Olivença	85,86	Novo Aripuanã	104,87	Santa Isabel do Rio Negro	3,38	Canutama	0,00
54°	Ipixuna	83,44	Fonte Boa	104,22	Alvarães	0,00	Envira	0,00
55°	Nova Olinda do Norte	77,89	Tonantins	102,63	Amaturá	0,00	Itamarati	0,00
56°	Japurá	75,21	Barcelos	96,77	Boa Vista do Ramos	0,00	Itapiranga	0,00
57°	Itapiranga	64,28	Santo Antônio do Içá	92,23	Canutama	0,00	Jutaí	0,00
58°	Canutama	62,01	Ipixuna	89,86	Envira	0,00	Novo Airão	0,00
59°	Novo Airão	46,02	Alvarães	64,86	Japurá	0,00	Novo Aripuanã	0,00
60°	Anamã	38,11	Japurá	45,92	Jutaí	0,00	Santo Antônio do Içá	0,00
61°	Tonantins	28,62	Jutaí	26,00	Manaquiri	0,00	Tapauá	0,00
62°	Caapiranga	0,00	Atalaia do Norte	22,83	Novo Aripuanã	0,00	Urucurituba	0,00

Tabela 1 – Continuação

Ordem	DCNT Masculino		DCNT Feminino		DCNT	
	Município	Taxa	Município	Taxa	Município	Taxa
1º	Manaus	1098,20	Itamarati	810,70	Manaus	948,76
2º	Manacapuru	714,70	Irاندوبا	802,99	Irاندوبا	749,34
3º	Guajará	702,04	Manaus	796,90	Manacapuru	663,21
4º	Codajás	700,28	Maués	755,17	Itacoatiara	661,30
5º	Irاندوبا	696,55	Carauari	718,05	Carauari	660,49
6º	Lábrea	674,23	Autazes	715,58	Maués	660,20
7º	Humaitá	659,99	Itacoatiara	698,53	São Gabriel da Cachoeira	640,10
8º	Coari	659,40	Eirunepé	641,90	Itamarati	619,64
9º	Juruá	654,78	São Sebastião do Uatumã	632,26	Autazes	606,14
10º	São Gabriel da Cachoeira	654,38	São Gabriel da Cachoeira	625,59	Parintins	593,37
...						
53º	Canutama	291,56	Ipixuna	203,87	Santo Antônio do Içá	251,97
54º	Barcelos	272,97	Canutama	194,51	Manaquiri	246,26
55º	Atalaia do Norte	271,95	Barcelos	171,69	Canutama	243,42
56º	Maraã	244,79	Itapiranga	159,74	Itapiranga	238,37
57º	Santo Antônio do Içá	225,47	Juruá	159,25	Alvarães	229,46
58º	Novo Aripuanã	180,15	Jutaí	155,69	Barcelos	222,73
59º	Alvarães	176,84	Amaturá	155,09	Tonantins	204,87
60º	Caapiranga	122,55	Tonantins	115,39	Japurá	203,10
61º	Jutaí	119,13	Manaquiri	111,32	Caapiranga	166,66
62º	Japurá	91,12	Boa Vista do Ramos	106,67	Jutaí	137,26

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Tabela 2 – Correlação entre as taxas ajustadas de mortalidade por DCNT e IVS e suas dimensões

	NEOPLASIAS	DAC	DAR	DM	DCNT_M	DCNT_F	DCNT	IVS-2010	IVS Capital Humano – 2010	IVS Infraestrutura Urbana – 2010	IVS Renda e Trabalho – 2010
NEOPLASIAS	1										
DAC	0,405**	1									
DAR	0,089	0,384**	1								
DM	0,181	0,181	0,115	1							
DCNT_M	0,672**	0,688**	0,296*	0,255	1						
DCNT_F	0,630**	0,720**	0,427**	0,381**	0,446**	1					
DCNT	0,766**	0,828**	0,430**	0,384**	0,847**	0,853**	1				
IVS-2010	0,148	0,150	0,000	-0,198	0,059	0,119	0,105	1			
IVS Capital Humano – 2010	-0,214	-0,277*	-0,146	-0,458**	-0,298*	-0,309*	-0,357**	0,488**	1		
IVS Infraestrutura Urbana – 2010	0,255*	0,217	-0,049	0,042	0,108	0,255*	0,214	0,794**	0,063	1	
IVS Renda e Trabalho – 2010	0,188	0,342**	0,286*	0,128	0,360**	0,259*	0,364**	0,136	-0,448**	-0,056	1

**. p < 0,01

*. p < 0,05

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório; DAR – Doenças do Aparelho Respiratório; DM – Diabetes Mellitus; DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Figura 1. Mapa do Estado do Amazonas e municípios.

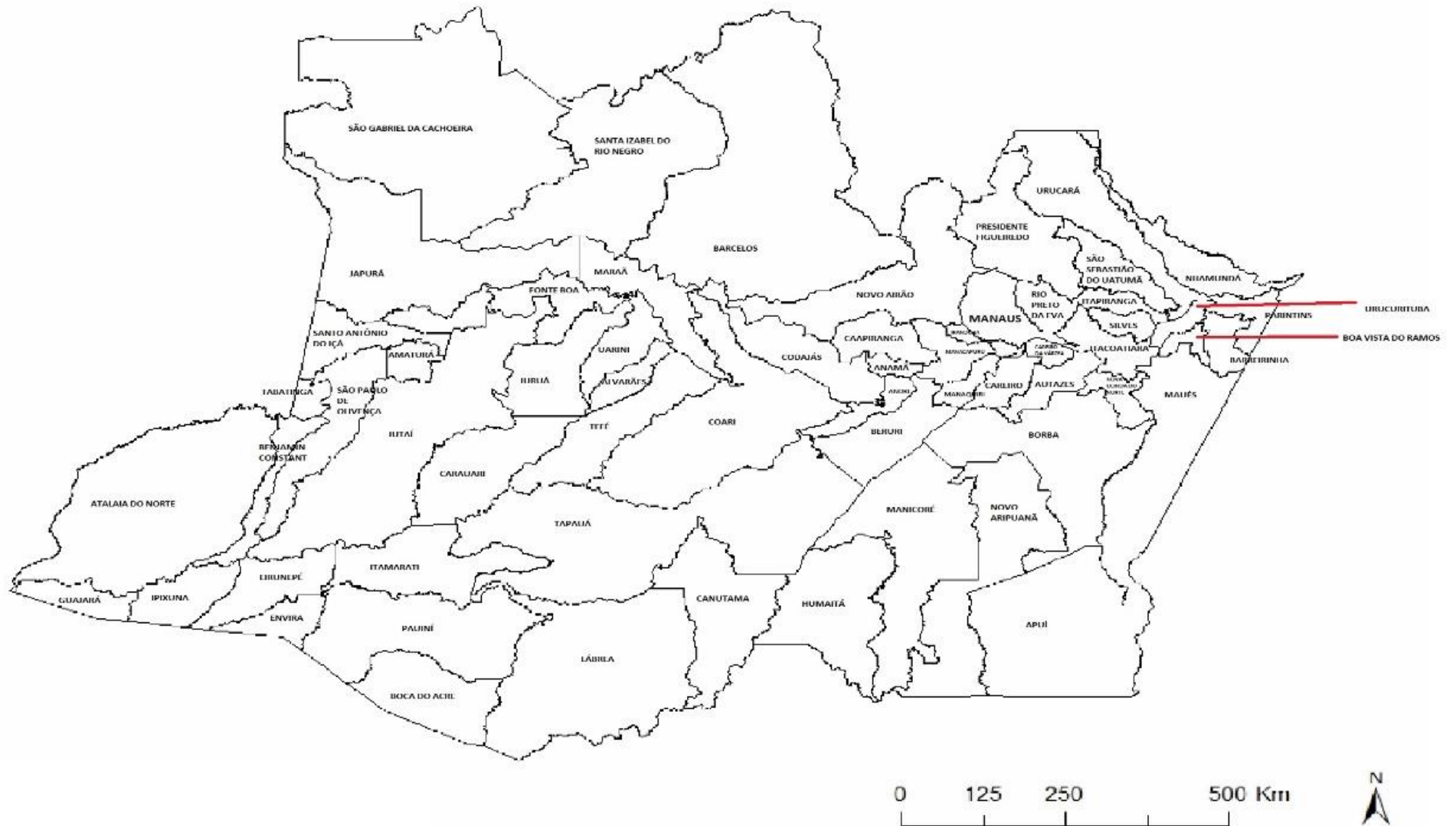
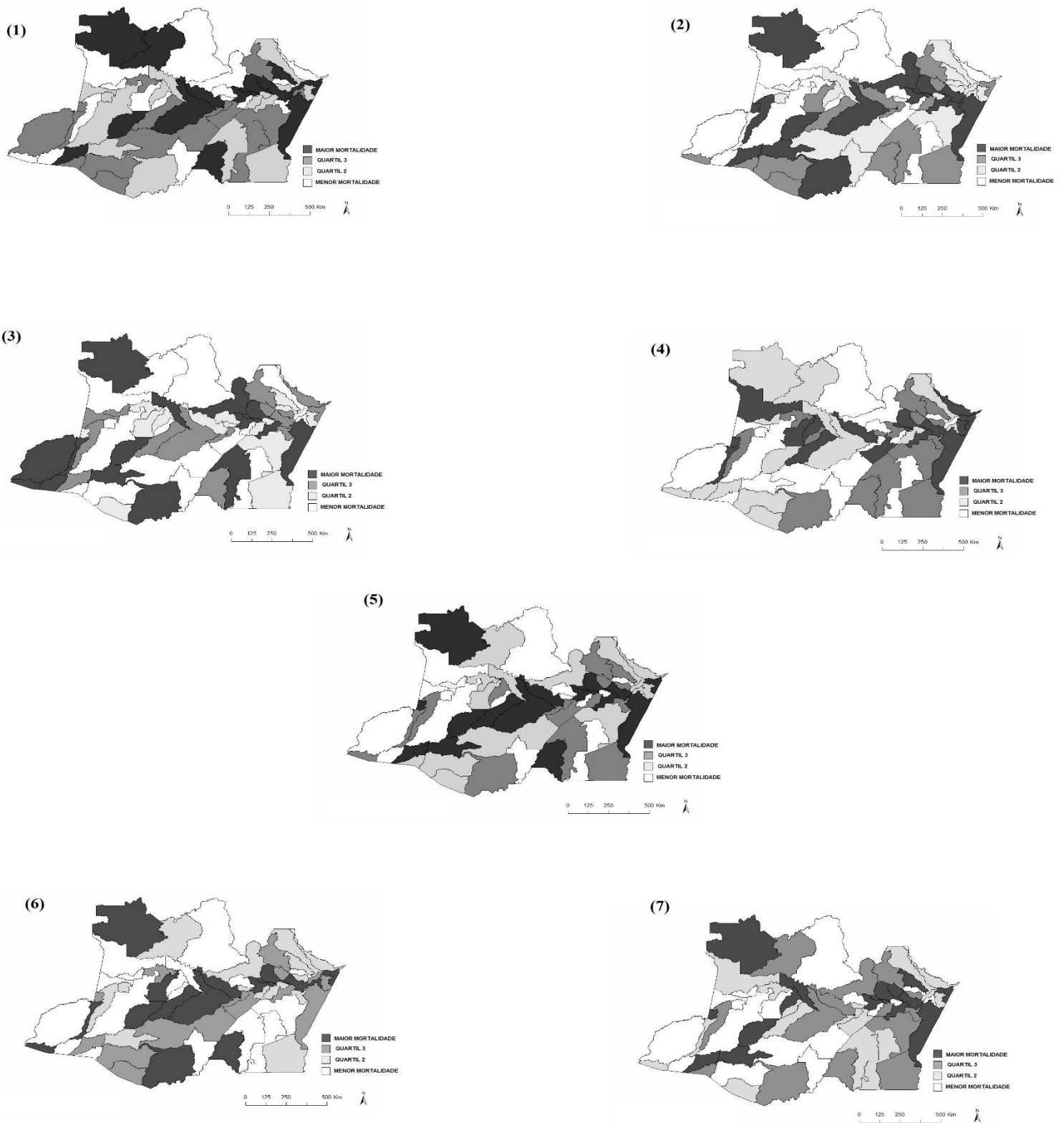
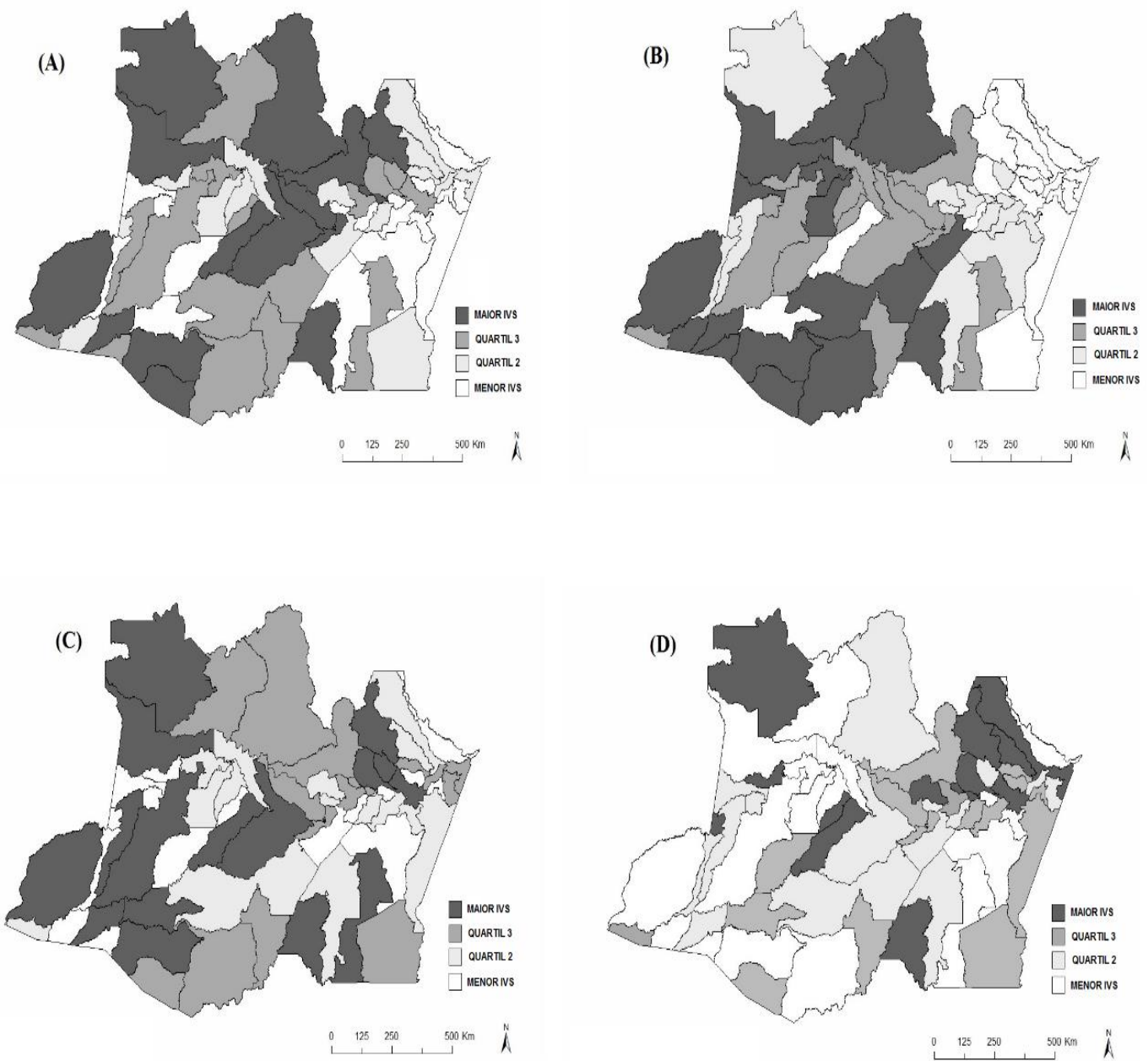


Figura 2. Taxas de Mortalidade nos municípios no período de 2009-2011.



(1) Neoplasias; (2) Aparelho circulatório; (3) Aparelho respiratório; (4) Diabetes Mellitus; (5) DCNT total; (6) DCNT masculino; (7) DCNT feminino.

Figura 3. Mapa do IVS nos municípios no ano de 2010.



(A) IVS 2010; (B) IVS Capital Humano; (C) IVS Infraestrutura Urbana; (D) IVS Renda e Trabalho.

ANEXOS

REVISTA: EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é um periódico trimestral de caráter científico e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (CGDEP/DGVES/SVS/MS). A sua principal missão é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. É prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação científica e que sejam considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) –conhecido como Normas de Vancouver – e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* possui uma [Declaração sobre ética na publicação](#) que expressa o compromisso ético da revista – assim como de todas as partes envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores externos, editora geral e demais editoras e editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Editora do Ministério da Saúde – com a adoção de melhores práticas na publicação científica.

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) **Artigo de revisão**

b.1) **Artigo de revisão sistemática** – apresentação de uma síntese de resultados de estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

b.2) **Artigo de revisão narrativa** – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a Saúde Pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

c) **Nota de pesquisa** – relato conciso de resultados finais ou parciais (notas prévias) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

d) **Relato de experiência** – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a Saúde Pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 2.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

e) **Artigo de opinião** – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 1.500 palavras);

f) **Debate** – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá críticas/comentários por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados. (limite: 3.500 palavras para o artigo, 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

g) **Carta** – críticas ou comentários breves sobre temas de interesse dos leitores, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista (limite: 400 palavras; sempre que possível, uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta (limite: 400 palavras).

Eventualmente, a critério dos editores, serão aceitos outros formatos, a exemplo de **Entrevista** com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras) e **Resenha** de obra contemporânea (limite: 800 palavras).

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deverá ser elaborado de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

- a) Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico;
- b) Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;
- c) A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;
- d) Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do

manuscrito).

Os itens da declaração de responsabilidade estão incorporados no Passo 1 da submissão de manuscritos pelo sistema eletrônico. Adicionalmente, o documento assinado por todos os autores deverá ser digitalizado e anexado no Passo 4 – Transferência de documentos suplementares.

Critérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria, e todos aqueles que preencherem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e na folha de rosto do artigo.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Direito de reprodução

O conteúdo publicado na Epidemiologia e Serviços de Saúde encontra-se sob uma Licença [Creative Commons](#) do tipo BY-NC. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos deste tipo de Licença, que incluem a possibilidade de compartilhar e adaptar o material, desde que atribuído o crédito apropriado e para uso não comercial.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

a) Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença [Creative Commons Attribution](#) que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico.

b) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

c) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho *online* (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE.

A versão original – em inglês – deste documento encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

A versão traduzida para o português das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver foi publicada na RESS v. 24, n. 3, 2015, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300577&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. A relação completa encontra-se no website da iniciativa EQUATOR network (Enhancing

the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Abaixo são relacionados os principais guias:

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/> Ensaios clínicos: CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

A versão traduzida para o português da Recomendação PRISMA foi publicada na RESS v. 24, n. 2, 2015, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (RichText Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (somente uma instituição por autor, incluindo unidade ou departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas

instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e

h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

Resumo

Para as modalidades artigo original, revisão da literatura e nota de pesquisa, deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. Esta seção deverá iniciar, preferencialmente, com um parágrafo contendo a síntese dos principais achados do estudo, e finalizar com as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa

Nacional de Saúde no Brasil, 2013. Epidemiol Serv Saude. 2015 abr-jun;24(2):197-206.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. Rev Saude Publica. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol Serv Saude. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

- Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e Leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6];20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual,

tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até 5 tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa e relatos de experiência, o limite é de 3 tabelas e/ou figuras.

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. O uso de siglas ou acrônimos só deve ser empregado quando estes forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que

formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; DataSUS; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

[Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde.](#)

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores *ad hoc*), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito e que tenham aceitado realizar sua revisão. Nessa etapa, espera-se que os revisores *ad hoc* avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores *ad hoc* não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores *ad hoc* devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo Committee on Publication Ethics (COPE), disponíveis em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf; cuja versão em português está disponível no site da RESS: <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=orientacoeseticas&>

[ormat=](#)

Para esta etapa, a RESS recomenda a utilização do Guia para revisão de manuscritos, disponível

em: <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?p=guiaRevisao&lang=pt>

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o núcleo editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores *ad hoc*, bem como, quando pertinente, indica aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas a observação de padrões para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo núcleo editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

Em todas as etapas do processo editorial, as considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada dentro do prazo determinado, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda for identificada a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo.

Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à secretária executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: revista.svs@saude.gov.br

Endereço para correspondência

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SCS, Quadra 4, Bloco A, Ed. Principal, 5º andar, Asa Sul,
Brasília-DF, Brasil. CEP: 70304-000
Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8531
Telefax: (61) 3213-8404

Envio de manuscritos

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via [Sistema SciELO de Publicação](#). Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Como arquivo suplementar, os autores devem anexar a Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.
2. Folha-de-rosto:
 - a. Modalidade do manuscrito;
 - b. Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
 - c. Título resumido, em português;
 - d. Nomes e instituição de afiliação e e-mail de cada um dos autores (somente uma instituição de afiliação por autor);
 - e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;
 - f. Paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
 - g. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e
 - h. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do nome da instituição de ensino e do ano

de defesa.

3. Resumo em português, Abstract em inglês e Resumen em espanhol, para todos os tipos de manuscritos, exceto cartas; e, especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

4. Palavras-chave/Key words/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.

5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.

6. Parágrafo contendo a contribuição dos autores.

7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa e relatos de experiência, não devem exceder o total de três.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJE (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

Versão atualizada em fevereiro de 2016.