

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS
PARA INDIVÍDUOS PORTADORES DE AIDS NO BRASIL

Nicolle Alves Botaro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do
Curso de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Uberlândia,
para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Uberlândia – MG
Dezembro – 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS
PARA INDIVÍDUOS PORTADORES DE AIDS NO BRASIL

Nicolle Alves Botaro

Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi (Orientador)

Prof. Dr. Rivaldo Mauro Faria (Co-orientador)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do
Curso de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Uberlândia,
para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva,

Uberlândia – MG
Dezembro – 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS
PARA INDIVÍDUOS PORTADORES DE AIDS NO BRASIL

Nicolle Alves Botaro

Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi (Orientador)
Instituto de Geografia

Prof. Dr. Rivaldo Mauro Faria (Co-orientador)
Instituto de Geografia

Homologado pela Coordenação do Curso de Saúde Coletiva, em ____
/ ____ / ____.

Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva
Coordenadora do Curso de Saúde Coletiva

Uberlândia – MG
Dezembro – 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS
PREVIDENCIÁRIOS PARA INDIVÍDUOS PORTADORES DE AIDS NO BRASIL

Nicolle Alves Botaro

Aprovado pela Banca Examinadora em ____/____/____.

Nota: 100

Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi

Uberlândia, ____ de _____ de _____.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que contribuíram para a realização deste Trabalho.

Primeiramente, quero agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi, cuja orientação e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Sua dedicação, conhecimento e paciência foram essenciais para o meu crescimento acadêmico. Também gostaria de agradecer ao meu co-orientador Prof. Dr. Rivaldo Mauro Faria pela disponibilidade de colaboração e auxílio com a confecção dos mapas.

Agradeço também à minha instituição de ensino Universidade Federal de Uberlândia (UFU), por proporcionar um ambiente propício ao aprendizado.

À minha família, em especial a minha mãe e meu namorado, que sempre estiveram ao meu lado, oferecendo suporte emocional e incentivo, meu profundo agradecimento. Vocês foram a fonte de força que me impulsionou durante todo o processo.

Aos meus amigos e colegas de curso, agradeço pela troca de ideias, pelas discussões enriquecedoras e pelo apoio mútuo ao longo dessa jornada acadêmica.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para este projeto. Seu apoio foi fundamental para o sucesso desta empreitada.

Obrigado a todos que tornaram possível a concretização deste trabalho.

O manuscrito será submetido na revista Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista

do SUS ISSN: 1679-4974. As instruções para autores encontram-se no anexo 1.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS PARA INDIVÍDUOS PORTADORES DE AIDS NO BRASIL

ANALYSIS OF THE SPATIAL DISTRIBUTION OF THE GRANT OF SOCIAL SECURITY BENEFITS FOR INDIVIDUALS WITH AIDS IN BRAZIL

Nicolle Botaro

Rivaldo Mauro Faria

Jean Ezequiel Limongi

RESUMO

Objetivo: Analisar a distribuição espacial da concessão de benefícios previdenciários para indivíduos portadores da aids, entre os anos de 2004 e 2016. **Métodos:** Estudo com análise estatística espacial, utilizando dados secundários obtidos do Ministério da Previdência Social. Foram utilizados os **índices I de Moran Global e Local**. **Resultados:** Baixas frequências de concessão de benefícios foram observados em extensas áreas do norte e nordeste do Brasil e parte do estado de Minas Gerais quando foram analisados a concessão (de forma geral), em área urbana, e para ambos os sexos. Baixas médias de idade no início da doença e da incapacidade laboral foram observadas na região norte. O tempo médio até a incapacidade laboral foi baixo em uma extensa área das regiões norte e nordeste do Brasil. **Conclusão:** A presença de extensos clusters do tipo Baixo-Baixo nas regiões Norte e Nordeste do país e no estado de Minas Gerais demonstram a grande vulnerabilidade social a que estas populações estão submetidas.

Palavras-chave: Previdência social; Seguridade social; Determinantes sociais de Saúde; Mapeamento geográfico; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the spatial distribution of the granting of social security benefits to individuals with aids, between the years 2004 and 2016. **Methods:** Study with spatial statistical analysis, using secondary data obtained from the Ministry of Social Security. The Global and Local Moran's I indices were used. **Results:** Low frequencies of granting benefits were observed in large areas of the north and northeast of Brazil and part of the state of Minas Gerais when the granting was analyzed (in general), in urban areas, for males and females. Low average ages at the onset of the disease and work incapacity were observed in the northern region. The average time until work incapacity was low in a large area of the north and northeast regions of Brazil. **Conclusion:** The presence of extensive Low-Low clusters in the North and Northeast regions of the country and in the state of Minas Gerais demonstrates the great social vulnerability to which these populations are subjected.

Keywords: Social Security; Social Welfare; Social Determinants of Health; Geographic Mapping. HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

INTRODUÇÃO

A epidemia de aids no Brasil remonta ao início da década de 1980, quando os primeiros casos da doença começaram a ser notificados. Nesse período, a aids era pouco conhecida e cercada de estigma e discriminação. A compreensão sobre a doença e suas formas de transmissão ainda era limitada, o que contribuiu para uma rápida propagação do vírus HIV no país.¹

Os primeiros casos de aids notificados no Brasil, entre os anos de 1980 e 1989, eram frequentemente associados a pessoas que haviam viajado para o exterior ou que tinham contato com estrangeiros. O HIV foi introduzido no país principalmente por meio de conexões com a África e com a Europa, sugerindo múltiplas fontes de infecção.² Além disso, havia a precariedade dos serviços de saúde da época, com dificuldades de diagnóstico e tratamento adequados³.

Os grupos de risco tiveram um importante papel na disseminação inicial do HIV no Brasil. No início da epidemia, a aids era predominantemente registrada em homens que faziam sexo com homens e em pessoas que utilizavam drogas injetáveis. Ao longo do tempo, os grupos de risco para aids foram se modificando e a epidemia expandiu-se para outros grupos populacionais, como mulheres e heterossexuais.⁴ O contexto inicial da epidemia de aids no Brasil era caracterizado pela falta de informação, precariedade dos serviços de saúde, indisponibilidade de fármacos e uma rápida disseminação do vírus HIV.

Recentemente um estudo analisou os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Mortalidade (SIM) para estimar a taxa de incidência e mortalidade por aids no Brasil. Os resultados mostraram que, entre os anos de 2014 e 2018, houve uma redução gradual nessas taxas, evidenciando avanços no controle da epidemia. No entanto, os números ainda são preocupantes e indicam a necessidade de intensificar as medidas de prevenção e ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral.⁵

Outro estudo analisou a epidemia de aids no Brasil sob a perspectiva social e de direitos humanos. Os autores enfatizaram a importância de adotar uma abordagem multidisciplinar para lidar com a doença, envolvendo ações de prevenção, tratamento, cuidados e educação. Além disso, destacaram a necessidade de combater o estigma e a discriminação associados à aids, que ainda representam obstáculos para o acesso ao diagnóstico e tratamento.⁶

Os programas de assistência da aids no Brasil têm uma história de mais de 40 anos, iniciando-se na década de 1980. Um dos principais marcos dessa história foi a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, em 1986, atualmente chamado de Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis e aids.⁷ O Programa Nacional de DST/AIDS auxiliou sobremaneira na redução da mortalidade por aids no país, com uma associação significativa entre o aumento da cobertura de tratamento antirretroviral e a redução da mortalidade e das taxas de infecção. No final da década de 1990, o governo brasileiro implementou uma política de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais (ARVs), garantindo o fornecimento

gratuito desses medicamentos para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Um estudo avaliou os impactos dessa política na sobrevivência e qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS na América Latina e no Caribe, constatando melhorias significativas em ambos os aspectos.⁸ Além disso, o programa brasileiro também se destaca por suas políticas de prevenção, como a distribuição gratuita de preservativos e seringas, programas de educação sexual e campanhas de conscientização, visando assim a redução de danos.⁹

Partindo desse contexto é importante ressaltar o papel da seguridade social brasileira, que constitui um conjunto de políticas públicas que busca promover o bem-estar e a proteção social dos cidadãos. Ela é baseada em três pilares fundamentais: a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde.¹⁰

A previdência social trata-se de um sistema de proteção que garante a renda e a segurança financeira dos cidadãos em momentos de incapacidade laboral, garantindo aposentadorias, pensões por morte, os auxílios entre outros benefícios.¹¹ Quanto a assistência social, ela é responsável por promover a inclusão social e redução da vulnerabilidade daqueles em situação de pobreza, risco ou violência. Os benefícios assistenciais são aqueles concedidos independentemente de contribuições efetuadas. São representados principalmente pelos amparos assistenciais.¹² A seguridade social também engloba políticas de saúde, visando a garantia do acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o pilar desse sistema, proporcionando cuidados de saúde para toda a população, independentemente de sua capacidade de pagamento.¹³ Esses pilares da seguridade social brasileira são fundamentais para promover a equidade social e garantir a proteção social dos cidadãos.

Esse estudo teve como objetivo analisar a distribuição espacial da concessão de benefícios previdenciários para indivíduos portadores da aids, entre os anos de 2004 e 2016, com estratificação de dados sociodemográficos e epidemiológicos.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, do tipo ecológico, com base em dados secundários do Sistema Único de Informações de Benefícios do Ministério do Trabalho e Previdência Social (SUIBE). O SUIBE, de acesso restrito, possui dados sociodemográficos dos beneficiários e relacionados às concessões de benefícios. Esse sistema foi implantado em meados de 2003, mas somente em 2004 ele passou a contar com maior número de variáveis. O acesso aos dados ocorreu após solicitação encaminhada ao nível central de gerência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

No SUIBE foram selecionados todos os beneficiários que receberam benefícios concedidos pelo INSS entre os anos de 2004 e 2016, com o registro B24 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada) na variável Código Internacional de Doenças, conforme definido na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). No SUIBE é fornecido informações sobre benefícios previdenciários e assistenciais. Neste estudo, apesar de conter uma análise preliminar sobre todos os benefícios concedidos, o foco foi principalmente nos benefícios previdenciários.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo (masculino; feminino), zona de residência (urbana; rural), idade no início da doença (em anos) e da incapacidade (em anos), tempo decorrido entre a doença e a incapacidade (em dias) e macrorregiões de saúde. Foram consideradas as 119 macrorregiões de saúde brasileiras, conforme descrito pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.¹⁴ A variável ‘sexo’ manteve como base a distinção biológica, conforme recomendado pelas Diretrizes para Equidade de Sexo e Gênero na Pesquisa.¹⁵

Foi realizada a análise de completude e consistência dos dados, antes da análise espacial. Os dados foram avaliados de forma descritiva, por meio de porcentagens (para as variáveis categóricas), medidas de tendência central e de dispersão (para as variáveis numéricas). Os campos em branco ou com valores discrepantes foram verificados: aqueles com possibilidade

de correção, pela análise das demais variáveis, foram alterados; e os demais, descartados da análise específica.

O programa Epi Info 7.2.2 (CDC, Atlanta, USA) foi utilizado na análise estatística descritiva. As frequências de concessões de benefícios previdenciários e totais foram ajustadas para cada 100 mil habitantes, para fins de comparação no mosaico de mapas das macrorregiões de saúde. Mapas coropléticos foram utilizados para a representação das frequências de benefícios. Foi utilizada a estimativa de população da fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2016.

As análises foram realizadas com uso das técnicas exploratórias de dados espaciais, nomeadamente a autocorrelação espacial, por meio dos índices I de Moran Global e Local.¹⁶ O I de Moran Global permite uma medida geral de associação espacial para o conjunto dos dados e pode variar de -1 a +1, indicando independência espacial (quando o valor da variável é zero e a hipótese nula de não dependência espacial é confirmada), dependência espacial direta (quando o valor é positivo) ou inversa (quando o valor é negativo).¹⁷ Contudo, a função de autocorrelação desse índice fornece um único valor de associação espacial para o conjunto de dados, o que pode ocultar realidades locais (ou regionais) que estão subsumidas nesse único valor global. Por isso, decidiu-se também aplicar o LISA (Local Indicators of Spatial Association), ou I de Moran Local, proposto originalmente por Anselin (1995)¹², com intuito de identificar áreas territoriais onde o indicador apresenta dependência espacial pronunciada e tende à formação de clusters. Dessa forma, o uso do LISA permitiu a identificação de padrões espaciais que, posteriormente, puderam ser comparados. As análises dos índices I de Moran Global e Local, foram acompanhadas do teste de pseudosignificância, sem o qual não se pode afirmar se os dados são randômicos (estacionários) ou dependentes (não estacionários). Nesse estudo, a hipótese nula da aleatoriedade dos dados foi rejeitada com grau de confiança de 99% no referido teste.

Os dados foram apresentados de acordo com o diagrama de espalhamento de Moran. Neste diagrama, quatro quadrantes são apresentados: Q1 (alto-alto) e Q2 (baixo-baixo) representam correlação espacial positiva entre os valores de uma variável e a média dos vizinhos, ou seja, os valores de um dado indicador em uma localidade são similares aos valores de localidades vizinhas, formando os chamados *clusters*. Os quadrantes Q3 (alto-baixo) e Q4 (baixo-alto) indicam correlação espacial negativa, ou seja, os valores de uma variável em determinada localidade não se relacionam espacialmente com os vizinhos. Esses casos são comumente avaliados como situações de estacionaridade espacial, pois indicam localidades cujo valor de um dado indicador (alto ou baixo) é oposto ao apresentado pelas localidades imediatamente próximos. Estas situações espaciais atípicas são representadas como outliers.¹⁶

Para realizar as operações estatísticas e representar espacialmente os dados, foram utilizados os programas ArcGis, da empresa Esri, em sua versão 10,2 e o GeoDa 1.22.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), sob Parecer no 1.560.139, emitido em 17 de maio de 2016 (anexo 2).

RESULTADOS

Entre 2004 e 2016, 99.368 benefícios foram concedidos para beneficiários da seguridade social brasileira, cuja causa da incapacidade laboral foi a Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (CID B24). Dentre estes, 73.066 benefícios eram previdenciários, concedidos principalmente para moradores da zona urbana (70.540; 96,5%), do sexo masculino (50.889; 69,6%) e na faixa etária entre 30-39 anos (26.899; 36,8%). A concessão de benefícios previdenciários nas regiões geográficas brasileiras teve a seguinte distribuição: Sudeste (34.072; 46,6%), Nordeste (11.147; 15,3%) e Sul (18.660; 25,5%), Norte (4.801 (6,6%)) e Centro-oeste (4.386; 6,0%).

Os resultados encontrados por meio do Índice I de Moran global mostraram que as variáveis são espacialmente dependentes (Tabela 1). O teste de pseudosignificância indicou

menos de 1% de chance de que a distribuição espacial das variáveis analisadas fosse aleatória.

Portanto, foi rejeitada a hipótese nula de estacionaridade espacial.

Tabela 1. Valores do Índice I de Moran global, por variável analisada.

| Variáveis analisadas | Índice I de Moran global |
|---|--------------------------|
| Todos os benefícios concedidos (assistenciais + previdenciários) | 0,437 |
| Benefícios previdenciários concedidos | 0,508 |
| Benefícios previdenciários concedidos em área urbana | 0,509 |
| Benefícios previdenciários concedidos em área rural | 0,383 |
| Benefícios previdenciários concedidos para indivíduos do sexo masculino | 0,474 |
| Benefícios previdenciários concedidos para indivíduos do sexo feminino | 0,550 |
| Média de idade dos beneficiários no início da doença | 0,356 |
| Média de idade dos beneficiários no início da incapacidade | 0,383 |
| Tempo médio até a incapacidade laboral dos beneficiários | 0,695 |

Conhecendo-se os resultados da tabela 1 foi, então, calculado o indicador de autocorrelação local (LISA) para todas as variáveis do estudo. Em uma análise preliminar, identificou-se no mapa coroplético uma maior concentração de benefícios concedidos (tanto assistenciais quanto previdenciários), nas regiões Sul, uma pequena parcela do estado de Minas Gerais e parte do Norte brasileiro (Figura 1). Na análise de autocorrelação espacial evidenciou-se um extenso *cluster* do tipo Baixo-Baixo entre macrorregiões de saúde da região Nordeste do país e parte do estado de Tocantins, o que indica que há baixa frequência de concessão de benefícios relacionados a aids nessas regiões. Em contrapartida, houve a formação de um *cluster* do tipo Alto-Alto em macrorregiões de saúde do estado de Santa Catarina (Figura 1). Quanto a concessão apenas de benefícios previdenciários, evidenciou-se maiores concentrações nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, parte de Minas Gerais e do Amazonas. Por outro lado, as menores taxas se encontram no norte de Minas Gerais e nas

regiões nordeste e norte do país (Figura 1). Na análise de autocorrelação espacial, o padrão da concessão de benefícios previdenciários foi similar ao identificado para todos os benefícios, com a formação de um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo nas regiões norte e nordeste e um cluster do tipo Alto-Alto concentrado no estado de Santa Catarina (Figura 1).

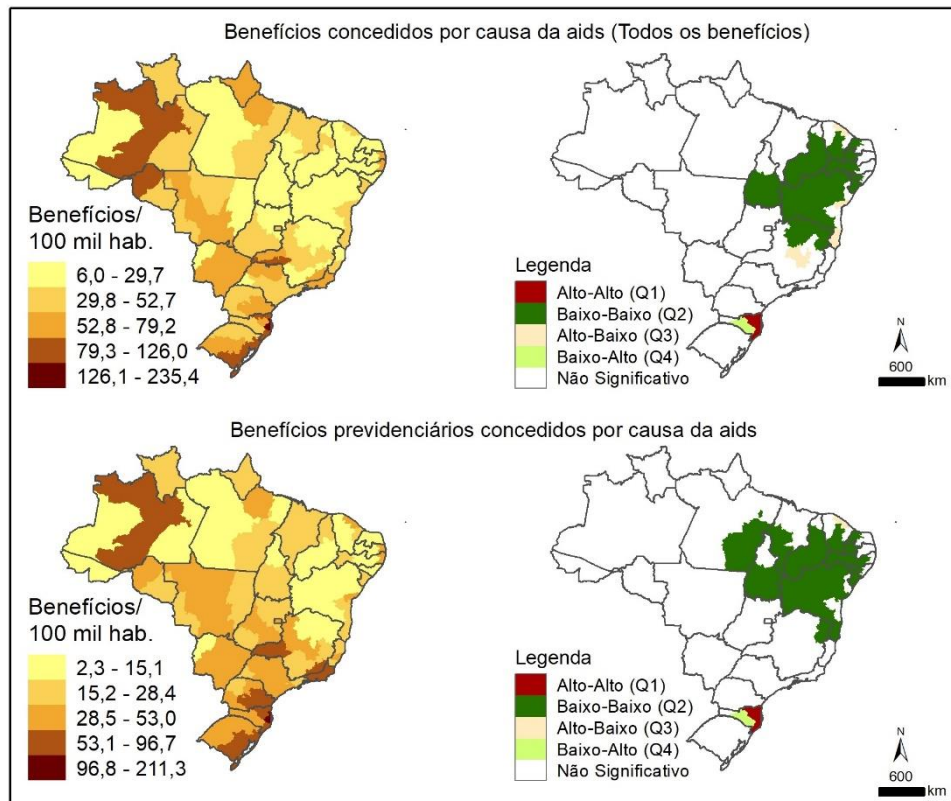


Figura 1. Taxa de concessão de benefícios para indivíduos acometidos pela aids e autocorrelação espacial I de Moran Local (LISA), segundo tipo de benefício recebido, 2004-2016.

No mapa coroplético, que relaciona os benefícios às características sociodemográficas dos beneficiários, evidencia-se que as regiões sul, sudeste e parte do estado do Amazonas possuíam as maiores frequências de benefícios previdenciários para indivíduos residentes em zona urbana (Figura 2). No entanto, na análise de autocorrelação espacial somente macrorregiões de saúde do estado de Santa Catarina apresentaram a formação de um *cluster* espacial do tipo Alto-Alto. Por outro lado, um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo foi observado nas regiões norte e nordeste do país, além de parte do estado de Minas Gerais (Figura 2). A concessão de benefícios previdenciários para residentes em áreas rurais foi mais frequente nas regiões norte e nordeste do país, com formação de cluster do tipo Alto-Alto na região

nordeste e parte do estado do Pará. Entre macrorregiões dos estados do Paraná, São Paulo, Minas Gerais e Goiás foi observado a formação de clusters do tipo Baixo-Baixo (Figura 2).

A concessão de benefícios previdenciários para indivíduos do sexo masculino seguiu um padrão similar à análise das concessões para residentes em área urbana, com as regiões sul, sudeste e parte do estado do Amazonas com as maiores frequências e com autocorrelação espacial do tipo Alto-Alto somente em macrorregiões de saúde do estado de Santa Catarina e um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo observado na região nordeste do país, além de parte dos estados de Minas Gerais e Tocantins (Figura 2). Em relação ao sexo feminino, as maiores frequências de benefícios previdenciários foram observadas na região sul do país. Houve autocorrelação espacial do tipo Alto-Alto nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Em uma grande extensão da região nordeste do país, além de parte dos estados de Tocantins e Minas Gerais houve a formação de cluster do tipo Baixo-Baixo (Figura 2).

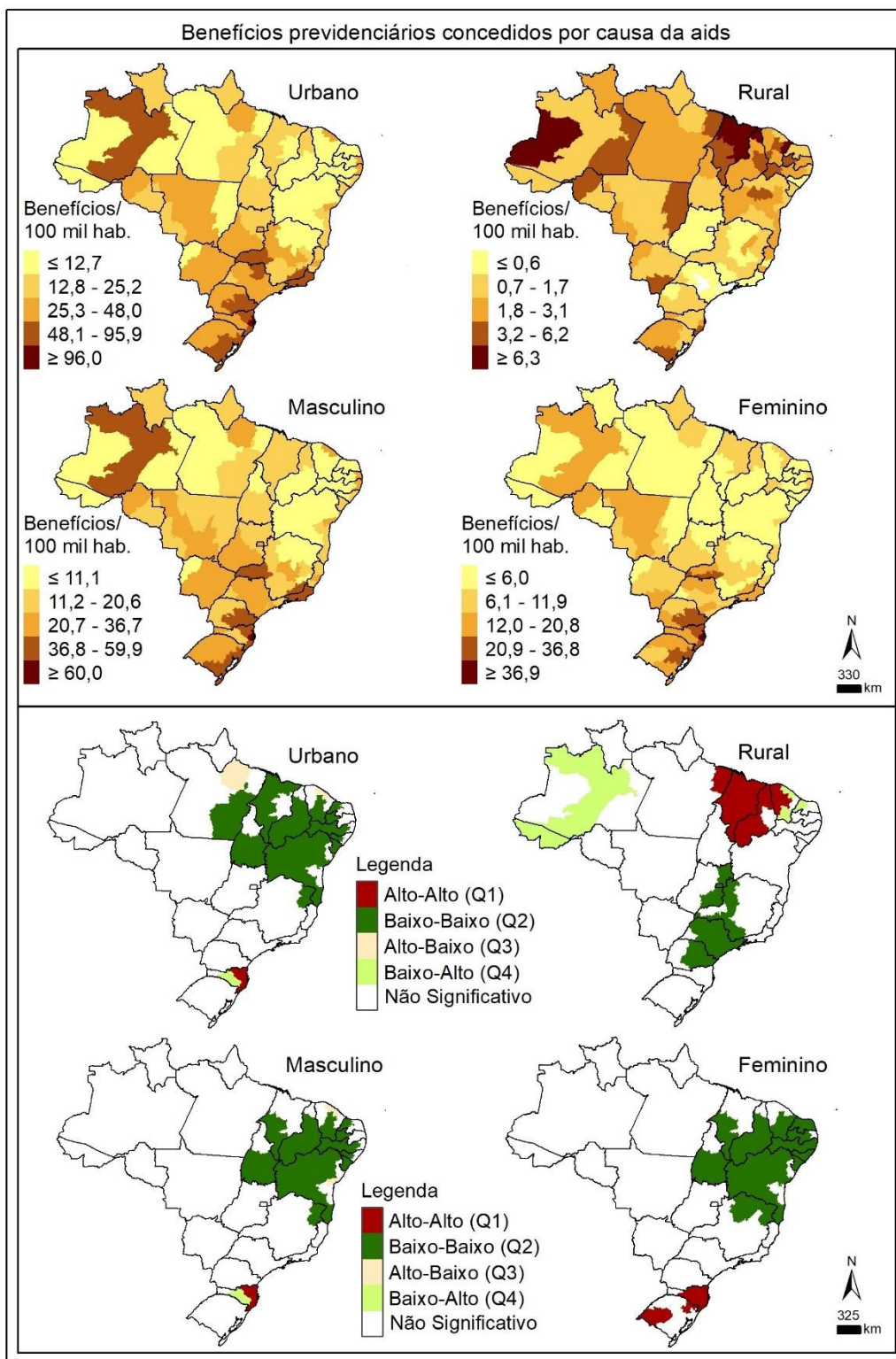


Figura 2. Taxa de concessão de benefícios previdenciários para indivíduos acometidos pela aids e autocorrelação espacial I de Moran Local (LISA), segundo área de residência e sexo, 2004-2016.

No mapa coroplético referente a média de idade no início da doença, evidenciou-se uma concentração maior de pessoas mais jovens no Norte do país. Idade acima de 39 anos ocorreu

principalmente em estados da região sudeste, centro-oeste e nordeste. De fato, a análise de autocorrelação espacial mostrou a formação de um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo no norte do país, além de outros dois nos estados de Santa Catarina e São Paulo e um extenso cluster do tipo Alto-Alto na região Centro-Oeste, além de outros na região Sudeste do país e parte do estado da Bahia (Figura 3).

No mapa referente a média de idade no início da incapacidade, identificou-se que a média varia predominantemente entre 34-39 anos nas regiões norte e nordeste do país e média de 40-42 anos nas regiões centro-oeste e sudeste com exceção pontual de uma macrorregião do Mato Grosso do Sul, em que a idade média foi de 45-47 (Figura 3). Isso se confirma na análise de autocorrelação, com um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo na região Norte, enquanto em macrorregiões do Centro-Oeste, Sudeste e parte da Bahia a relação das macrorregiões mostrou-se do tipo Alto-Alto. Uma macrorregião do leste de Minas Gerais apresentou relação do tipo Baixo-Alto, uma vez que seu entorno apresenta altas frequências de benefícios, porém a macrorregião analisada apresentava baixas frequências (Figura 3).

Tratando-se do tempo médio até a incapacidade pode-se observar que predominantemente nas regiões sul e sudeste o tempo médio até a incapacidade foi superior a 1278 dias, enquanto nas regiões norte e nordeste esse tempo foi predominantemente entre 583-1015 dias (Figura 3). Na análise de autocorrelação, identificou-se nas regiões Norte, Nordeste e parte do Centro-Oeste um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo. Em contrapartida, nas regiões Sul e Sudeste a autocorrelação espacial foi do tipo Alto-Alto (Figura 3).

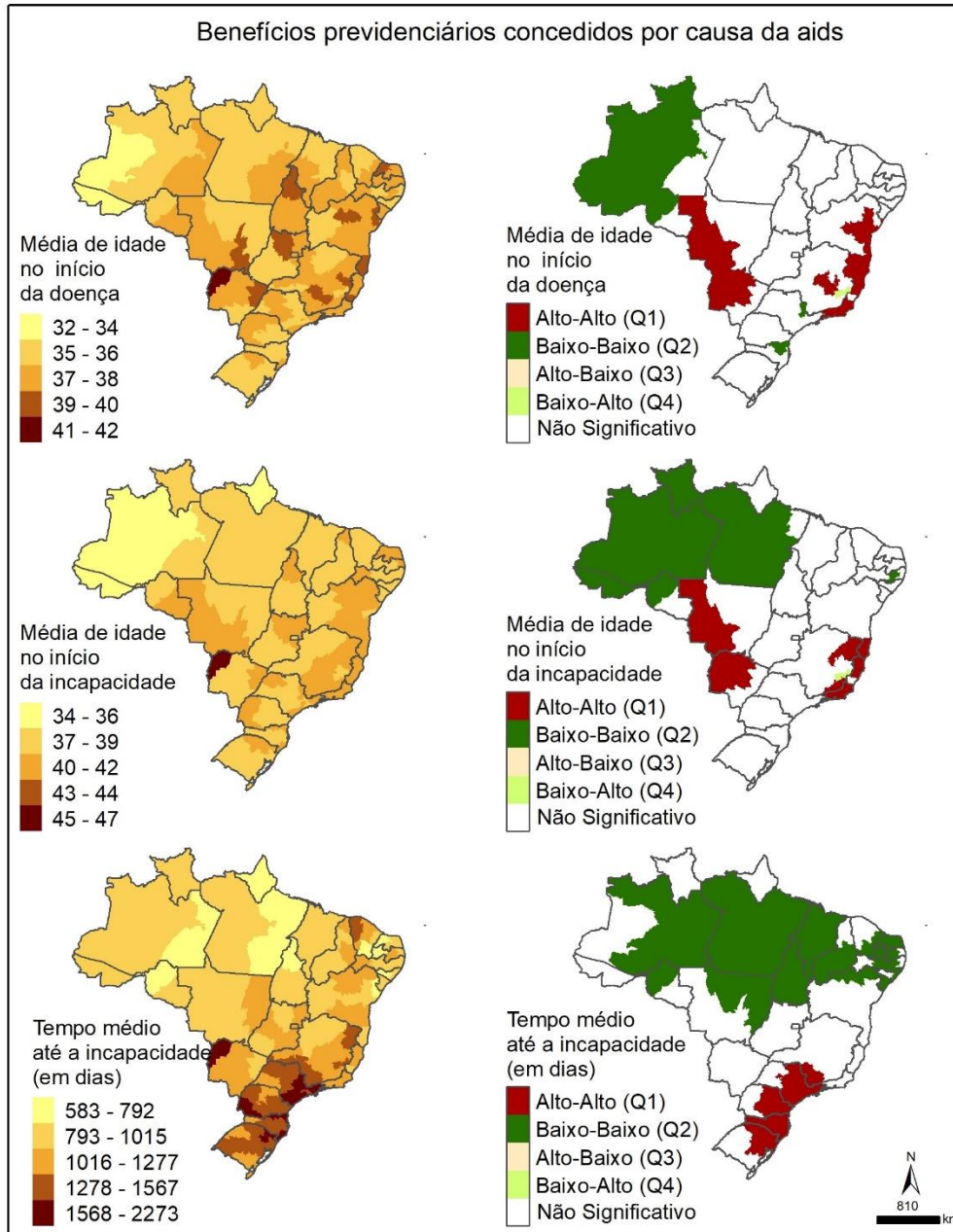


Figura 3. Taxa de concessão de benefícios previdenciários para indivíduos acometidos pela aids e autocorrelação espacial I de Moran Local (LISA), segundo média de idade no início da doença, da incapacidade e tempo médio até a incapacidade laboral, 2004-2016.

DISCUSSÃO

Sabe-se que tanto o risco de infecção, acesso ao tratamento e qualidade de vida pós infecção são diretamente afetados pelas desigualdades sociais e pela precariedade e dificuldade

de acesso aos serviços de saúde.¹⁴ Após o adoecimento e, se observada a necessidade de afastamento no trabalho, é importante a análise do acesso ao serviço previdenciário brasileiro e de que forma os benefícios previdenciários estão sendo concedidos no território nacional.

É importante a observação de que neste estudo foi analisado a concessão de benefícios previdenciários concedidos por causa da aids, sendo que esta concessão pode não ter relação direta com a incidência/prevalência da doença. Ou seja, regiões com alta incidência/prevalência da aids pode ter, neste estudo, baixas frequências de concessões de benefícios previdenciários, visto que a concessão destes está associada ao trabalho formal.

Foram concedidos 73.066 benefícios previdenciários relacionados a aids no período estudado, com maior número de concessões nas regiões Sudeste e Sul do país. Este achado era esperado uma vez que estas regiões são as mais populosas do Brasil. Porém também deve-se levar em consideração o estilo de vida e as condições de trabalho nessas regiões, onde existe maior formalidade no estabelecimento e cumprimento dos direitos trabalhistas.²⁰

Foi observado um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo envolvendo a região nordeste, além dos estados de Minas Gerais e Tocantins. A baixa frequência de benefícios previdenciários nestas áreas pode estar associada com o alto índice de trabalho informal uma vez que a região Norte é a região que apresenta maior percentual deste tipo de trabalho no Brasil (65,2%), seguida pela região Nordeste (63,3%) como indica o estudo da organização Fundo Brasil.¹⁷ Isso também pode ser explicado pela subnotificação e falta de diagnóstico da doença, o que por sua vez acarreta um menor número de pessoas que buscam o direito do benefício. Deve-se considerar que o Nordeste detém o maior índice de analfabetismo no país, e a maior proporção de analfabetos concentra-se nos municípios nordestinos com até 50 mil habitantes.²¹ O analfabetismo por sua vez está atrelado à falta de informação. A relação do tipo baixo-alto observada no estado de Santa Catarina, quando analisado a frequência de concessão de benefícios para pessoas com aids num geral, pode ser explicada pela densidade demográfica desigual entre os municípios do estado, assim como a discrepância entre o poder econômico

entre eles, o que acarreta divergência nas taxas de identificação da doença, acesso à informação e aos serviços, seja de saúde ou previdenciários, uma vez que a renda distribuída pela Previdência Social é maior em municípios com alto PIB *per capita*, e municípios menores tendem a ter um PIB *per capita* menor quando comparados com grandes metrópoles.²² O mesmo pode ser evidenciado quando se tratando especificamente da concessão de benefícios previdenciários. Municípios maiores tendem a possuir maior estrutura ao incentivo ao cuidado, assim como mais fontes de informação, o que pode aumentar o número de benefícios. Em 2020, Florianópolis apresentou uma taxa de detecção de 34,2 casos de aids por 100 mil habitantes, sendo a quarta capital em diagnósticos, quase 50% maior que a taxa estadual (19,7%). Isso é um possível reflexo da campanha pare o HIV Floripa 2020 que proporcionou uma transmissão de informação em massa no município e acarretou uma alta taxa de prevalência, devido a identificação dos casos.²³ Em Santa Catarina também se pode observar um *cluster* do tipo Alto-Alto, o que pode ser explicado pelo poder econômico dos municípios da macrorregião em questão, a Grande Florianópolis, assim como a taxa de urbanização e densidade demográfica, pois, como visto anteriormente, a renda distribuída pela Previdência Social é maior em municípios com alto PIB *per capita*.²²

O cluster do tipo alto-baixo identificado nos estados de Minas Gerais, Bahia e Ceará pode ser explicado principalmente pela desigualdade social entre as cidades, assim como a densidade demográfica. Municípios grandes e com poder econômico elevado, tendem a apresentar altas taxas de benefícios concedidos, uma vez que há um maior incentivo a prevenção, educação, acesso aos serviços de saúde, ao tratamento, e se necessário aos serviços previdenciários. Sabe-se que em grandes metrópoles há uma maior taxa de trabalhadores formais, ou seja, que contribuem para o sistema previdenciário e, que por isso, tem direito ao benefício deste tipo. Por outro lado, esses estados também apresentam diversos municípios de pequeno porte, com poucos recursos, e com um maior índice de trabalho informal o que acarreta num cenário contrário ao identificado anteriormente.²⁴

Quando comparamos a concessão de benefícios na zona rural e na área urbana identifica-se que as regiões Sul, Sudeste e parte do Amazonas possuem o maior índice de concessão de benefícios para indivíduos residentes da área urbana, e isso se explica pelo alto desenvolvimento econômico, mercado de trabalho predominantemente mercadológico industrial e densidade demográfica predominantemente urbana.²⁵ Com relação ao mapa de autocorrelação espacial observou-se uma correlação do tipo alto-alto em macrorregiões de Santa Catarina, o que indica que há uma relação de alta taxa de urbanização na região, o que está diretamente relacionada a um alto desenvolvimento econômico e industrial.²⁶ Também se identificou um extenso cluster do tipo baixo-baixo nas regiões Norte e Nordeste do país, além de parte do estado de Minas Gerais, o que indica uma baixa taxa de concessão de benefícios previdenciários em áreas urbanas nessas regiões, seja pelo baixo índice de urbanização e alta concentração de pessoas na zona rural ou até mesmo pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde, impossibilitando a detecção e identificação da doença, além da possibilidade de trabalho informal.

Benefícios concedidos para trabalhadores em áreas rurais foram mais frequentes nas regiões Norte e Nordeste do país. Este resultado reflete a realidade dos municípios dessas regiões, com baixa taxa de urbanização e maior número de trabalhadores rurais, quando comparados às outras regiões do país como indica um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, no qual identificou-se que a região Nordeste possui a maior proporção de população rural (26,87%) em relação à população total.²⁷ Esses fatores também proporcionaram uma análise de autocorrelação do tipo Alto-Alto nessas regiões. Em contrapartida, em regiões em que há uma maior urbanização e uma densidade demográfica predominantemente urbana, como Paraná, Minas gerais e São Paulo evidenciou-se uma correlação do tipo Baixo-Baixo.

A frequência de concessão de benefícios previdenciários é menor em zonas rurais quando comparadas com a área urbana, porque a falta de infraestrutura, a limitada oferta de

serviços de saúde, dificuldade de acesso, desafios no acesso ao transporte e a falta de recursos financeiros são elementos que, quando combinados, podem resultar na diminuição da utilização de serviços de saúde e previdenciários por parte dos indivíduos que residem em regiões rurais, ocasionando assim, uma menor identificação dos casos.²⁵ Associado a isso temos que levar em consideração principalmente que a doença não é tão comum nas áreas rurais, e nessas regiões é observado um alto índice de trabalho informal e de subsistência, o que faz com que essa população não tenha direito ao benefício previdenciário, além, é claro, da baixa densidade demográfica nestas áreas.

Com relação ao público feminino sabe-se que as mulheres têm uma maior propensão a utilizar os serviços de saúde, ainda assim, reforça-se que os índices de menor frequência do benefício quando comparado ao público masculino é um possível reflexo das ações de saúde direcionadas a mulher, como incentivo ao cuidado individual e ao acompanhamento ginecológico e obstétrico.¹⁷ Vale ressaltar também que há uma grande parcela da população feminina que opta pelo trabalho informal, uma vez que este é mais flexível, assim como há um estereótipo de que mulheres são as donas do lar, com isso há um menor número de mulheres contribuintes, o que influencia diretamente no número de beneficiárias.²⁸

Nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina evidenciou-se um *cluster* do tipo Alto-Alto para o público feminino, e isso é um reflexo da maior independência financeira e social desse público nesses estados, além de que é importante ressaltar que a qualidade da mão de obra feminina vêm se tornando cada vez mais especializada e esse público começou a se inserir num mercado anteriormente considerado masculino.²⁹ Sabe-se que a taxa de mulheres com trabalhos formais vem crescendo ao longo dos anos, mas isso é mais evidente em regiões do Sul e Sudeste, e em especial em grandes metrópoles e isso explica a frequência de concessão de benefícios para essa população obtida no estudo.³⁰ O oposto acontece em estados como Tocantins e norte de Minas Gerais, uma vez que essas são regiões em que há um maior número

de municípios de pequeno porte, nas quais há uma alta taxa de trabalho informal, e de mulheres que se dedicam exclusivamente aos cuidados da casa e da família.

Tratando-se do público masculino observou-se uma frequência elevada de concessões de benefícios nas regiões Sul e Sudeste, o que pode ser explicado pelo alto número de homens inseridos no mercado de trabalho formal, acesso ao serviço de saúde e previdenciários de forma facilitada. Nas regiões do Nordeste, Tocantins e partes de Minas Gerais, observou-se uma baixa taxa de concessão, o que é um reflexo do maior número de trabalhadores rurais, e de subsistência, assim como acesso dificultado aos serviços.^{31 32 33}

Referindo-se a média de idade no início da doença observou-se uma maior concentração de benefícios concedidos a pessoas mais novas no Norte do país, e isso pode ser explicado pela falta de medidas de prevenção, falta de acesso à informação, e desvalorização do cuidado, assim como o início de uma vida sexual muitas vezes precoce.³²

Nos estados do Sudeste, Centro-Oeste e pontos isolados do Nordeste, identificou-se uma média de idade mais alta no início da doença e isso está representado pelo *cluster* do tipo Alto-Alto identificado nessas regiões.

Quando nos referimos a idade média no início da incapacidade identificamos que a região Norte apresentou um cluster do tipo Baixo-Baixo, assim como uma macrorregião no Nordeste brasileiro. Por outro lado, macrorregiões do Centro-Oeste e do Sudeste apresentaram uma autocorrelação do tipo Alto-Alto. Isso se deve ao fato de que nas regiões Nordeste e Norte brasileiros há uma maior dificuldade de acesso ao tratamento e acompanhamento da doença, com isso os indivíduos acabam sendo impactados com os sintomas e consequências da doença mais cedo. Da mesma forma, aqueles que contribuem com o sistema previdenciário brasileiro recorrem a esse serviço mais precocemente. No Sudeste e Centro-oeste observa-se um cenário contrário, uma vez que há um maior acesso ao serviço de saúde, o acompanhamento e o tratamento são feitos de forma mais rigorosa e eficaz, o que proporciona aos doentes uma melhor qualidade de vida. O alto número de trabalhadores formais dessas regiões associados ao

acesso adequado aos serviços proporciona uma idade média no início da incapacidade para concessão de benefícios mais alta.

Tratando-se do tempo médio até a incapacidade as regiões Sul e Sudeste apresentaram um maior tempo médio até a incapacidade, superando 1278 dias, o que se reflete no cluster do tipo Alto-Alto nessas regiões, e que pode ser explicado devido ao elevado poder econômico dessas regiões, que proporcionam aos trabalhadores uma melhor condição de vida e trabalho, o que faz com que os doentes levem mais tempo para se tornar incapazes e dependentes do serviço previdenciário. Em contrapartida observou-se nas regiões Norte e Nordeste um tempo médio até a incapacidade de 583-1015 dias, e um extenso cluster do tipo Baixo-Baixo, e isso é um reflexo das condições de trabalho, muitas vezes precárias, instáveis e o vínculo fragilizado das relações trabalhistas, o que por sua vez, acabam adiantando ou promovendo um quadro mais crítico da doença, o que faz com que o indivíduo tenha que se afastar mais precocemente.³⁴

Este estudo demonstrou de forma espacial a concessão de benefícios previdenciários para portadores de aids no Brasil de acordo com suas características sociodemográficas, e evidenciou a necessidade da realização de novos estudos, que avaliem pontualmente as autocorrelações, e assim, torne possível a elaboração de estratégias eficazes e condizentes com determinada região. A presença de extensos clusters do tipo Baixo-Baixo para as variáveis analisadas nas regiões Norte e Nordeste do país e nas macrorregiões de saúde norte e nordeste do estado de Minas Gerais demonstram a grande vulnerabilidade social que estas populações estão submetidas.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento DR. A AIDS no Final do Século XX. In: As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 81-112. História e saúde collection.
2. Bastos FI, Boschi-Pinto C, Telles PR, Lima E. O Não-dito da AIDS. Cad Saúde Pública. 1993; 9(1). doi: 10.1590/S0102-311X1993000100010.

3. Greco DB. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estud av* [Internet]. 2008Dec;22(64):73–94. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300006>
4. Kerr LR, Mota RS, Kendall C, Pinho Ade A, Mello MB, Guimarães MD, Dourado I, de Brito AM, Benzaken A, McFarland W, Rutherford G; Grupo de Vigilância HIVMSM. VIH entre HSH num grande país de rendimento médio. *AIDS*. 2013;27(3):427-35. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835ad504.
5. Lucas MCV, Böschemeier AGE, Souza ECF de. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. *Physis (Rio J.)*. 2023;33:e33053. doi.org/10.1590/S0103-7331202333053.
6. Antunes, L, Camargo BV, Bousfield ABS. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicol. teor. prá.* 2014;16(3):43-57. doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p43-57
7. “Aids / HIV.” Ministério Da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv>. Accessed 13 Dec. 2023.
8. Rossi SMG, Maluf ECP, Carvalho DS, Ribeiro CEL, Battaglin CRP. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(2):117–23. Barros SG. Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online]. Salvador: EDUFBA, 2018. 335 p. <https://doi.org/10.7476/9788523220303>.
9. Santos KAR, de Melo L, de Oliveira AMM, Limongi JE. Social welfare related to AIDS in Brazil: factors associated with social assistance and social security, 2004 – 2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e73. doi: 10.26633/RPSP.2018.73.
10. Souza LEPF de, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho N de, Machado CV, Campos GW, Azevedo-e-Silva G. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(8):2783–2792. doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018.

11. Nulle, A. L., & Moreira, C. S.. (2019). A Previdência Social: reforma ou há alternativas?. *Economia E Sociedade*, 28(3), 791–819. <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2019v28n3art08>
12. Couto, B. R.. (2015). Assistência social: direito social ou bem-estar?. *Serviço Social & Sociedade*, (124), 665–677. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.045>
13. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. Macrorregiões e regiões de Saúde. [Internet]. Brasília (DF): CONASEMS; 1 Jan 2021 [Revisado 23 Mar 2023; citado 10 Out 2023]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-depoio/paineis/13_macrorregioes-e-regioes-de-saude.
14. Heidari S, Babor TF, Castro P, Tort S, Curno M. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(3):665-75. doi: 10.5123/S1679-49742017000300025
15. Anselin L. Local indicators of spatial association – LISA. *Geogr Anal*. 1995;27(2):93-115. doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x.
16. Câmara G et al. Análise especial em áreas. In: Druck S. et al (Org.). Análise espacial de dados geográficos. Brasília, DF: EMBRAPA; 2004. p. 155- 205.
17. Batista JFC, Oliveira MR, Pereira DLM, Matos MLSS, Souza IT, Menezes MO. Distribuição espacial e tendência temporal da AIDS no Brasil e regiões entre 2005 e 2020. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230002. doi.org/10.1590/1980-549720230002.2.
18. Fundo Brasil (org.). Mapeamento do trabalho informal no Brasil. Fundo Brasil, São Paulo, pág. 1-69, jun. 2022. Disponível em: <https://www.fundobrasil.org.br/wp-content/uploads/2023/01/mapeamento-trabalho-informal-corte1-1.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2023.
19. CUT - Central Única Dos Trabalhadores, www.cut.org.br/noticias/confira-novos-valores-do-auxilio-doenca-2023-quem-tem-direito-e-como-requerer-22b2. Accessed 13 Dec. 2023.

20. Neves, M. de C. R., Gonçalves, M. F., & Lima, J. E. de .. (2015). Mundos distintos e realidades semelhantes: empregabilidade dos jovens no Nordeste e Sudeste brasileiros. *Revista Brasileira De Estudos De População*, 32(2), 335–356. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982015000000019>
21. Peres, MA de C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. *Soc estado*. 2011;26(3), 631–61. doi.org/10.1590/S0102-69922011000300011
22. Barbosa, Edvaldo Duarte. Previdência social e redistribuição de renda intermunicipal. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5458>
23. Maria MPM, Carvalho MP de, Fassa AG. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):e00099622. doi.org/10.1590/0102-311XPT099622.
24. Vieira EWR, Dutra IR, Cerqueira LJ, Gazzinelli A. Disparidade urbano-rural na utilização de serviços de saúde em município de pequeno porte. *Rev Rene*. 2020;21:e42458. doi.org/10.15253/2175-6783.20202142458.
25. Souza S de CI de, Almeida C, Gomes MR. Efeitos da segmentação regional nos salários dos trabalhadores do Nordeste e Sudeste do Brasil. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 2022Oct;23(4):1051–67. Available from: <https://doi.org/10.20435/inter.v23i4.3517>
26. Goulart JG. Migrações e urbanização em Santa Catarina. *Desenvolvimento Socioeconômico em Debate*. 2016;1(2):85–105. doi: 10.18616/rdsd.v1i2.2398.
27. Valadares AA. O gigante invisível: território e população rural para além das convenções oficiais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): *Demografia. População*, Brasília, p. 1-35, mar. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2866>. Acesso em: 12 nov. 2023.

28. Carvalho, P. A. de ., & Viego, V.. (2023). Evolução do emprego feminino no mercado de trabalho brasileiro: uma análise shift-share entre 2003 e 2018. *Economia E Sociedade*, 32(1), 207–224. <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2023v32n1art09>
29. Capeletto, FC, Silva IMM, Silva LFSC Gênero e mercado de trabalho: A inserção da mulher em cargos de chefia na indústria metalmeccânica de Erechim-RS. *Gênero*. 2021; 21(2): 159-181.
30. Barbosa, ALNH. Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3736>
31. Macedo NGR, Pinheiro LS. Determinantes da participação das mulheres brasileiras na força de trabalho durante a pandemia da covid-19. *Mercado de Trabalho: Conjuntura e Análise*: n. 73, 2022. doi.org/10.38116/bmt73/nt1
32. Silva, NDV. Mercados de trabalho formais e informais: uma análise da discriminação e da segmentação. 1997. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 1997. [doi:10.11606/D.11.2018.tde-20181127-160825](https://doi.org/10.11606/D.11.2018.tde-20181127-160825). Acesso em: 2023-11-06.
33. Lima, MBG. Dinâmica dos ciclos econômicos no mercado de trabalho formal dos estados brasileiros. 2019. 32f. - Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) - Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade - FEAAC, Programa de Economia Profissional - PEP, Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza (CE), 2019.
34. Aquino, CAB. Precarização, neoliberalismo e questão social: reverberações sobre os modos de trabalho no nordeste brasileiro. *Cad Psicol Soc Trab*. 2020; 23(1):51-63. doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v23i1p51-63.

ANEXO 1. Instruções para autores da revista que o manuscrito será submetido.

14/11/2023, 09:46

SciELO - Brasil

Epidemiologia e Serviços de Saúde



REVISTA DO SUS

 Open Access

Epidemiologia e Serviços de Saúde

Publicação de: **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Ministério da Saúde do Brasil**

Área: Ciências Da Saúde

Versão impressa ISSN: 1679-4974 Versão on-line ISSN: 2237-9622

Título anterior: Informe Epidemiológico do SUS

Sobre o periódico

(Atualizado: 31/03/2023)

Informações básicas

A Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do SUS (RESS) é um periódico científico de acesso aberto, publicado trimestralmente, gratuito e de fluxo contínuo, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde do Brasil (CGDEP/DAEVS/SVSA/MS).

A RESS é regida pela Portaria nº 14, de 13 de agosto de 2015, e pelo seu Estatuto – elaborado pelo Núcleo Editorial e o Comitê Editorial –, que podem ser acessados para mais informações.

A abreviatura de seu título é Epidemiol. Serv. Saúde, que deverá ser usada em bibliografias, notas de rodapé, em referências e legendas bibliográficas.

Missão

A missão da RESS é 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).

Histórico

A RESS é continuação do Informe Epidemiológico do SUS (IESUS) criado em 1992, após a constituição do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Em 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), passou a denominar-se Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS), a partir do volume 12, número 1.

Fontes de indexação

Os artigos publicados na Epidemiol. Serv. Saúde (RESS) são indexados ou resumidos por:

Bases de dados:

- Medline
- Coleção SciELO Brasil
- Coleção SciELO Saúde Pública
- Scopus
- Embase
- Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS)
- Web of Science
- PubMed Central (PMC)

Indexadores:

- Emerging Sources Citation Index (ESCI)
- Sumarios.org

Diretórios:

- Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
- Directory of Open Access Journals (DOAJ)

Biblioteca virtual:

- Periódicos CAPES

Propriedade intelectual

Os artigos publicados são de inteira responsabilidade dos autores e não expressam necessariamente a posição do Ministério da Saúde. O conteúdo publicado na RESS está sob licença da Creative Commons do tipo atribuição (CC-BY), segundo a qual é permitido que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir de trabalho publicado, mesmo para fins comerciais, desde que seja atribuído o devido crédito autoral.

Arquivamento

A RESS, como parte das Coleções SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública, conta com a preservação digital na estrutura da Rede Cariniana, criada pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict/MCTI) e que opera como um sistema de preservação digital baseado no modelo de rede distribuída, com armazenamento pelo sistema de código aberto LOCKSS, criado pela Stanford University. Os volumes anteriores à indexação nas Coleções SciELO também são preservados digitalmente, com o apoio do Instituto Evandro Chagas (IEC).

Divulgação

A RESS dissemina seu conteúdo através de seu site (<https://ress.iec.gov.br/p/home>). Após a publicação de cada artigo, os autores são comunicados e incentivados a divulgar seu conteúdo em suas redes pessoais e institucionais. Quinzenalmente, o boletim RESS Informa é publicado pela revista e divulgado entre sua lista de contatos. Cada número completo da revista também é disseminado entre a lista de contatos. Os(As) editores(as) associados(as) da RESS, mensalmente, publicam no Blog SciELO em Perspectiva um press release de uma publicação recente da revista. A RESS fomenta a participação de membros de seu Núcleo Editorial em eventos científicos, para a promoção de seu conteúdo, e também é uma revista parceira da Agência Bori, que promove a disseminação de conteúdos científicos à imprensa.

Instituição mantenedora

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do
Ministério da Saúde (SVSA/MS)

Corpo Editorial

Editora Chefe

- Cynthia Braga, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE – Brasil

Editor Executivo

- Guilherme Loureiro Werneck, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil

Editora Científica

- Bárbara Reis-Santos, Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB), Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Editores

Editores Associados

- Amanda Coutinho de Souza, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF – Brasil
- Carolina Fausto de Souza Coutinho, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, SP – Brasil
- Cristine Bonfim, Diretoria de Pesquisas Sociais da Fundação Joaquim Nabuco, Pernambuco, PE - Brasil
- Doroteia Aparecida Höfelmann, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR - Brasil
- Elisângela Aparecida da Silva Lizzi, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Cornélio Procópio, PR – Brasil
- Isis Polianna Silva Ferreira de Carvalho, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil
- Laylla Ribeiro Macedo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ – Brasil
- Maryane Oliveira Campos, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF - Brasil
- Thaynã Ramos Flores, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS – Brasil

Editora para artigos de revisão sistemática

- Taís Freire Galvão, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP - Brasil

Editora para métodos estatísticos

- Lúcia Rolim Santana de Freitas, Universidade de Brasília, Brasília, DF - Brasil

Comitê Editorial

- Alicia Matijasevich Manitto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil
- Ana Lúcia Escobar, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO - Brasil
- Brendan Flannery, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta - Estados Unidos
- Bruce Bartholow Duncan, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS - Brasil
- Carlo Henrique Goretta Zanetti, Universidade de Brasília, Brasília, DF - Brasil
- Carlos Castillo Salgado, Johns Hopkins University, Baltimore - Estados Unidos
- Carlos Machado de Freitas, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ - Brasil
- Cláudia Medina Coeli, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ - Brasil
- Cor Jesus Fernandes Fontes, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT - Brasil
- Eduardo Simões, University of Missouri, Columbia - Estados Unidos
- Eliseu Alves Waldman, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil
- Everton Nunes da Silva, Universidade de Brasília, Brasília, DF - Brasil
- Iná da Silva dos Santos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS - Brasil
- Isabella Chagas Samico, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE - Brasil
- Jarbas Barbosa da Silva Júnior, Organização Pan Americana de Saúde, Washington - Estados Unidos
- João Bosco Siqueira Júnior, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO - Brasil
- José Cássio de Moraes, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil
- José Ueleres Braga, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ - Brasil
- Luiz Augusto Facchini, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS - Brasil
- Márcia Furquim de Almeida, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil
- Maria Cecília de Souza Minayo, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ - Brasil
- Maria da Glória Lima Cruz Teixeira, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA - Brasil
- Maria de Fátima Marinho de Souza, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil
- Marilisa Berti de Azevedo Barros, Universidade de Campinas, Campinas, SP - Brasil

- Otaliba Libânio de Moraes Neto, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO - Brasil
- Vera Lúcia Guimarães Blank, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC - Brasil

Produção editorial

Secretaria Executiva

- Aline Vieira de Lima, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil
- Dalila de Carvalho Silva Gonzaga, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil

Revisão de Texto (português)

- Ermenegildo Munhoz Júnior, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF - Brasil
- Maria Irene Lima Mariano, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF - Brasil

Tradução e Revisão de Texto (Inglês)

- David Ian Harrad, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil
- Lúcia Ferreira Quirino, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil

Tradução e Revisão de Texto (Espanhol)

- Lota Moncada, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil

Diagramação

- Rhander David de Lima Sousa, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil

Comunicação/Divulgação

- Matheus Nunes Oliveira Alves, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF – Brasil

Bibliotecária

- Isabel dos Santos Figueiredo, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília, DF - Brasil

Editoração Eletrônica

- Instituto Evandro Chagas, Ministério da Saúde, Ananindeua, PA- Brasil

Integridade em pesquisa

A RESS segue as orientações das Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível em [inglês](#) e [português](#).

São adotados os princípios da ética na publicação do código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

Práticas que ferem a integridade científica, como plágio, autoplágio, fabricação de dados, publicação redundante e conflitos de interesse não divulgados, entre outras práticas de má conduta, serão avaliadas por membros do Núcleo Editorial e do Comitê Editorial, independentes em relação ao processo editorial do manuscrito em questão, de acordo com os fluxogramas e demais recomendações do COPE, que comunicará imediatamente os autores sobre a decisão e todas as etapas deste processo. A revista adota o sistema iThenticate para identificação de plágio.

A RESS possui uma Declaração sobre Ética na Publicação, que expressa o compromisso ético da revista para a adoção de melhores práticas na publicação científica.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos na condução e publicação dos resultados da pesquisa é de inteira responsabilidade dos autores, devendo-se respeitar as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque. Para pesquisas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar integralmente as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Sempre que pertinente, deve ser informado o número do protocolo e a data da 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.

Conflitos de interesses

Conflitos de interesses são situações nas quais existem interesses – aparentes ou não – capazes de influenciar o processo de elaboração e de revisão dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – aos quais qualquer pessoa pode estar sujeita.

Autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, por meio de uma Declaração de Responsabilidade, que deve ser assinada por todos os autores durante a submissão do manuscrito, e do Formulário de declaração de potenciais conflitos de interesse. A declaração sobre o conflito de interesses será publicada no manuscrito, caso aprovado.

Revisores *ad hoc* envolvidos no processamento editorial deverão declarar, no seu parecer de avaliação do manuscrito, se possuem algum conflito de interesse. Os principais conflitos de interesse de revisores são:

1. Atuar ou ter atuado na mesma instituição/organização do autor;

2. Ter histórico recente de colaboração ou de publicação com um dos autores;
3. Ter alguma relação com a empresa que financiou a pesquisa;
4. Ter relação pessoal com o autor.

Editores e membros do Comitê Editorial da RESS apresentaram a declaração de conflitos de interesse.

Como forma de assegurar a independência editorial da revista em relação à instituição mantenedora, a decisão sobre a aprovação dos manuscritos para publicação compete ao Comitê Editorial e a decisão sobre a recusa de manuscritos em processamento são validadas por pelo menos dois membros no Núcleo Editorial.

Responsabilidade da autoria

Os autores necessitam declarar ser responsáveis pela veracidade e pelo ineditismo do trabalho, por meio da assinatura da Declaração de Responsabilidade.

Os critérios de autoria devem obedecer às deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver, que reconhecem como critério de autoria a contribuição substancial nas quatro seguintes atividades: (i) concepção ou delineamento do estudo, ou coleta, 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.

Direito de reprodução

O conteúdo publicado na RESS está sob licença da Creative Commons do tipo atribuição (CC-BY), segundo a qual é permitido que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir de trabalho publicado, mesmo para fins comerciais, desde que seja atribuído o devido crédito autoral.

Ciência aberta e compartilhamento de dados

A RESS se alinha aos princípios da ciência aberta. São acolhidos manuscritos publicados previamente nos servidores não comerciais de *preprints*, a exemplo do SciELO Preprints, do bioRxiv e do medRxiv, desde que não tenham sido submetidos a revisão por pares em outro periódico simultaneamente. O autor responsável pela submissão deve informar sobre esse depósito por meio do preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta, que deve ser submetido como arquivo suplementar ao manuscrito.

A RESS atualmente adota o modelo de revisão por pares duplo-cego. Em alinhamento com a abertura progressiva do processo de revisão dos manuscritos, o nome do editor associado envolvido no processo editorial é incluído no manuscrito publicado.

O acesso às bases de dados do estudo poderá ser solicitado em qualquer etapa do processo editorial. O depósito e o compartilhamento de dados da pesquisa que apoiam a publicação do manuscrito, em repositórios públicos de dados, como o repositório SciELO Data, é incentivado pela RESS. Para acessar as instruções detalhadas sobre o depósito de dados, clique aqui.

A RESS também incentiva o depósito e o compartilhamento das rotinas de programação dos *softwares* estatísticos utilizadas nas análises de dados, por meio de materiais suplementares.

Equidade de sexo e gênero

Os manuscritos submetidos à RESS devem observar os princípios da Diretriz sobre Equidade de Sexo e Gênero em Pesquisa (*Sex and Gender Equity in Research - SAGER*). Por esta diretriz, os termos sexo (atributo biológico) e gênero (moldado por circunstâncias sociais e culturais) devem ser usados com atenção, a fim de evitar confusão em seu uso.

Instruções aos autores

Modalidades dos manuscritos

O Núcleo Editorial da RESS 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.

b) Artigo de revisão

b.1) Sistemática – produto da aplicação de estratégias para a redução de vieses na seleção, avaliação crítica e síntese de resultados de diferentes estudos primários, com o objetivo de responder a uma pergunta específica; pode apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise; é desejável a indicação do registro do protocolo da revisão na base de registros PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).

b.2) Narrativa – produto da análise crítica de material publicado, com discussão aprofundada sobre tema relevante para a saúde pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.

c) Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (nota prévia) de pesquisa original.

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.

e) Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos para promover o debate no âmbito da epidemiologia e/ou vigilância em saúde, a partir de evidências científicas e expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.

f) Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas, por meio de réplicas, assinadas por especialistas, também convidados.

g) Investigação de eventos de interesse da saúde pública – produto inédito de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública.

h) Perfil de bases de dados nacionais de saúde – descrição de bases brasileiras de interesse para a epidemiologia, a vigilância, a prevenção e o controle de doenças, feita a convite dos editores.

i) Cartas – comentários e/ou críticas breves, vinculados a artigo publicado na última edição da revista, que poderão ser publicadas por decisão dos editores e acompanhadas por carta de resposta dos autores do artigo comentado.

As características das modalidades acolhidas estão sumarizadas no quadro abaixo.

Quadro: Características das modalidades dos manuscritos.

| Modalidade | Número de palavras | Número de tabelas e figuras | Número de referências | Resumos (150 palavras) | Quadro de contribuições do estudo |
|---|--|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| Artigo original | 3.500 | Até 5 | Até 30 | Sim | Sim |
| Artigo de revisão sistemática | 3.500 | Até 5 | Sem limitação | Sim | Sim |
| Artigo de revisão narrativa | 3.500 | Até 5 | Sem limitação | Sim | Sim |
| Nota de pesquisa | 1.500 | Até 3 | Até 30 | Sim | Sim |
| Relato de experiência | 2.500 | Até 4 | Até 30 | Sim | Sim |
| Artigo de opinião | 1.500 | Até 2 | Até 30 | Não | Não |
| Debate | 3.500 (1.500 cada réplica ou tréplica) | | Até 30 | Não | Não |
| Investigação de eventos de interesse da saúde pública | 2.500 | Até 4 | Até 30 | Sim | Sim |
| Perfil de bases de dados nacionais de saúde | 3.500 | Até 7 | Até 30 | Não | Sim |
| Cartas | 400 | Até 5 | Até 5 | Não | Não |

A critério dos editores, podem ser publicados outros formatos de artigos, a exemplo de ferramentas para a gestão da vigilância em saúde (limite: 3.500 palavras), aplicações da epidemiologia (limite: 3.500 palavras), entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras), resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras), artigos de séries temáticas e notas editoriais.

Estrutura dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE (versão em inglês e versão em português).

A estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no *website* da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>. A seguir, são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS.

- Estudos observacionais: STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)
- Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), versões em inglês e português
- Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting) versões em inglês e português
- Estudos de bases secundárias: RECORD (Conducted using Observational Routinely-collected health Data)
- Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), versões em inglês e português.

Somente serão aceitos manuscritos que estiverem de acordo com o modelo disponível no Modelo de Submissão. Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa, com formatação em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format), DOC ou DOCX (documento do Word). Não são aceitas notas de rodapé no texto. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português;
- d) nome completo, ORCID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) instituição de afiliação (até dois níveis hierárquicos; cidade, estado, país), enumerada abaixo da lista de autores com algarismos sobrescritos; incluir somente uma instituição por autor;
- e) correspondência com nome do autor, logradouro, número, cidade, estado, país, CEP e e-mail
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho, ano de defesa e instituição;
- h) Financiamento, ou suporte, com a declaração de todas as fontes, institucionais ou privadas, que contribuíram para a realização do estudo; 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-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Resumo/Abstract/Resumen

Deverá ser redigido em parágrafo único, nos idiomas português, inglês e espanhol, com até 150 palavras, e estruturado com as seguintes seções: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o formato estruturado é opcional.

Palavras-chave/Keywords/Palabras clave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, umas delas relacionada ao delineamento do estudo, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e apresentadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Contribuições do estudo

Os autores devem informar as principais contribuições do estudo que serão apresentadas em destaque no manuscrito diagramado, em caso de publicação. Devem ser incluídos os seguintes tópicos, com até 250 caracteres com espaço para cada tópico:

- a) Principais resultados: descrever, de forma sucinta, a resposta ao objetivo do estudo;
- b) Implicações para os serviços: discutir como os achados do estudo podem repercutir nos serviços e/ou ser apropriados por eles.
- c) Perspectivas: apresentar um "olhar para o futuro" e refletir sobre quais seriam os próximos passos para a área/tema estudado e/ou o que seria necessário para a implementação dos achados.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, obrigatoriamente, as seguintes seções, nesta ordem: introdução, métodos, resultados, discussão, contribuição dos autores e referências. Tabelas, quadros e figuras deverão ser referidos nos "resultados" e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável). O conteúdo das seções deverá contemplar os seguintes aspectos:

- a) Introdução: apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem;
- b) Métodos: descrever o delineamento do estudo, a população estudada, os métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem e os procedimentos de coleta dos dados ou fonte, local e data de acesso aos 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, contemplar as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos);
- c) Resultados: apresentar a síntese dos resultados encontrados; é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas.
- d) Discussão: apresentar síntese dos principais resultados, sem repetir valores numéricos, suas implicações e limitações; confrontar os resultados com outras publicações relevantes para o tema; no último parágrafo da seção, incluir as conclusões a partir dos resultados da pesquisa e implicações destes para os serviços ou políticas de saúde;
- e) Contribuição dos autores: incluir parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores, de acordo com as recomendações do ICMJE.
- f) Agradecimentos: quando houver, devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável; nomeiam-se as pessoas que colaboraram com o estudo e preencheram os critérios de autoria; os autores são responsáveis pela obtenção da

autorização, por escrito, das pessoas nomeadas, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo; agradecimentos pessoais – por exemplo, “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho” – devem ser evitados;

g) Referências: o formato deverá seguir as Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE e do Manual de citações e referências na área da medicina da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, com adaptações definidas pelos editores.

- No texto, utilizar o sistema numérico, segundo a ordem de citação no texto, com os números grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação (e a pontuação, quando presente), separados entre si por vírgulas; se números sequenciais, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16).
- Para referência com mais de seis autores, listar os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.” para os demais;
- Títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada, de acordo com o estilo usado no Index Medicus ou no Portal de Revistas Científicas de Saúde;
- Títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso;
- Sempre que possível, incluir o DOI (Digital Object Identifier) do documento citado.

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. O Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde ou o Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.) podem ser consultados.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos à RESS por meio do Sistema SciELO de Publicação. Antes da submissão, no entanto, os autores devem preparar os seguintes documentos:

1. Declaração de responsabilidade, assinada por todos os autores, digitalizada em formato PDF;
2. Formulário de conformidade com a ciência aberta;
3. Folha de rosto e texto do manuscrito, de acordo com o Template de Submissão.

Taxas de processamento

A RESS não efetua cobrança de taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Processo de avaliação 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 aspectos editoriais e técnicos, que incluem o potencial para publicação, o interesse para os leitores da revista e o atendimento aos requisitos éticos, não se limitando a esses elementos. Trabalhos que não atenderem a esses aspectos serão recusados; por sua vez, os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial,

composto pelas etapas especificadas a seguir.

- 1) Revisão técnica: realizada pelo editor associado e/ou assistente, consiste da revisão de aspectos de forma e redação científica, com o objetivo de garantir que o manuscrito atenda a todos os itens das Instruções aos autores e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares. Nesta etapa também é analisado o relatório do sistema de detecção de plágio do sistema iThenticate.
- 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, que devem avaliar o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. As modalidades submetidas a revisão externa por pares são: "artigo original", "nota de pesquisa", "artigo de revisão", "relato de experiência", "investigação de eventos de interesse da saúde pública" e "perfil de bases de dados nacionais de saúde". 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. Para manuscritos previamente publicados em servidores de *preprints*, a RESS entende que não é possível garantir o anonimato dos autores, sendo garantido apenas o dos revisores envolvidos no processo. Os revisores *ad hoc* devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo COPE.
- 3) Revisão pelo Núcleo Editorial: após a emissão dos pareceres dos revisores *ad hoc*, o editor associado, científico e/ou chefe também avalia o manuscrito e, quando pertinente, indica aspectos passíveis de aprimoramento na sua apresentação e para observação dos padrões de apresentação da RESS. Posteriormente, com a reformulação realizada pelos autores, o manuscrito é avaliado quanto ao atendimento às modificações recomendadas ou em relação às justificativas apresentadas para não se fazerem as alterações.
- 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.

As revisões das etapas do processo editorial serão enviadas aos autores, pelo sistema de submissões, com prazo definido para reformulação. 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, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito. Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda se identificar a necessidade de ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo, sendo os autores informados a respeito. Importante destacar que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores *ad hoc*, especialistas no assunto do manuscrito, e 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.

Após a aprovação, o manuscrito segue para a produção editorial, constituída das seguintes etapas:

- 1) Edição final;
- 2) Revisão do português;
- 3) Normalização das referências bibliográficas;
- 4) Tradução do texto completo do manuscrito para o inglês e revisões

- do *abstract* em inglês e do *resumen* em espanhol;
- 5) Diagramação do texto, tabelas e figuras;
 - 6) Revisão final;
 - 8) Controle de qualidade;
 - 7) Prova do prelo, encaminhada ao autor principal por *e-mail*, em formato PDF, para a sua aprovação final para publicação do manuscrito; e
 - 9) Editoração e publicação eletrônica.

Fluxograma de processamento dos manuscritos

Os autores poderão entrar em contato com a Secretaria da RESS, por meio do endereço eletrônico ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, ou necessidade de informação sobre o andamento do manuscrito, de forma a evitar hiatos temporais no processo editorial.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700 - 7º andar, Asa Norte,
Brasília, DF, Brasil. CEP: 70.719-040
Telefones: (61) 3315-3464 / 3315-3714
E-mail: ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br

Versão atualizada em janeiro de 2022.

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Ministério da Saúde do Brasil

SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício P0700, CEP: 70719-040, +55 61 3315-3464, Fax: +55 61 3315-3464 - Brasília - DF - Brazil
E-mail: ress.svs@gmail.com

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 – 9º andar – Vila Clementino 04037-003 São Paulo/SP - Brasil
E-mail: scielo@scielo.org



Leia a Declaração de Acesso Aberto

ANEXO 2. Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AIDS no contexto da seguridade social brasileira, 2004-2014.

Pesquisador: Jean Ezequiel Limongi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52522515.9.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.427.726

Apresentação do Projeto:

Na argumentação do protocolo, "a AIDS constitui-se em um dos estigmas mais marcantes da sociedade moderna". Apesar de ter um impacto social e epidemiológico, poucas análises relacionam a doença com a seguridade social. Buscando preencher esta lacuna, a reflexão objetiva "analisar o impacto da AIDS em relação à concessão de benefícios previdenciários e assistenciais", no período de 2004-2014.

Objetivo da Pesquisa:

O protocolo tem como objetivo geral: "analisar o impacto econômico da AIDS no âmbito de um benefício assistencial (LOAS) e de dois benefícios previdenciários concedidos aos segurados vinculados ao Regime Geral da Previdência Social do Brasil (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez), no período de 2004 a 2014".

E como objetivo específico: "analisar a concessão de benefícios em relação às características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos beneficiários, no período de 2004 a 2014".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o protocolo, os riscos da investigação serão minimizados por uma identificação que preserve a identidade dos participantes, pois serão processados por uma identidade numérica.

E os benefícios irão gravitar em torno do impacto econômico da AIDS, segundo a fonte previdenciária, no período de uma década.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.427.726

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo adota uma estratégia com dados secundários do Ministério da Previdência Social, por intermédio do Sistema Único de Informações de Benefício (SUIBE).

Serão selecionados os benefícios assistenciais: LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e os benefícios previdenciários concedidos: auxílio-doença por invalidez, em decorrência de CID B24, no período de 2004 a 2014.

Apresenta o plano de recrutamento dos participantes da investigação, com os seus critérios de inclusão e exclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Janeiro de 2017.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.427.726

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_640676.pdf | 18/01/2016 09:52:11 | | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf | 25/12/2015 17:29:04 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.pdf | 23/12/2015 00:25:15 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | DECLARACAO_COPARTIC_AIDS.pdf | 21/12/2015 21:33:28 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |
| Outros | LINK_CURRICULUM.doc | 21/12/2015 21:32:54 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.427.726

| | | | | |
|---|---------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Outros | TERMO_COMPROMISSOAIDS.pdf | 21/12/2015 17:33:06 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | AUSENCIA_TCLE_AIDS.pdf | 21/12/2015 17:30:28 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_ROSTO_AIDS.pdf | 21/12/2015 17:29:06 | Jean Ezequiel Limongi | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 28 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

**Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)**

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br