

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Prof. ^a MsC. JAISANE SANTOS MELO LOBATO
Prof.º Dr. MARCELINO SANTOS NETO
IAGO ASSUNÇÃO PEREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO
DE IMPERATRIZ DE 2008 A 2017**

IMPERATRIZ
2019

IAGO ASSUNÇÃO PEREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO
DE IMPERATRIZ DE 2008 A 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão,
Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientador: Prof MsC Jaisane Santos
Melo Lobato

Co-orientador: Prof Dr Marcelino
Santos Neto

IMPERATRIZ
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Pereira, Iago Assunção.

Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Imperatriz de 2008 a 2017 / Iago Assunção Pereira. - 2019. 29 f.

Coorientador(a): Marcelino Santos Neto.

Orientador(a): Jaisane Santos Melo Lobato.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2019.

1. Epidemiologia. 2. Saúde Pública. 3. Serviços de Vigilância Epidemiológica. 4. Tuberculose. I. Lobato, Jaisane Santos Melo. II. Santos Neto, Marcelino. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Iago Assunção Pereira

Título do TCC: Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Imperatriz de 2008 a 2017.

Orientador: Jaisane Santos Melo Lobato
Co-orientador: Marcelino Santos Neto

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GEOPROCESSAMENTO COMO FERRAMENTA NA IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS DE RISCO E AGLOMERAÇÃO DE HANSENIASE E TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO MARANHÃO: COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA

Pesquisador: ARIADNE SIQUEIRA DE ARAUJO GORDON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89247718.5.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.798.789

Assessoria do Projeto:

O projeto de pesquisa “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ, DE 2008 A 2017**”, desenvolvido por **IAGO ASSUNÇÃO PEREIRA, MARCELINO SANTOS NETO e JAISANE SANTOS MELO LOBATO**, está inserido em um projeto de maior abrangência intitulado “**GEOPROCESSAMENTO COMO FERRAMENTA NA IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS DE RISCO E AGLOMERAÇÃO DE HANSENIASE E TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO MARANHÃO: COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**” que já está submetido e aprovado na Plataforma Brasil, inscrito sobre a **CAAE: 89247718.5.0000.5087** e com o **Número do Parecer: 2.798.789**

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MA - Maranhão

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SPSS - *Software Statistical Package for the Social Sciences*

TB - Tuberculose

RESUMO

Introdução: Apesar de ser uma doença com alta chance de cura e com tratamento ofertado de forma gratuita, a tuberculose ainda é um grave problema de saúde pública. A doença está associada às regiões de vulnerabilidade social e o estado no Maranhão, onde se localiza o município de Imperatriz, é uma dessas regiões. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em Imperatriz entre os anos de 2008 a 2017. **Métodos:** Estudo descritivo, com a seleção de variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas a partir das fichas de notificação e acompanhamento da tuberculose, com os dados obtidos a partir da Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Foi realizada análise descritiva para comparação entre os anos e análise com tendência linear da incidência. **Resultados e discussão:** Há uma tendência de redução na incidência de tuberculose, no entanto, há um aumento progressivo na taxa nos últimos anos. A relação homem:mulher apresentou alterações e a principal forma de apresentação da doença foi a pulmonar. Foi notado um aumento no número de testes de HIV, no entanto ainda não houve sucesso na meta de testar todos os indivíduos com tuberculose. A grande maioria dos casos se encerrou com cura. **Conclusão:** Ainda que tenha tido sucesso na redução do abandono e no maior número de casos evoluindo para a cura, é necessário que o serviço de vigilância epidemiológica adote medidas mais eficazes para alcançar uma redução maior na incidência da tuberculose em Imperatriz.

Palavras-chave: Tuberculose. Epidemiologia. Serviços de Vigilância Epidemiológica. Saúde Pública.

ABSTRACT

Background: Despite being a disease with a high chance of cure and free treatment, tuberculosis is still a serious public health problem. The disease is associated with socially vulnerable regions and the state in Maranhão, where the municipality of Imperatriz is located, is one such region. **Objective:** To describe the epidemiological profile of tuberculosis cases reported in Imperatriz between 2008 and 2017. **Methods:** Descriptive study, with the selection of sociodemographic and clinical-epidemiological variables from the notification and follow-up forms, with data obtained from the Notification Disease Information System Descriptive analysis was performed for comparison between years and linear trend analysis of incidence. **Results and discussion:** There are a trend towards a reduction in the incidence of tuberculosis, however, there has been a progressive increase in the rate in recent years. The relation man:woman presented alterations and the main form of presentation of the disease was pulmonary. An increase in the number of HIV tests has been noted, but the goal of testing all individuals with tuberculosis has not yet been successful. Most cases ended with healing. **Conclusion:** Although it has been successful in reducing abandonment and in more cases evolving to cure, it is necessary for the epidemiological surveillance service to take more effective measures to achieve a greater reduction in the incidence of tuberculosis in Imperatriz.

Keywords: Tuberculosis. Epidemiology. Epidemiologic Surveillance Services. Public Health.

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO	10
INTRODUÇÃO	11
METODOLOGIA	13
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ILUSTRAÇÕES	26

FOLHA DE ROSTO

Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Imperatriz de 2008 a 2017

Epidemiological profile of tuberculosis in the Imperatriz municipality from 2008 to
2017

Título resumido: Perfil epidemiológico da tuberculose em Imperatriz

Iago Assunção Pereira¹

Marcelino Santos Neto¹

Jaisane Santos Melo Lobato¹

¹ Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz (MA), Brasil

Autor correspondente:

Iago Assunção Pereira

Universidade Federal do Maranhão

Rua Senador Millet, 446, Imperatriz, MA, Brasil. Cep: 65903-200

Tel: 99 9 8123 9452

E-mail: assun.iago1@gmail.com

Conflito de interesse: nada a declarar.

Fonte de financiamento: próprio.

Número do parecer de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: 2.798.789

Contribuição dos autores: Pereira IA, Neto MS e Lobato JSM, conceberam o estudo e redigiram o artigo.

INTRODUÇÃO

Presente há milhares de anos, a tuberculose (TB) ainda é um problema de saúde pública apesar da alta chance de cura quando em um diagnóstico precoce e tratamento correto¹. Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, a doença está entre as dez principais causas de morte por doença infectocontagiosas em todo o mundo e pode se manifestar clinicamente pelo acometimento pulmonar (TB pulmonar) ou de outros locais (TB extrapulmonar)².

No cenário mundial, é estimado que a doença tenha afetado mais de 10 milhões de pessoas em 2018, com mais de 1,5 milhão de mortes. No entanto, apesar do grande número de acometidos, a TB está concentrada em 30 países que juntos são responsáveis por mais de 87% dos casos, entre eles está o Brasil².

Nos últimos 10 anos, o Brasil registrou anualmente, em média, mais de 71 mil casos novos e mais 4 mil óbitos. Embora a região nordeste não apresente a maior taxa de incidência, essa é a região com a maior taxa de mortalidade no Brasil, com 2,5 óbitos por 100.000 habitantes em 2014, e o Maranhão apresentou a terceira maior taxa da região³. Em 2017, foram registrados 2490 casos novos da doença no estado do Maranhão, sendo 71 casos no município de Imperatriz apresentando, portanto, uma taxa de incidência de 28,7 casos novos por 100 mil habitantes⁴.

O diagnóstico da TB é feito pelos dados clínicos e radiológicos, mas a confirmação é apenas por exame bacteriológico e, às vezes, histológico. Dependendo da forma clínica da doença, a amostra laboratorial pode ser de conteúdo pulmonar obtida, por expectoração ou aspirado brônquico, ou, na forma extrapulmonar, por meio de outros fluidos corporais⁵.

Em todo o mundo, a doença tem relação com a privação socioeconômica, com influência no aumento do contato com pessoas com TB e na suscetibilidade, com a

ocorrência de comportamentos menos saudáveis, como o abuso de álcool e tabagismo, condições inadequadas de trabalho, como a superlotação e má ventilação, além de maiores barreiras no acesso aos cuidados de saúde⁶.

A relação pobreza-tuberculose confunde com a raça. Com indivíduos negros, pardos e indígenas sendo mais associados à pobreza e apresentando as taxas mais altas de tuberculose⁷. Outro aspecto influenciado pelas piores condições sociais é o abandono do tratamento, sendo uma das principais barreiras para o controle eficaz da TB ao longo do planeta⁸.

No Brasil, o tratamento é ofertado de forma gratuita pela Sistema Único de Saúde. Nos adultos e adolescentes o esquema básico engloba a participação de quatro fármacos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol com pelo menos 6 meses de tratamento, o que conseqüentemente impacta na adesão ao tratamento⁹.

Considerando que Imperatriz é o segundo mais populoso município do estado do Maranhão e que este apresenta indicadores sociais compatíveis com alta privação socioeconômica da população¹⁰, o objetivo desse estudo é descrever o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Imperatriz, Maranhão, no período entre os anos de 2008 e 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, realizado no município de Imperatriz com abordagem quantitativa de investigação no período entre 2008 e 2017.

Foram incluídos na análise todos os casos de TB residentes e notificados no município dentro do período. Os dados foram extraídos a partir de informações da base local do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, após autorização do Departamento de Vigilância Epidemiológica de Imperatriz e da aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

As variáveis utilizadas no estudo foram baseadas nos itens da ficha de notificação e acompanhamento de TB: sexo, idade, raça/cor, classificação da doença, outros dados clínicos e laboratoriais e a situação de encerramento. Os dados foram tabulados em EXCEL, posteriormente os resumos descritivos e análises foram feitos no *Software Statistical Package for the Social Sciences* – (SPSS), versão 20.

Foram realizadas análises comparativas das variáveis sociodemográficas, aspectos clínicos, agravos associados, características da baciloscopia mensal e situação de encerramento, entre o ano de início do estudo, 2008, e o ano final, 2017. Calculadas as taxas de incidência de TB por 100 mil habitantes por ano utilizando como denominador a população extraída do endereço eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de acordo com o último censo demográfico, realizado em 2010: 247.505 habitantes.

As análises de frequência relativa, distribuições e associações entre as variáveis sociodemográficas, aspectos clínicos, agravos associados, características da baciloscopia mensal e situação de encerramento, foram feitas através dos testes: Exato de Fisher e Qui-quadrado. O nível de confiança adotado foi de 95% e significância para p -valor $< 0,05$.

RESULTADOS

No período em análise foram notificados 741 casos de TB. O maior número de notificações ocorreu no ano de início do estudo, 2008, com 91 casos notificados, sendo 80 casos novos que corresponderam a uma taxa de incidência de 32,3 casos/100mil habitantes. O pico negativo ocorreu no ano de 2012 com 55 casos notificados, sendo 48 casos novos que corresponderam a uma taxa de incidência de 19,4. De forma geral, comparando o ano de início com o ano final, 2017, houve uma redução na taxa para 28,7 casos/100mil habitantes, apresentando também uma tendência de queda no número de casos (Gráfico 1).

Durante todo o intervalo de estudo, a incidência no sexo masculino permaneceu superior à do sexo feminino (Gráfico 2), no entanto, houve uma redução na proporção homem:mulher. Em 2008 essa razão era de 1,7:1 e em 2017 reduziu para 1,15:1. Também foi registrada diferenças na tendência da taxa entre os sexos, enquanto no sexo masculino há uma disposição para a redução, no sexo feminino há uma tendência à estabilidade nas notificações (Gráfico 2).

Em relação à faixa etária, a de maior incidência foi entre 15 e 59 anos com uma taxa de incidência de 23,4 em 2008 e de 20,6 em 2017 com uma tendência à estabilidade, assim como a faixa entre 0 e 15 anos (Gráfico 3). Nos maiores de 60 anos, a tendência esperada é de queda no número de casos ao longo dos anos apesar da taxa de incidência em 2008 ser igual à de 2017 com 8,1 casos por 100 mil habitantes.

A raça parda apresentou o maior número de casos registrados no período, com 438 notificações. A participação da raça branca era de 27,1% dos casos em 2008 e em 2017 foi de 28,2% (Tabela 1), no entanto esse aumento não foi significativo estatisticamente ($p=0,995$). Em relação à escolaridade, a participação de indivíduos analfabetos, indivíduos com ensino fundamental e indivíduos com ensino superior

apresentou uma redução entre 2008 e 2017, com um aumento do número de casos entre indivíduos com apenas o ensino médio ($p=0,164$) (Tabela 1).

A forma pulmonar permaneceu como a principal forma de apresentação da tuberculose no período, sendo responsável por 89,2% dos casos. No entanto houve diminuição na participação se comparação entre 2008, com 92,3%, e 2017, com 91,1%, mas essa variação não foi estatisticamente significativa ($p=0,298$) (Tabela 1). Houve uma redução no número de casos por recidiva, e um aumento da participação dos casos novos ($p=0,243$) (Tabela 1). Acerca da realização da radiografia de tórax, foi registrada uma diminuição do número de solicitações ($p=0,331$) e a baciloscopia de escarro registrou um maior número de casos positivos ($p=0,005$) (Tabela 1). Foi apresentado também um aumento na taxa de realização de testes de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV ou VIH), de 40% em 2008 para 88,6% em 2017 ($p=<0,0001$) (Tabela 1).

Na tabela 2, entre os agravos associados, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS ou SIDA) apresentou uma redução do número de casos, de 12,1% em 2008 para 5,1% em 2017, além da redução do número de fichas com este campo ignorado, de 36,4% em 2008, para 0% em 2017 ($p=<0,0001$). Foi registrado uma redução no número de baciloscopias realizadas no sexto mês, em 2008 eram 57,1% e em 2017 esse número caiu para 48,5% ($p=0,022$).

No período em estudo, 88,9% dos casos evoluíram com cura, com apenas 8 casos ou 1,07% do total, evoluindo com óbito por TB. No ano inicial de estudo, 2008, a taxa de cura foi de 81,3% e foi encerrado 2 casos com óbito por TB, perfazendo uma parcela de 2,2% do total (Tabela 2). No último ano, em 2017, não houve morte por TB, e a taxa de cura evoluiu para 88,6% dos casos ($p=0,327$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A taxa de incidência da TB apresentou variações no período analisado, com reduções sucessivas até o 2012 e apresentando aumento progressivo a partir do ano de 2014. Entretanto, há uma tendência de redução da taxa de forma lenta, similar ao observado no cenário nacional, porém antagônico ao que ocorre no estado do Maranhão, em que se observa uma redução mais significativa⁹.

Outro ponto de destaque é a maior incidência sobre o sexo masculino, o que também é observado no cenário estadual, nacional e mundial^{2,9}. Outros estudos também mostraram uma relação maior do sexo masculino com essa doença, na cidade de Montes Claros, por exemplo, cerca de 60% dos casos ocorreram no sexo masculino¹¹. Entre os fatores que levam a esse resultado, é importante destacar que em geral o homem leva uma vida mais ativa e, portanto, mais passível a um maior número de situações de risco, como o abuso de álcool, tabagismo e trabalho em ambientes fechados¹², além de menor cuidado com a própria saúde¹³.

A incidência na tuberculose na faixa infantil apresentou tendência a estabilidade, no entanto no último ano não foram notificados casos em crianças, o que pode demonstrar um monitoramento eficaz do tratamento, com redução da infectividade do grupo fonte: os adultos doentes com TB pulmonar¹⁴. A redução da incidência geral parece estar mais relacionada à queda na taxa em indivíduos acima de 60 anos, no entanto esse declínio geral foi de forma lenta devido à estabilidade no grupo composto por indivíduos economicamente ativos, isto é, entre 15 e 60 anos.

O resultado do estudo demonstrou padrão semelhante ao observado em outros trabalhos, inclusive em cidades do Maranhão, como Caxias, onde a principal faixa etária acometida correspondia a indivíduos adultos entre 20 e 60 anos¹⁵. As dificuldades no controle da doença entre esse grupo são semelhantes às relacionadas ao sexo masculino:

maiores situações de risco e barreiras na adesão ao tratamento como o seu tempo prolongado¹⁶.

O padrão sociodemográfico da doença, acometendo mais as cores parda e preta, também é o demonstrado no estado do Maranhão¹⁷ e ocorreu durante todo o intervalo de estudo, o que foi de encontro ao demonstrado em um estudo na cidade de São Paulo¹⁸. Essa relação é explicada em razão da doença estar mais ligada a situações de vulnerabilidades vivenciadas por essa população, como a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde, maior dependência a um sistema público de saúde pouco eficiente e acesso desigual à informação^{2, 19, 20}.

A TB pulmonar foi a forma de apresentação de predomínio e esse resultado reforça o demonstrado em outros estudos realizados no Brasil²¹, inclusive no estado do Maranhão²² e com delineamento semelhante. Tal resultado tem grande importância do ponto de vista para estratégia de controle da doença, visto que é essa forma, principalmente quando bacilífero, a responsável pela persistência da cadeia de transmissão⁹.

Foi apresentado também uma redução do número de realização de radiografias de tórax, no entanto esta continua a ser mais realizada que outros exames que podem confirmar de forma definitiva a presença do bacilo e o diagnóstico de TB, como a baciloscopia de escarro e a culta do escarro, principalmente pela disponibilidade das radiografias e por dificuldades na coleta do escarro²³. Foi apontada ainda um maior número de resultados positivos na baciloscopia, o que pode impactar no controle da doença, visto que esse resultado indica uma maior infectividade desses pacientes ao diagnóstico e reforça a necessidade de um tratamento eficaz e se possível diretamente observado, com objetivo de evitar o abandono do tratamento e evitar expansão da cadeia de transmissão da doença^{8,23}.

O aumento da realização nos testes de HIV foi importante durante o período, tendo em vista que o risco de um indivíduo HIV positivo progredir para a forma ativa da doença após infecção é 28 vezes maior que na população em geral⁹. No entanto, é importante destacar que a orientação do Ministério da Saúde⁹ e da Organização Mundial de Saúde² é de que todos os indivíduos diagnosticados com TB sejam submetidos à realização do teste, e esta recomendação ainda não foi atingida, devendo o poder público adotar medidas para que este objetivo seja alcançado, pois além de maior progressão, a doença nesses indivíduos possui um pior desfecho, com maiores chances de recidiva e maior mortalidade^{24, 25}. Da mesma forma, outros estudos também demonstraram aumento na realização de testes de HIV^{11,18}.

A redução da coinfeção TB/HIV é um aspecto positivo, visto que a TB é uma das principais doenças oportunistas na AIDS, como causa de morbidade e mortalidade desses indivíduos²⁶. Além disso, a maior parte dos óbitos associados à TB apresentam como causa básica a presença do HIV⁹.

O acompanhamento durante tratamento de um paciente com TB envolve o monitoramento de diversos aspectos do paciente. Entre as modalidades, inclui a realização de acompanhamento clínico, controle radiológico e o controle bacteriológico, este último é feito com a realização da baciloscopia mensal e é recomendado ser feito nos casos de TB pulmonar⁹. Nos casos em que foi realizada a baciloscopia ao final do tratamento, no 5º ou 6º mês, todos os resultados foram negativos, o que indica efetividade do tratamento, contribuindo para que a situação de encerramento principal seja a cura.

Foi verificada uma redução nos casos de abandono do tratamento, isto é, aqueles casos em que houve interrupção do tratamento por mais de 30 dias²⁷, o que pode indicar que o tratamento está sendo realizado de forma efetiva o que vai impactar, por exemplo, na redução da incidência da TB pela redução dos doentes contagiosos e também na

diminuição no número de casos TB resistente a drogas por uso incorreto de medicamentos⁹. Essa diminuição nos casos de abandono de tratamento também foi demonstrada em outros estudos, como em Recife²⁸, no entanto não houve uma redução de forma efetiva como o observado em Imperatriz.

Assim como em outros estudos que envolve a análise de dados de origem secundária¹⁵, a omissão no preenchimento de informações foi um entrave para a realização do estudo. Apesar dessas falhas, foi possível atingir o objetivo proposto e observar inclusive um avanço na qualidade do preenchimento desses elementos essenciais para a vigilância epidemiológica.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer o perfil epidemiológico da TB em Imperatriz, entre os anos de 2008 e 2017. Foi possível perceber a forma de apresentação de maior ocorrência e a quantidade de casos notificados com indivíduos bacilíferos, itens essenciais que podem contribuir na adoção de medidas que possibilitem um controle mais eficaz da doença, que, no momento, ainda reduz de forma lenta. Ocorreu uma redução do predomínio do sexo masculino e a descoberta dessa alteração pode ajudar a aumentar na adoção de medidas que impactem também as mulheres.

Verificou-se avanços na realização dos testes de HIV, item indispensável para todos os indivíduos com TB, devido à alta taxa mundial de coinfeção HIV/TB. Portanto, recomenda-se que o poder público adote, por meio dos serviços de vigilância, medidas que impactem de formas mais efetivas na redução da taxa de incidência municipal, que, apesar de apresentar tendência de queda, aumentou progressivamente nos últimos anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017: Leave no one behind - Unite to end TB [Internet]. WHO - Technical Report Series;727. Geneva; 2017. 146 p. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019 [Internet]. Geneva; 2019. 3 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>
3. BRASIL M da S. Panorama da tuberculose no Brasil: A mortalidade em números Brasília [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2016. 126 p. Available from: www.saude.gov.br/bvs
4. ____; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercma.def> Acesso em: 11 novembro. 2019.
5. Jabri H, Lakhdar N, El Khattabi W, Afif H. Les moyens diagnostiques de la tuberculose. Rev Pneumol Clin [Internet]. 2016;72(5):320–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneumo.2016.06.003>
6. Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). Pulmonology. 2018;24(2):115–9.
7. Harling G, Castro MC. A spatial analysis of social and economic determinants of tuberculosis in Brazil. Heal Place [Internet]. 2014;25:56–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.10.008>

8. Ranzani OT, Carvalho CRR, Waldman EA, Rodrigues LC. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. *BMC Med* [Internet]. 2016;14(1):41. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/14/41>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose [Internet]. 2018. 25–363 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
10. IPEA; PNUD; FJP. Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017 [Internet]. Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. Brasília; 2019. 72 p. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190416_rada_IDHM.pdf
11. Jesus BFG de, Souza PGO, Silveira MF, Santo LRE. Perfil epidemiológico da tuberculose na cidade de Montes Claros de 2005 a 2009. *Rev Bras Farm.* 2012;93(1):80–4.
12. Dheda K, Barry CE, Maartens G. Tuberculosis. *Lancet.* 2016;387(10024):1211–26.
13. Barbosa YO, Menezes LPL, Santos AD, Cunha JO, Santos JMDJ, De Menezes AF, et al. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE line.* 2018;12(11):2897.
14. CHAPMAN JS. Tuberculosis in infants and children; a review. *Am Rev Tuberc.* 1956;73(3):422–33.
15. Macedo JL, Oliveira AS da SS, Pereira IC, Assunção M de JSM. Perfil

- epidemiológico da tuberculose em um Município do Maranhão. *Rev Ciência Saberes - Facema* [Internet]. 2015;3(4):699–705. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/251>
16. Rabahi MF, Silva Júnior JLR da, Ferreira ACG, Tannus-Silva DGS, Conde MB. Tuberculosis treatment. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2017 Dec;43(6):472–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000600472&lng=en&tlng=en
 17. Oliveira MSR, Sousa LC, Baldoino LS, Alvarenga AA, Silva MNP da, Elias S da CG, et al. Perfil Epidemiológico Dos Casos De Tuberculose No Estado Do Maranhão Nos Anos De 2012 a 2016. *Rev Prevenção Infecção e Saúde*. 2018;4:1–8.
 18. Priscila F, Porto S, Pinto I, Silveira C, Penon Rujula MJ, Neto FC. Epidemiological profile of tuberculosis in São Paulo municipality from 2006 to 2013. *REV BRAS EPIDEMIOLOGIA JUL-SET* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 27];20(3):549–57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n3/1980-5497-rbepid-20-03-549.pdf>
 19. Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13(40):1–12.
 20. Pedro AS, De Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: Revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2013;33(4):294–301.
 21. Borges RM, Silva ABM, Corrêa CSL, Leite ICG. Perfil epidemiológico da tuberculose nas macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais no período de 2006 a 2016. *HU Rev* [Internet]. 2019 Jun 21;44(3):333–41. Available from:

- <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/14034>
22. de Moraes, Mário Fernando Viana; Corrêa, Rita da Graça Carvalho Frazão; Coutinho, Nair Portela Silva; Caldas, Arlene de Jesus Mendes; Silva, Tereza Cristina; dos Santos, Kézia Cristina Batista; Soares, Aruse Maria Marques Soares; Lima, Mara Ellen Silva;d DMC. Perfil epidemiológico de casos de tuberculose em um município prioritário no estado do Maranhão. Rev Pesqui em Saúde [Internet]. 2017;18(3):147–50. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/10149/5903>
 23. Wildner LM, Nogueira CL, Souza B da S, Senna SG, Maurici da Silva R, Bazzo ML. MICOBACTÉRIAS: EPIDEMIOLOGIA E DIAGNÓSTICO. Rev Patol Trop [Internet]. 2011 Oct 17;40(3):207–29. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/15972>
 24. Silva TC, Matsuoka P da FS, Aquino DMC de, Caldas A de JM. Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 Dec;22(12):4095–104. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204095&lng=pt&tlng=pt
 25. Da Silva LF, Da Silva EL, Silva TC, Mendes Caldas ADJ. Tuberculosis in elderly people from the state of Maranhão: contribution to the control program / Tuberculose em idosos no Maranhão: contribuição para o programa de controle. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2019 Jul 1;11(4):1088. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6938>
 26. Jamal LF, Moherdaui F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. Rev Saude Publica [Internet]. 2007

Sep;41(suppl 1):104–10. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800014&lng=pt&tlng=pt

27. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: Uma revisão integrativa. *Texto e Context Enferm*. 2011;20(3):399–406.
28. Soares MLM, Amaral NAC do, Zacarias ACP, Ribeiro LK de NP. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2017;26(2):369–78.

ILUSTRAÇÕES

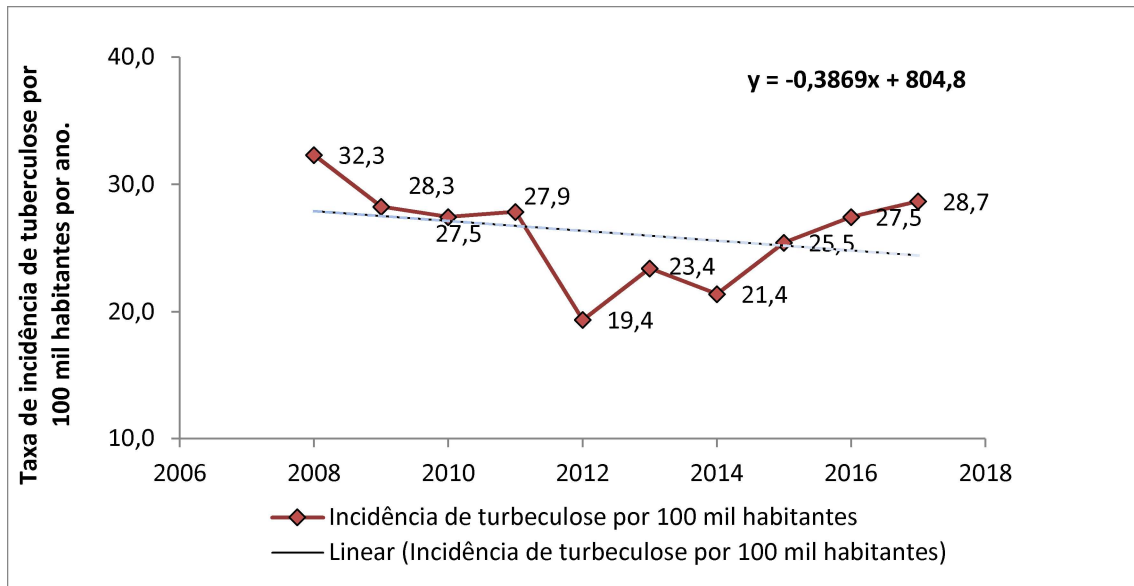


Gráfico 1. Taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes/ano, município de Imperatriz, Maranhão, 2008 a 2017

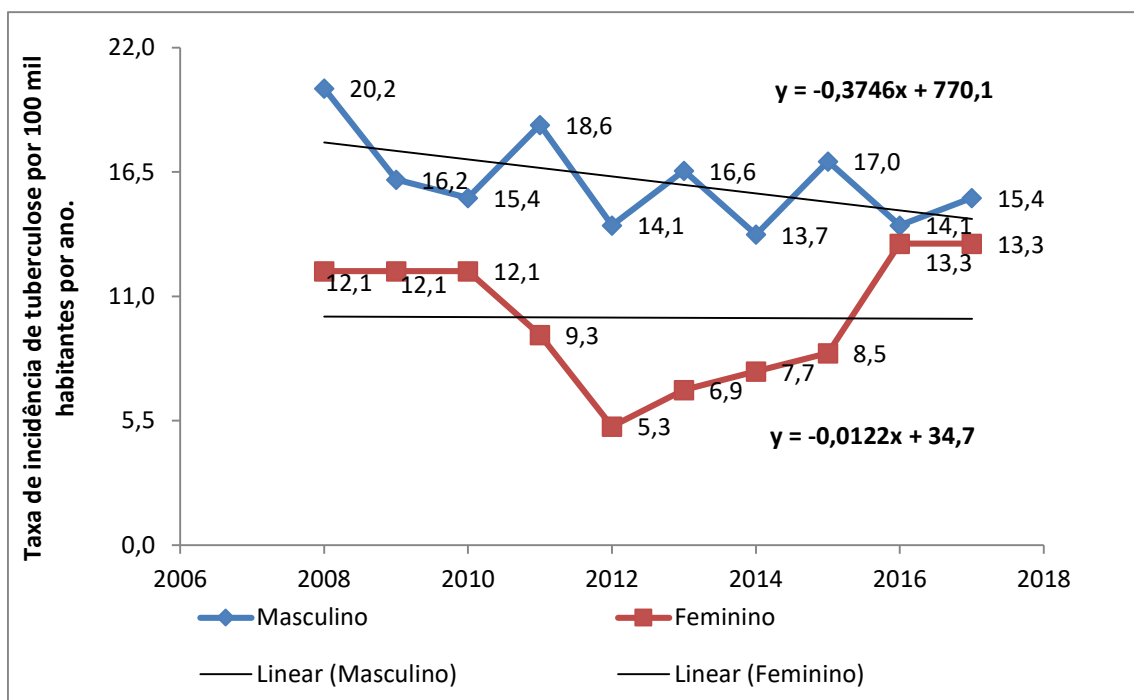


Gráfico 2. Taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes/ano segundo sexo, município de Imperatriz, Maranhão, 2008 a 2017

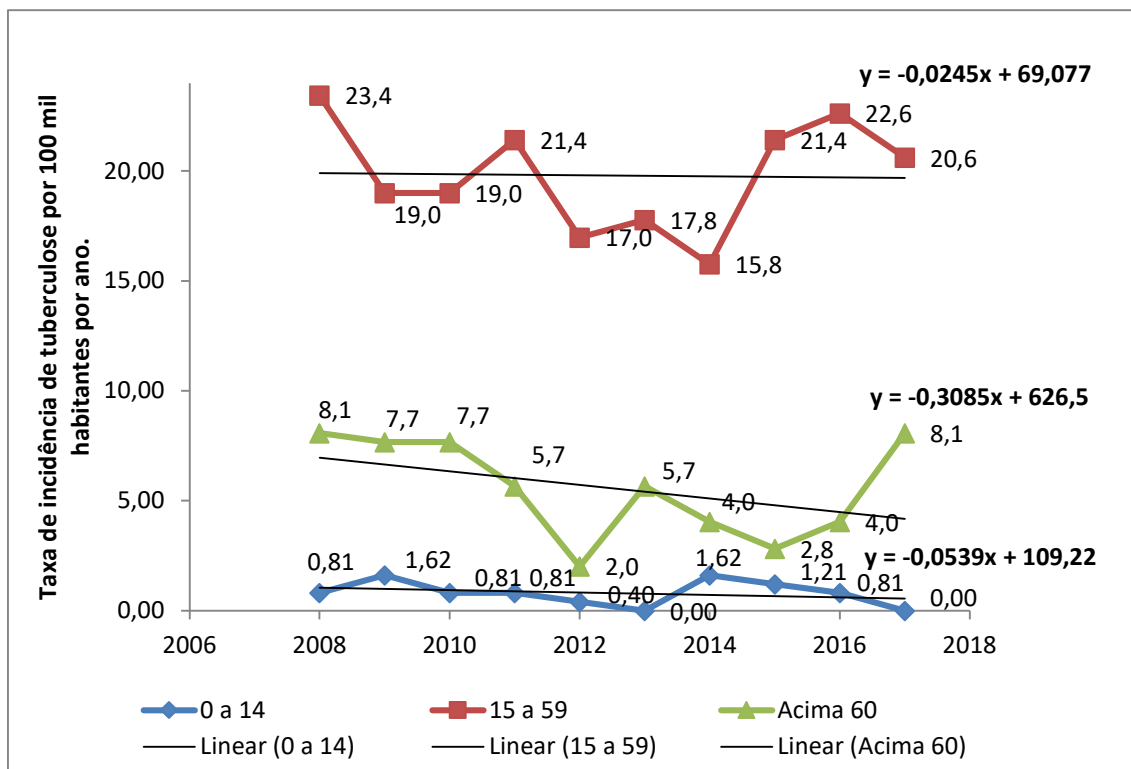


Gráfico 3. Taxa de incidência da tuberculose por 100 mil habitantes/ano segundo a faixa etária, município de Imperatriz, Maranhão, 2008 a 2017.

Tabela 1. Características sociodemográficas e aspectos clínicos dos doentes de tuberculose: comparação entre os anos 2008 e 2017, município de Imperatriz/MA.

	2008		2017		Total	p-valor
	n	%	n	%	n (%)	
Raça/Cor						0,995 ^a
Amarela	3	3,5	3	3,8	6 (3,7)	
Branca	23	27,1	22	28,2	45 (27,6)	
Parda	46	54,1	42	53,8	88 (54,0)	
Preta	13	15,3	11	14,1	24 (14,7)	
Escolaridade						0,164 ^b
Analfabeto	11	14,7	6	9,5	17 (12,3)	
Ensino fundamental	44	58,7	31	49,2	75 (54,3)	
Ensino Médio	11	14,7	19	30,2	30 (21,7)	
Ensino superior	9	12,0	7	11,1	16 (11,7)	
Forma						0,298 ^a
Extrapulmonar	7	7,7	5	6,3	12 (7,1)	
Pulmonar	84	92,3	72	91,1	156 (91,7)	
Pulmonar + Extrapulmonar	0	0,0	2	2,5	2 (1,2)	
Tipo de entrada						0,243 ^a
Caso Novo	80	87,9	71	89,9	151 (88,8)	
Recidiva	6	6,6	2	2,5	8 (4,7)	
Reingresso após abandono	1	1,1	4	5,1	5 (2,9)	
Transferência	4	4,4	2	2,5	6 (3,5)	
Raio X						0,331 ^a
Não Realizado	10	11,0	14	18,2	24 (14,3)	
Normal	1	1,1	3	3,9	4 (2,4)	
Outra Patologia	1	1,1	1	1,3	2 (1,2)	
Suspeito	79	86,8	59	76,6	138 (82,1)	
Baciloscopia escarro						0,005 ^b
Não realizada	25	27,5	17	22,7	42 (25,3)	
Negativa	45	49,5	23	30,7	68 (41,0)	
Positiva	21	23,1	35	46,6	56 (33,7)	
Cultura de escarro						0,412 ^b
Não realizada	83	93,3	71	89,9	154 (91,6)	
Negativa	2	2,2	5	6,3	7 (4,2)	
Positiva	4	4,5	3	3,8	7 (4,2)	
HIV						<0,0001 ^b
Não realizado	45	60,0	9	11,4	54 (35,1)	
Negativo	19	25,3	65	82,3	84 (54,5)	
Positiva	11	14,7	5	6,3	16 (10,4)	
Histopatologia						0,475 ^a
Sugestivo de TB	7	8,0	3	3,9	10 (6,1)	
Não Realizado	80	90,9	71	92,2	151 (91,5)	
Baar Positivo	1	1,1	3	3,9	4 (2,4)	

^aTeste exato de Fisher ^bTeste Qui-quadrado

Tabela 2. Agravos associados, características da Baciloscopia mensal e situação de encerramento: comparação entre os anos 2008 e 2017, município de Imperatriz/MA

	2008		2017		Total	p-valor
	n	%	n	%	n (%)	
Agravo AIDS						<0,0001^a
Sim	11	12,1	4	5,1	15 (8,8)	
Não	47	51,6	75	94,9	122 (71,8)	
Ignorado	33	36,3	0	0,0	33 (19,4)	
Agravo Alcoolismo						0,423 ^b
Sim	7	7,8	9	11,4	16 (9,5)	
Não	83	92,2	70	88,6	153 (90,5)	
Agravo Diabetes						0,195 ^b
Sim	7	7,9	11	14,1	18 (10,8)	
Não	82	92,1	67	85,9	149 (89,2)	
Baciloscopia 6 meses						0,022^a
Negativo	40	57,1	27	40,9	67 (49,3)	
Não se aplica	0	0,0	5	7,6	5 (3,7)	
Não realizado	30	42,9	34	51,5	64 (47,0)	
Baciloscopia 5 meses						0,003^a
Negativo	16	21,6	26	38,2	42 (29,6)	
Não se aplica	0	0,0	5	7,4	5 (3,5)	
Não realizado	58	78,4	37	54,4	95 (66,9)	
Baciloscopia 4 meses						<0,0001^a
Negativo	19	24,4	35	51,5	54 (37,0)	
Não se aplica	0	0,0	5	7,4	5 (3,4)	
Não realizado	59	75,6	28	41,2	87 (59,6)	
Baciloscopia 3 meses						0,015^a
Negativo	25	29,8	27	38,6	52 (33,8)	
Não se aplica	0	0,0	5	7,1	5 (3,2)	
Não realizado	59	70,2	38	54,3	97 (63,0)	
Baciloscopia 2 meses						0,063 ^a
Positivo	1	1,2	0	0,0	1 (0,6)	
Negativo	32	37,6	29	40,3	61 (38,9)	
Não se aplica	0	0,0	5	6,9	5 (3,2)	
Não realizado	52	61,2	38	52,8	90 (57,3)	
Baciloscopia 1 mês						0,106 ^a
Positivo	3	3,4	3	3,9	6 (3,6)	
Negativo	35	39,3	28	36,8	63 (38,2)	
Não se aplica	0	0,0	5	6,6	5 (3,0)	
Não realizado	51	57,3	40	52,6	91 (55,2)	
Situação de encerramento						0,327 ^a
Outros	6	6,6	4	5,3	10 (5,9)	
Óbito por TB	2	2,2	0	0,0	2 (1,2)	
Óbito por outras causas	5	5,5	5	6,3	10 (5,9)	
Cura	74	81,3	70	88,6	144 (84,7)	
Abandono	4	4,4	0	0,0	4 (2,4)	

^aTeste exato de Fisher ^bTeste Qui-quadrado

r e v i s t a b r a s i l e i r a d e

epidemiologia

 Open Access

Revista Brasileira de Epidemiologia

Publicação de: **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**

Área: Ciências Da Saúde

Versão impressa ISSN: 1415-790X Versão on-line ISSN: 1980-5497

(Atualizado: 28/09/2021)

Sobre o periódico

Informações básicas

A **Revista Brasileira de Epidemiologia (Rev. bras. epidemiol.)** é uma publicação contínua, com Volume único, editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO e tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins.

Publica também artigos para as seções: Debate destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Comunicações breves: relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia.

A Revista Brasileira de Epidemiologia é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC).

A abreviatura de seu título é **Rev. bras. epidemiol.**, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

Fontes de indexação

Os artigos publicados na **Revista Brasileira de Epidemiologia** são indexados ou resumidos por:

- MEDLINE
- SCOPUS
- LILACS - Index Medicus Latinoamericano
- Latindex - Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas
- EBSCO Publishing

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

Patrocinadores

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)



Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo
(FSP/USP)



Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Ministério da Saúde
(MS)



Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS)



Corpo editorial

Editores científicos

- Antonio Fernando Boing - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC - Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-9331-1550> - antonio.boing@ufsc.br
- Cassia Maria Buchalla - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-5169-5533> - cmbuchal@usp.br
- Juraci Almeida Cesar - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS – Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-0864-0486> - jacesar.rbe@gmail.com
- Márcia Furquim de Almeida - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-0052-1888> - marfural@usp.br
- Moisés Goldbaum - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-8049-7824> - mgoldbau@usp.br

Conselho Científico

- Alfonso Javier Rodriguez-Morales - Universidad Tecnológica de Pereira, Risaralda - Colombia - <https://orcid.org/0000-0001-9773-2192> - arodriguezm@utp.edu.co
- Asa Cristina Laurell - Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco - México - laurell9998@gmail.com
- Carlos Castillo Salgado - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore - Estados Unidos - <https://orcid.org/0000-0002-9257-9114> - ccastil3@jhu.edu
- Henrique Barros - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto - Portugal - <https://orcid.org/0000-0003-4699-6571> - hbarros@med.up.pt
- Jaime Breilh - Universidad Andina Simón Bolívar, Quito - Ecuador - jaime.breilh@uasb.edu.ec
- Jaime Miranda - Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Peru - <https://orcid.org/0000-0002-4738-5468> - mirandajj@gmail.com
- Laura Cunha Rodrigues - London School of Hygiene and Tropical Medicine - London University, London - Inglaterra - <https://orcid.org/0000-0001-9008-660X> - laura.rodrigues@lshtm.ac.uk
- Laura Rebecca Murray - Columbia University, New York - Estados Unidos - <https://orcid.org/0000-0002-6245-2227> - laura.rebecca.murray@gmail.com
- Luiz Augusto Cassanha Galvão - PAHO/WHO SDE, Washington, D.C. - Estados Unidos - <http://orcid.org/0000-0002-3918-0286> - galvaolu@paho.org
- Miquel Porta Serra - Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona - Espanha - <https://orcid.org/0000-0003-1684-7428> - Miquel.Porta@uab.cat
- Antonio Augusto Moura e Silva - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003->

4968-5138 - aamouradasilva@gmail.com

- Bruce Duncan - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-7491-2630> - bbduncan@ufrgs.br
- Celia Landmann Szwarcwald - Fundação Oswaldo Cruz, - Rio de Janeiro, RJ - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-7798-2095> - celia_ls@hotmail.com
- Cesar Gomes Victora - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-2465-2180> - cvictora@gmail.com
- Chester Luiz Galvão Cesar - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-6999-1506> - clcesar@usp.br
- Cláudio José Struchiner - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-2114-847X> - stru@procc.fiocruz.br
- Jarbas Barbosa da Silva Júnior - PAHO, Pan American Organization of Health. Washington, USA - <https://orcid.org/0000-0002-3078-9642> - jarbas.barbosa2006@gmail.com
- José Cássio de Moraes - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-4512-662X> - jcassiom@uol.com.br
- José da Rocha Carvalheiro - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcarval@usp.br
- José Eluf Neto - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-7504-2115> - jelufnet@usp.br
- Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com
- Maria Fernanda Furtado Lima e Costa - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3474-2980> - lima-costa@minas.fiocruz.br
- Maria Inês Schmidt - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3837-0731> - maria.schmidt@ufrgs.br
- Marilisa Berti de Azevedo Barros - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-3974-195X> - marilisa@unicamp.br
- Maurício Lima Barreto - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-0215-4930> - mauricio@ufba.br
- Naomar de Almeida Filho - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-4435-755X> - naomar@ufba.br
- Rita de Cássia Barradas Barata - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo/SP - Brasil -

<https://orcid.org/0000-0002-7215-9788> - rita.barradasbarata@gmail.com

- Victor Wünsch Filho - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-5958-1717> - wunsch@usp.br

Editores associados

- Airton Tetelbom Stein - Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-8756-8699> - airton.stein@gmail.com
- Ana Lucia Escobar - Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-4386-0863> - ana@unir.br
- Camila Nascimento Monteiro - Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP – Brasil - <http://orcid.org/0000-0002-0121-0398> - c.nascimentomonteiro@gmail.com
- Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ – Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-4085-1080> - coimbra@ensp.fiocruz.br
- Carmen Ildes Rodrigues Fróes Asmus - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-9864-6656> - carmenfroes@iesc.ufrj.br
- Carolina Terra de Moraes Luizaga – Fundação Oncocentro de São Paulo– Secretaria Estadual de Saúde/SP - <https://orcid.org/0000-0003-0985-2245> - carolinaterra.ml@gmail.com
- Christovam Barcellos - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-1161-2753> - christovam.barcellos@fiocruz.br
- Dandara de Oliveira Ramos – Universidade Federal da Bahia - CIDACS-Fiocruz Bahia – Salvador, BA- Brasil - <http://orcid.org/0000-0001-9162-0456> - dandararamos2@gmail.com
- Daniela Oliveira de Melo - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-8613-7953> - melo.daniela@unifesp.br
- Deborah Carvalho Malta – Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG - <https://orcid.org/0000-0002-8214-5734> - dcmalta@uol.com.br
- Denise Siqueira de Carvalho - Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-7495-5884> - denisecarvalhoufpr@gmail.com
- Eleonora D'Orsi - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-2027-1089> - eleonora.dorsi@ufsc.br
- Elzo Pereira Pinto Junior – Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde - CIDACS/Fiocruz-BA - Salvador,

- BA – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-6977-2071> - elzojr@hotmail.com
- Emanuele Souza Marques - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-8633-7290> - emanuelesm.ims@gmail.com
 - Enny Paixão - London School of Hygiene and Tropical Medicine - London University, London – Inglaterra - <https://orcid.org/0000-0002-4797-908X> - npaixaoenfo@yahoo.com.br
 - Expedito José de Albuquerque Luna - Instituto de Medicina Tropical de São Paulo da Universidade de São Paulo, São Paulo, SO - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-1145-9672> - eluna@usp.br
 - Fernanda Rauber - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-9693-7954> - rauber.fernanda@gmail.com
 - Francisco Chiaravalloti Neto – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-2686-8740> - franciscochiara@usp.br
 - Gulnar Azevedo e Silva - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ - Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-8734-2799> - gulnar@ims.uerj.br
 - Inácio Crochemore Mohnsam da Silva - Universidade Federal de Pelotas - Pelotas – RS – Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-5390-8360> - inacio_cms@yahoo.com.br
 - José Cazuzza de Farias Júnior - Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa – PB - Brasil – <https://orcid.org/0000-0002-1082-6098> - jcazuzajr@hotmail.com
 - Karina de Cássia Braga Ribeiro - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-8095-5979> - kbribeiro@gmail.com
 - Laercio Joel Franco - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-9820-3425> - lfranco@fmrp.usp.br
 - Luiz Alberto Amador Pereira - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-8172-5841> - pereira.aa@gmail.com
 - Luiz Roberto Ramos - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-3143-8315> - lramos1953@gmail.com
 - Marco Aurelio de Anselmo Peres - Duke-NUS Medical School – Singapore - <https://orcid.org/0000-0002-8329-2808> - marco.a.d.a.peres@ndcs.com.sg
 - Maria Cristina Pereira Lima - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-1446-2439> - mclima@fmb.unesp.br

- Maria Fernanda Tourinho Peres - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-7049-905X> - mftperes@usp.br
- Maria Laura da Costa Louzada – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3756-2301> - maria.laura.louzada@gmail.com
- Maria Rita Donalísio Cordeiro - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-4457-9897> - rita.donalisio@gmail.com
- Maria Teresa Bustamante Teixeira - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG – Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-0727-4170> - teitabt@hotmail.com
- Maria Tereza Pepe Razzolini – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <http://orcid.org/0000-0003-3308-9550> - razzolini@usp.br
- Mariangela Leal Cherchiglia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG - Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-5622-567X> - mcherchiglia@gmail.com
- Mariza Vono Tancredi - Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids de São Paulo, Programa Estadual de IST/Aids, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-1527-6283> - mariza@crt.saude.sp.gov.br
- Nelson da Cruz Gouveia - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-0625-0265> - ngouveia@usp.br
- Paulo Frazão - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3224-0020> - pafracao@usp.br
- Rafael Moreira Claro - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-9690-575X> - rafael.claro@gmail.com
- Renata Bertazzi Levy – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0001-5388-7002> - rlevy@usp.br
- Roger Keller Celeste - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, RS – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-2468-6655> - roger.keller@ufrgs.br
- Rosângela Fernandes Lucena Batista - Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-1529-0165> - rosangela.flb@ufma.br
- Sergio William Viana Peixoto - Instituto René Rachou - Fiocruz Minas; Universidade Federal de Minas Gerais - Minas Gerais - <https://orcid.org/0000-0001-9431-2280> - peixotosv@gmail.com
- Sotero Serrate Mengue – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS – Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3349-8541> - sotero@ufrgs.br
- Tânia Maria de Araújo - Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador, BA - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-2766-7799> - araujotania@hotmail.com

- Tatiana Natasha Toporcov – Faculdade de Saúde Pública – USP - <https://orcid.org/0000-0002-8929-5137> - toporcov@usp.br
- Tiago da Silva Alexandre - Universidade Federal de São Carlos, São Carlo, SP- Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-3791-9793> - tiagoalexandre@ufscar.br
- Vilma Sousa Santana - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA - Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-3399-7612> - vilma_santana50@hotmail.com
- Zilda Pereira da Silva – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil - <https://orcid.org/0000-0003-4648-113X> - zildapereira@usp.br

Produção editorial

- Sandra Suzuki
- Christiane Teixeira

Instruções aos autores

Escopo e informações gerais

A Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE) é um periódico científico publicado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (www.abrasco.org.br). Seu primeiro número foi publicado em 1998, mantendo desde então contínua e regular divulgação de artigos originais com elevado mérito científico que contribuam para o avanço do conhecimento e o desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. A Revista Brasileira de Epidemiologia é bilíngue. Todos os artigos submetidos em português ou espanhol e aprovados são publicados também na língua inglês.

Os artigos são publicados em fluxo contínuo e todos são de acesso livre e gratuito em <https://www.scielo.br/rbepid>. Os artigos publicados pela RBE estão sob licença Creative Commons do tipo BY-CC. Assim, é permitida a cópia, a adaptação, a remixagem e a redistribuição do material em qualquer formato e por qualquer meio, indicando claramente eventuais mudanças realizadas. Sempre devem ser dados os créditos apropriados de autoria e publicação, além de apresentado o link para a licença. Ao publicarem seu artigo na RBE, os autores transferem os direitos autorais à revista e concedem a ela o direito de primeira publicação.

Os manuscritos são submetidos online por meio da plataforma Scholar One, disponibilizada em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo>.

Políticas da Revista Brasileira de Epidemiologia

Política de ética e transparência na publicação

Princípios gerais

A RBE segue as orientações de ética e transparência na publicação contidas no documento *Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas*, publicado pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE), pelo *Directory of Open Access Journals* (DOAJ), pela *Open Access Scholarly Publishers Association* (OASPA) e pela *World Association of Medical Editors* (WAME). Ele pode ser acessado na íntegra em <https://doi.org/10.24318/cope.2019.1.12>.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Todos os trabalhos submetidos à RBE devem ter seguido as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque e as normas constantes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. A aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é dispensada para estudos que analisam dados agregados e sem identificação das pessoas, tais como aqueles disponíveis em bancos de dados oficiais de domínio público. Nenhuma instância é superior ao CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (CONEP). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

É obrigatório o envio da cópia do parecer do CEP no ato da submissão.

Registro de ensaios clínicos

A RBE apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação em acesso aberto. Por essa razão, são aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR);
- ClinicalTrials.gov;
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN);
- Netherlands Trial Register (NTR);
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR);
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

Critérios de autoria

Para a definição de autoria dos artigos, a RBE acompanha as Recomendações para Elaboração, Redação, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos, elaboradas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*. Os autores devem seguir as diretrizes disponíveis em <http://www.icmje.org/>, traduzidas para o português no artigo de Duarte e Pansani (2015), disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300577.

Má conduta em pesquisa

A RBE incorpora em seus protocolos rígidas diretrizes para prevenir e identificar eventuais más condutas nas pesquisas. Caso identificado algum sinal de má conduta no estudo submetido à revista, os Editores-Chefes seguem as diretrizes COPE para lidar com a situação.

Compartilhamento de dados

A RBE incentiva que os autores disponibilizem publicamente os dados brutos dos seus estudos e as rotinas utilizadas nas análises dos dados. No caso de estudos de intervenção, os dados devem, obrigatoriamente, estar disponíveis em acesso aberto ou a pedido, sempre anonimizados.

Política do processo de revisão por pares

O processo de revisão por pares é etapa vital do processo editorial do artigo, por isso a RBE dedica a ele muito cuidado. Ao mesmo tempo, a revista entende que a agilidade do processo editorial é muito importante para os autores e para a comunidade científica. Assim, a RBE procura sempre oferecer análises com ética, máximo rigor científico e agilidade. Para isso, são seguidas as seguintes etapas:

- Análise de mérito pelos Editores-Chefes: todos os manuscritos recebidos são analisados pelos Editores-Chefes, que avaliam (a) a adequação do estudo ao escopo da revista, (b) a contribuição que ele oferece ao avanço do conhecimento, (c) a sua originalidade, (d) o rigor metodológico com que o estudo foi conduzido, (e) a aderência das conclusões aos resultados apresentados.
- Revisão técnica dos manuscritos: a secretaria-executiva da RBE avalia se os manuscritos selecionados pelos Editores-Científicos estão formatados de acordo com as instruções técnicas da revista. Caso alguma incorreção seja identificada, o manuscrito é devolvido ao autor de correspondência com a indicação do ajuste necessário. Apenas textos que atendam a todos os critérios de forma descritos nas "Instruções aos Autores" passam à revisão por pares.
- Revisão por pares: os manuscritos selecionados pelos Editores-Chefes são encaminhados a um Editor-Associado, que sempre será um pesquisador com sólida e reconhecida

formação no tema do manuscrito. Ele irá indicar revisores com notória competência para análise do estudo. Cada manuscrito irá receber no mínimo dois pareceres, que serão analisados pelo Editor-Associado para elaboração de um parecer aos Editores-Chefes. O processo de revisão por pares adotado pela RBE é duplo-cego, ou seja, revisores e autores não conhecem as identidades uns dos outros.

- **Decisão editorial:** Com base nos pareceres dos revisores e do Editor-Associado, os Editores-Chefes decidem (1) pela recusa do manuscrito; (2) por oferecer nova chance aos autores mediante apreciação e resposta aos pareceres recebidos; ou (3) aprovação com ou sem mudanças. No caso dos desfechos 2 e 3, a apreciação da nova versão do manuscrito pode ser feita apenas pelos editores ou o texto revisado pode ser enviado novamente a revisores *ad hoc*. Mais de uma rodada de avaliação do manuscrito pode ser necessária, de acordo com os pareceres dos editores. A não observância pelos autores dos prazos de revisão estipulados pela revista pode resultar no arquivamento da submissão.

A RBE analisa todos os manuscritos submetidos em sistema para identificação de plágio.

A RBE reforça aos revisores a necessidade de rigorosa observância dos requisitos éticos para revisão por pares elaborados pelo *Committee on Publication Ethics*, conforme disponível em https://publicationethics.org/files/Ethical_Guidelines_For_Peer_Reviewers_2.pdf

Equidade de gênero

Editores e revisores da Revista Brasileira de Epidemiologia, além dos autores que publicam na revista, devem sempre observar as diretrizes sobre *Equidade de Sexo e Gênero em Pesquisa (Sex and Gender Equity in Research - SAGER)*. As diretrizes SAGER compreendem um conjunto de diretrizes que orientam o relato de informações sobre sexo e gênero no desenho do estudo, na análise de dados e nos resultados e interpretação dos achados, conforme descrito em inglês em <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> e em português em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017005001101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Além disso, a RBE observa a política de equidade de gênero na formação de seu corpo de editores e revisores.

Tipos de manuscritos aceitos

A RBE recebe manuscritos nas seguintes categorias:

- **Artigos originais:** com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras);
- **Artigos de revisão sistemática e metanálise** (não são aceitas revisões integrativas; máximo de 3.400 palavras);
- **Artigos metodológicos e ensaios teóricos:** artigos que tratem de técnicas ou teorias utilizadas em estudos epidemiológicos (máximo de 3.400 palavras);
- **Artigos que descrevam e analisem os procedimentos metodológicos de estudos conduzidos no Brasil:** o objetivo é apresentar como se dá a construção de estudos de base populacional, sejam transversais ou de coorte, compartilhando experiências, desafios e soluções. A Introdução deve apresentar o contexto e sua justificativa; os Métodos devem conter os procedimentos adotados, público participante, medidas realizadas, desafios e soluções; os Resultados devem contemplar os principais resultados gerais do estudo; e a Discussão deve apresentar as suas implicações, como o artigo se situa diante das demais pesquisas e incluir suas fortalezas e limitações (máximo de 3.400 palavras);
- **Artigos para Debate:** o artigo receberá comentários e análises de diferentes autores na forma de consenso/dissenso. Essa modalidade ocorre a convite dos editores (máximo de 2.000 palavras);
- **Comunicações breves:** relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Em geral são análises mais enxutas e com breve discussão dos resultados (resumo e abstract devem estar no formato narrativo com até 120 palavras; o artigo deve ter até 1.000 palavras e contar com as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão; até duas tabelas/figuras podem ser apresentadas ocupando até três páginas somadas; as referências apresentadas são limitadas a seis);
- **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 500 a 700 palavras).

A contagem das palavras contempla Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas e figuras não são incluídas nessa contagem).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As informações e os conceitos presentes nos artigos, bem como a veracidade dos conteúdos das pesquisas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do texto, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma

original do artigo, além de resumo em português.

Os manuscritos devem ser apresentados obrigatoriamente com a seguinte estrutura, em arquivo único:

Folha de rosto

A folha de rosto deve conter:

- título do manuscrito em português e inglês (máximo de 25 palavras cada título);
- título resumido (máximo de 10 palavras);
- dados dos autores (nomes completos, e-mails, números ORCID, entidades institucionais de vínculo profissional com cidades, estados e países — titulação e cargo não devem ser descritos);
- indicação do autor para correspondência, com seu endereço completo e e-mail;
- agradecimentos (máximo de 70 palavras). Podem ser mencionadas nos agradecimentos pessoas que colaboraram com o estudo, porém não preencheram os critérios de autoria, e/ou instituições que apoiaram a pesquisa com recursos financeiros, logísticos ou outros. Os autores devem enviar à RBE a anuência (formulário assinado) das pessoas mencionadas nos agradecimentos;
- informação quanto à existência ou ausência de conflitos de interesses;
- fonte de financiamento, informando se público ou privado; se não houver, mencionar que o estudo não contou com financiamento;
- número de identificação/aprovação do CEP;
- colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

Resumo e abstract

Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponíveis em <http://decs.bvs.br/>).

- **Introdução**
- **Métodos**
- **Resultados**
- **Discussão**

Recomenda-se que o(s) último(s) parágrafo(s) da Discussão seja(m) destinado(s) às conclusões e recomendações.

Referências

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverão ser indicados o título do periódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses, “No prelo” ou “In press”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antunez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. Rev Saúde Pública 2018; 52: 22. <https://doi.org/10.11606/s518-8787.2018052000103>

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. PLoS Med 2013; 10: e1001390. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390>

Livros e outras monografias

Kirkwood BR, Sterne JAC. Essentials of medical statistics. 2ª ed. Malden: Blackwell Science; 2003.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP, ed. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Dissertação

Terlan RJ. Prevalência de não realização de citopatológico de colo de útero entre gestantes no município de Rio Grande, RS [dissertação de mestrado]. Rio Grande: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande (FURG); 2015.

Tese

Barros S. Efeito da respiração lenta na pressão arterial e na função autonômica em hipertensos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); 2017.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Jacobina AT. A emergência do movimento da reforma sanitária brasileira e sua relação com os partidos políticos. In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-emergencia-do-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-e-sua-relacao-com-os-partidos-politicos>

Relatório da Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

Documentos eletrônicos

Brasil. Indicadores e dados básicos: IDB Brasil [Internet]. 2010 [acessado em 7 mar. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#mort>

Figuras e tabelas

As tabelas e figuras (gráficos, mapas e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de cinco páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa de editor de texto.

As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação retrato e 24 cm de largura na orientação paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como "Normal"). Devem ser apresentadas em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas 1,5. São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (MS Word ou MS Excel), nunca em imagem.

Material suplementar

Materiais adicionais que contribuam para melhor compreensão do artigo podem ser submetidos pelos autores. Esses arquivos ficarão disponíveis online e devem ser mencionados no corpo do texto. No entanto, esse material não será incorporado na diagramação do artigo e será publicado na forma em que for recebido. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, os documentos suplementares não passarão por revisão, padronização, diagramação ou tradução. Cada arquivo suplementar deve ser acompanhado de título que o descreva. Os autores devem transferir os arquivos em PDF, com a opção Arquivo Complementar para Avaliação (*Supplemental File for Review*). O conteúdo desses

arquivos não deve ser inserido no final do manuscrito. Todos devem ser suficientemente claros para permitir sua reprodução e as imagens devem ser fornecidas em alta resolução.

Conflito de interesses

Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. Exemplos de conflitos de interesses incluem vinculação de emprego, prestação de serviços de consultoria, financiamento ou outro auxílio financeiro recebido, participação acionária em empresas, posse de patentes e homenagens recebidas. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: "Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses".

A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

Declarações

Todos os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade da primeira publicação.

Não é necessário o envio das declarações na submissão do manuscrito. Os documentos serão solicitados pela secretaria da RBE apenas após a aprovação do manuscrito.

Uso de guias para relato de informações científicas

Recomenda-se aos autores, sempre que pertinente, a leitura e a observância dos guias de redação científica. Para ensaios clínicos, recomenda-se o CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>), para estudos observacionais o STROBE (<http://www.strobe-statement.org>) e para revisões sistemáticas o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>). Sugere-se o portal da Rede EQUATOR (*Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*) para acesso a outros guias e para orientações adicionais que visam garantir qualidade e transparência nas pesquisas em saúde (<https://www.equator-network.org>).

Outras orientações

Todo o conteúdo do artigo (folha de rosto, resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão, referências bibliográficas) deve ser apresentado em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas duplo. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

Quando abreviaturas forem citadas pela primeira vez no texto, devem ser acompanhadas pelo termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Taxa de processamento de artigo

A versão em inglês dos artigos é custeada integralmente pela RBE. Já a taxa de editoração é paga pelos autores. O valor é revisado regularmente, sendo para artigos submetidos a partir de 06 de abril de 2021 igual a R\$800 para comunicações breves e R\$1.200 para todos os demais tipos de artigo.

A taxa é paga apenas após a aprovação do manuscrito e os autores devem aguardar comunicação da secretaria executiva da revista com instruções para o pagamento. Nota fiscal e demais documentos comprobatórios são fornecidos pela revista para apresentação a instituições de ensino, pesquisa, agências de fomento e outras. Solicitações de desconto podem ser requeridas pelos autores mediante justificativa caso todos sejam provenientes de programas de pós-graduação nível 3 ou nível 4 da CAPES de qualquer região do Brasil ou com vinculações únicas a secretarias municipal e/ou estadual de saúde. Caberá à RBE avaliar a possibilidade de oferta de subsídio.

Formas de contato

Endereço físico: Av. Dr. Arnaldo, 715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 03 - 01246-904 - Cerqueira César - São Paulo -SP – Brasil

Telefone/Fax: +55 11 3085–5411

Website: <https://www.scielo.br/rbepid>

Endereço eletrônico: rbesubmissao@fsp.usp.br

Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Av. Dr. Arnaldo, 715 - 2º andar - sl. 3 - Cerqueira César, 01246-904 São Paulo SP Brasil , Tel./FAX: +55 11 3085-5411 - Rio de Janeiro - RJ - Brazil

E-mail: revbepi@usp.br

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