



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

ALÍCIA SANDRELLY RAMOS DA CRUZ

**ÓBITOS INFANTIS POR DIARREIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010 A
2018**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

ALÍCIA SANDRELLY RAMOS DA CRUZ

**ÓBITOS INFANTIS POR DIARREIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010 A
2018**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gabriela da Silveira Gaspar.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Emília Carolle Azevedo de Oliveira.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

C957o Cruz, Alícia Sandrelly Ramos da.
Óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, 2010 a 2018 /
Alícia Sandrelly Ramos da Cruz- Vitória de Santo Antão, 2021.
69 folhas; tab.

Orientadora: Gabriela da Silveira Gaspar.

Coorientadora: Emília Carolle Azevedo de Oliveira.

TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de
Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021.

Inclui referências e anexo.

1. Mortalidade infantil - Pernambuco. 2. Diarreia infantil -
Pernambuco. 3. Determinantes Sociais da Saúde - Pernambuco. I.
Gaspar, Gabriela da Silveira (Orientadora). II. Oliveira, Emília Carolle
Azevedo de (Coorientadora). III. Título.

304.64 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 024/2021

ALÍCIA SANDRELLY RAMOS DA CRUZ

**ÓBITOS INFANTIS POR DIARREIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010-
2018**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 27/ 04/ 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Gabriela da Silveira Gaspar (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Me. Amanda Correia Paes Zacarias (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado forças para enfrentar todos os obstáculos que surgiram e por fazer milagres diariamente em minha vida.

Agradeço a minha mãe Josefa Rita, por ser minha maior incentivadora, a ser alguém melhor e a nunca desistir, obrigada por ser esse presente de Deus em minha vida. Ao meu pai Aluizio

In Memoriam que mesmo não podendo está presente, fez de tudo para garantir meus estudos no curto tempo em que lhe foi permitido viver entre nós.

A minha tia Maria Bernadete por sempre me apoiar e torcer por mim. A meus irmãos Adalton e Allan por toda ajuda e apoio.

A meus avós Rita e Sebastião **In Memoriam**, que estiveram comigo em todos os momentos de minha vida, mas infelizmente não puderam está nesse, que saudade de vocês!

A Sandro meu namorado e amigo, obrigada por toda ajuda e apoio dado ao decorrer da graduação, principalmente nessa reta final e na vida, por esta sempre ao meu lado.

A todos os professores que durante a graduação me ensinaram tanto, toda admiração a vocês. Em especial a Gabriela Gaspar e Emília Carolle, não tenho palavras para agradecer toda ajuda, paciência, compreensão e empatia que vocês tiveram comigo.

Aos amigos que a graduação e a vida me deram, obrigada por todas palavras de força e incentivo.

RESUMO

A doença diarreica ainda configura um sério problema de saúde pública, que contribui para elevada morbidade hospitalar e mortalidade em crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Este estudo objetiva analisar os óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, entre os anos de 2010 e 2018. Trata-se de um estudo longitudinal com abordagem quantitativa e caráter descritivo, cujos dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Observou-se uma redução dos óbitos a partir de 2014, somando 274 óbitos entre 2010 e 2013, e 163 entre 2014 e 2018. Ainda foi possível identificar, dentre as variáveis estudadas, que a maior proporção dos óbitos foi entre crianças pardas, residentes na I e IV Geres, do sexo masculino, na faixa etária pós-neonatal. Também observou-se um maior percentual de subnotificação dos óbitos, nos dados de peso ao nascer e duração da gestação. Apesar da redução global dos óbitos observada no período analisado, ainda é necessária atenção, principalmente, com crianças que iniciam quadros diarreicos, por ser uma doença de fácil tratamento, mas que se não tratada adequadamente e em tempo oportuno pode provocar quadros de desidratação que podem evoluir para o óbito. Por configurar um dos principais problemas que afeta a qualidade de vida das crianças nos países em desenvolvimento, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas e intersetoriais em âmbito loco-regional, com foco nas populações com maior vulnerabilidade social, a fim de impedir a ocorrência e o agravamento de doenças diarreicas evitando óbitos originários desta causa em Pernambuco, pois, essa situação se torna inaceitável nos dias atuais.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Diarreia. Determinantes Sociais de Saúde.

ABSTRACT

Diarrhea is still a serious public health problem, affecting mainly developing countries. In this premise, the study aimed to analyze infant deaths due to diarrhea in the state of Pernambuco, between the years 2010 to 2018. It is a longitudinal study, with a quantitative approach and a descriptive character whose data were obtained from the Health System. Mortality Information (YES). There was a reduction in deaths from 2014, totaling 274 deaths between 2010 and 2013, and 163 between 2014 and 2018. It was still possible to identify, among the variables studied, that the highest proportion of deaths was among brown children, living in the city. I and IV Geres, male, in the post-neonatal age group. A higher percentage of underreporting of deaths was also observed in the data on birth weight and duration of pregnancy. However, despite the overall reduction in deaths, attention is still needed, especially with children who start diarrheal illnesses, as it is an easily treated disease, however if not properly treated and in due time they cause dehydration symptoms that can evolve to death. It is necessary for managers to develop strategic and intersectoral actions, focusing on populations with greater social vulnerability, in order to prevent the occurrence and aggravation of diarrheal diseases, avoiding deaths originating from this cause, as this situation is unacceptable nowadays.

Keywords: Infant Mortality. Diarrhea. Social Determinants of Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Óbitos Infantis.....	10
2.2 Contextualização da Diarreia	12
2.3 Determinantes Sociais da Saúde	15
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 ARTIGO	18
5 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE	46

1 INTRODUÇÃO

Entre as doenças infecciosas, a diarreia é a segunda causa de morte no mundo em crianças menores de 5 anos, sendo responsável por cerca de 8% desses óbitos em 2016, configurando-se como um grave problema de saúde pública (OMS, 2017). Siqueira *et al.* (2017) aponta que a diarreia é uma doença com alta morbimortalidade no mundo e atinge principalmente os países em desenvolvimento.

No Brasil, no período entre 2010 a 2018, as doenças diarreicas provocaram mais de 34 mil óbitos, sendo o Nordeste a região com maior número de casos, representando quase 40% dos óbitos por diarreia no país. Neste período também foram registradas 1.473.328 internações por doenças diarreicas, cuja maior quantidade de casos ocorreu na faixa etária de 1 a 4 anos (27,91%), seguida pelas de 5 a 9 anos (11,11%) e em terceiro lugar crianças menores de 1 ano (10,50%) (BRASIL, 2021).

Apesar da diminuição da mortalidade infantil no Brasil, no decorrer das últimas décadas, os óbitos se caracterizam na maioria das vezes como prematuros, por causas evitáveis e explicitam disparidades loco-regionais, onde as maiores Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) estão presentes nas regiões Norte e Nordeste (BRITO *et al.*, 2021). Um dos principais fatores condicionantes da morbimortalidade por diarreia infantil é a pobreza, visto que muitos acometidos por essa doença fazem parte de grupos em situação de vulnerabilidades econômicas e sociais (BUHLER *et al.*, 2014).

Os determinantes ambientais como o acesso à água de qualidade, o local de moradia, a cultura e o social também possuem influência no adoecimento da população, principalmente para os indivíduos com maior vulnerabilidade, como as crianças (AGUIAR *et al.*, 2020). Dessa forma, tanto a qualidade quanto a quantidade da água consumida têm grande relevância na manutenção da saúde e estão vinculados ao surgimento de casos novos e prevalência de várias doenças, com destaque para as diarreicas (QUEIROZ; HELLER; SILVA, 2009). Neste cenário, é importante destacar que o saneamento básico, apesar de ser um direito presente na Constituição Federal de 1988, ainda possui uma cobertura insuficiente em vários municípios do Brasil, o que é imprescindível para a promoção da saúde (AGUIAR *et al.*, 2020).

Sendo assim, este trabalho se justifica pelo fato de as doenças diarreicas ainda serem negligenciadas, fazendo com que haja uma maior necessidade de debate sobre o

tema. Constituindo, assim, um sério problema de saúde pública no país, e, em Pernambuco, que acomete várias crianças todos os anos, podendo levá-las ao óbito, somando-se ao fato a inevitabilidade da situação por meio de adoção de políticas públicas sociais integradas a políticas sociais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Óbitos Infantis

A mortalidade infantil é entendida como a soma dos óbitos nos períodos neonatal precoce entre 0 e 6 dias de vida, neonatal tardio de 7 e 27 dias de vida e pós-neonatal de 28 a 364 dias (SILVA; TOBIAS; TEXEIRA, 2019), ou seja, são considerados óbitos infantis aqueles que acometem crianças menores de 1 ano de idade.

O coeficiente de mortalidade infantil é um importante indicador de saúde, por ser sensível as condições de vida de determinada população pela qual é avaliada a qualidade de vida e do acesso à saúde materno-infantil (CARVALHO *et al.*, 2015).

Já a mortalidade na infância é considerada aquela que acomete crianças menores de cinco anos (ROMA, 2019). Em 2011, o Brasil já havia alcançado a 4^o meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, de reduzir a mortalidade na infância, cuja taxa reduziu de 53,7 por mil nascidos vivos em 1990 para 17,7 em 2011 (ROMA, 2019). Além disso, a taxa de mortalidade infantil no Brasil, entre 1990 e 2011, diminuiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando antes do esperado a meta estimada para 2015 de 15,7 óbitos (IPEA, 2014). A meta global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS - meta 3.2) para reduzir a mortalidade neonatal por causas evitáveis até 2030, no Brasil é de no máximo 5 óbitos por 1000 nascidos vivos (IPEA, 2019).

Entre o ano de 1990 e 2015, notou-se um declínio de 94,7% nos óbitos por doenças diarreicas em menores de cinco anos, deixando de ser a 2^o maior causa de morte em 1990 para ser a 7^o causa em 2015 (FRANÇA *et al.*, 2017). Todavia, Gomes *et al.*, (2016) evidenciam que no Brasil mais de 85% dos óbitos na infância acontecem em crianças com até 1 ano.

Em sua maioria, os óbitos infantis ocorrem devido a causas evitáveis, quando as mortes poderiam ter sido prevenidas pela efetividade das ações de serviços de saúde existente no local (LISBOA *et al.*, 2015). Estes também são vistos como eventos sentinelas que medem a qualidade da assistência a saúde, uma vez que a sua ocorrência é considerada falha na atenção a saúde, no qual o objetivo de classificar os óbitos evitáveis é monitorar e avaliar os serviços de saúde e auxiliar no planejamento para o alcance da redução destes (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Mesmo com a redução na taxa de mortalidade infantil os números ainda são

elevados, principalmente se tratando de mortes por causas evitáveis, o que assinala a carência de esforços e investimentos constantes para a sua redução, que pode acontecer com a melhoria da qualidade da assistência à saúde materno-infantil, sendo necessário uma maior efetividade na produção do cuidado pelos profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária que é a porta de entrada do SUS (DIAS; SANTOS NETO; ANDRADE, 2017).

Tais serviços devem buscar oferecer com qualidade o cuidado em saúde para que exista uma atenção integral por meio da elaboração de ações de prevenção, planejamento familiar, qualificação e resolutividade nos serviços de pré-natal, parto e assistência à criança (ARAUJO FILHO, 2018a).

São muitos os fatores associados as condições de saúde infantil, entre eles estão o acesso aos serviços de saúde, nível de escolaridade da mãe, condições sanitárias da região em que vivem, situação da habitação e alimentação, fatores esses que estão associados com o risco de óbito infantil (ARAUJO FILHO, 2018b).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 foi um fator importante para que o Brasil conseguisse alcançar a meta do 4º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio. Ofertado de forma gratuita, o SUS tem como princípios a integralidade, universalidade e equidade, onde Paim e Silva (2010) abordam que no âmbito do SUS a universalidade se refere ao direito que toda população brasileira tem de acessar de forma gratuita os serviços de saúde, sem discriminação de qualquer natureza legal, econômica, física ou cultural; a integralidade visa fortalecer a intersetorialidade e a formação de um novo modelo na gestão de políticas públicas; e por fim, a equidade que permite que ocorra a justiça, por meio de serviços ofertados, levando em conta grupos e categorias no momento da intervenção, atendendo desigualmente os desiguais, dando prioridade aos que mais precisam para que dessa forma a igualdade seja exercida.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) junto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitou a ampliação dos serviços de Atenção Básica, através de equipes de saúde da família, alcançando uma maior cobertura da atenção à saúde infantil, colaborando para que ocorresse a diminuição da mortalidade infantil (LEAL *et al.*, 2018).

Além de outras atividades existentes na atenção primária a saúde, está presente o estímulo ao consumo de água potável, ambientes limpos e higienizados para que ocorra

a prevenção de doenças e promoção da saúde, estabelecendo uma melhor qualidade de vida (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017).

O Ministério da Saúde, desde 2010, tornou obrigatório, em todo território nacional, a implantação da vigilância do óbito por meio da Portaria Nº 72/2010. Dessa forma, a vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde que integram o SUS, no âmbito público e privado, deixou de ser opcional (BRASIL, 2010).

A vigilância do óbito é responsável pela análise de dados referentes aos óbitos e as situações que levaram ao mesmo, tendo importante contribuição no auxílio da gestão, com a criação de estratégias de combate e prevenção da mortalidade infantil, materna e fetal, sobretudo na gestão do SUS; sendo a investigação a fase em que é feita a verificação dos óbitos não registrados e não declarados, além da corrigir dados pessoais e da causa básica do óbito registrado; com grande associação entre o aumento da investigação do óbito infantil com a diminuição das taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

No entanto, alguns municípios de pequeno e médio portes passam por dificuldades para constituir os comitês e, principalmente, para mantê-los. Sabe-se que evitar os óbitos maternos, infantis e fetais é imprescindível, cujas ações de promoção ou intervenções das unidades de saúde poderiam evitar seu acontecimento (MELO *et al.*, 2017).

2.2 Contextualização da Diarreia

O Ministério da Saúde define as doenças diarreicas agudas como uma síndrome caracterizada por fezes com pouca consistência, líquidas ou amolecidas, com aumento da quantidade de evacuações que ocorrem no mínimo 3 vezes em 24 horas, podendo ser acompanhadas de outros sintomas como náusea, vômito, febre e dor abdominal com duração de 2 a 14 dias. Assim, se durar mais de 14 dias pode deixar de ser aguda e se tornar persistente (OLIVEIRA, 2017). Sendo importante salientar que a diarreia e a disenteria não possuem os mesmos conceitos de definição, pois, a disenteria ocorre quando existe a presença de sangue e muco nas fezes (BRASIL, 2017).

As doenças diarreicas agudas infecciosas e transmissíveis são provocadas por diferentes agentes enteropatogênicos, sendo os principais as bactérias, os vírus e os protozoários (BUHLER *et al.*, 2014a). Causadas pelo consumo de água e alimentos contaminados, além do contato com objetos, animais ou pessoas que estejam com as

mãos contaminadas por esses diferentes agentes (BRASIL, 2017).

Nos casos crônicos ou com episódios recorrentes nos primeiros anos de vida, pode provocar à má absorção do intestino, acarretando à desnutrição (ANDRADE; FAGUNDES NETO, 2011). Com retardo do desenvolvimento pômdero-estatural, problemas intelectuais e cognitivos, levando muitas vezes a um ciclo vicioso, no qual a diarreia provoca a desnutrição sendo essa um fator de risco para o surgimento da diarreia (GUERRANT *et al.*, 2008).

No entanto, a grande parte dos casos de diarreia são de gravidade leve ou moderada, não recebendo atendimento médico nos serviços de saúde; a diarreia pode ser prevenida ou tratada por meio do uso adequado da Terapia de Reidratação Oral (TRO) ou Terapia de Reidratação Venosa (TRV) com o apoio de uma alimentação adequada(GOUVEIA; LINS; SILVA, 2019).

Assim como o leite materno pode ser usado como repositor para crianças que estão nesta fase; para a reposição das perdas diarreicas, é indicado o uso de SRO (Sais de reidratação oral) hipotônico, porém se não for possível é orientado a utilização de outros fluidos salinizados como, por exemplo, a água de arroz, caldo de legumes e soro caseiro (adição de água, sal e açúcar) e em alguns casos com o uso de medicação como, por exemplo, antitérmico, analgésico e antiemético, além do uso de zinco, drogas anti-secretórias, probióticos e antibióticos (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

Meneguessi e colaboradores (2015) apontam que a fragilidade do organismo infantil e o nível de exposição aos enteropatógenos irão determinar o acontecimento da diarreia, ligado aos fatores como acesso a água potável, saneamento, estado nutricional, e por fim, porém de grande relevância o uso do aleitamento materno, sendo esse um importante fator que contribui para a redução dos casos de diarreia em crianças desde que seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida e complementado até os dois anos (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

A falta de amamentação é considerada um dos principais fatores de risco para crianças, tendo comprovado custo-benefício à promoção da saúde como incentivo a amamentação, sendo essa uma iniciativa com grande impacto positivo para a saúde pública, pois o leite materno tem importantes componentes transmitido pelo sistema imunológico da mãe, que fortalecem o sistema imunológico do bebê, protegendo-os de enteropatógenos, cuja afirmação é fundamentada por estudos que associam o aumento da morbimortalidade por doenças diarreicas em crianças que foram amamentadas por

menos tempo do que indicado (TURIN; OCHOA, 2014).

Santos *et al.* (2016) avalia em seu estudo que o aleitamento materno quando feito de forma adequada é um importante fator de proteção infantil contra a diarreia, já a utilização de chupeta, mamadeira e água, prática comum em regiões de clima quente, como em Pernambuco, influenciam no desmame precoce, também sendo constatado nesse estudo que o consumo de mingau pode aumentar as chances da ocorrência da diarreia, sendo o aleitamento materno responsável por salvar vidas, além de economizar recursos do SUS.

Em um estudo realizado por Joventino e colaboradores (2019) são associados a diarreia com alguns fatores de risco, onde ocorrem por meio de um modelo multicausal, que abordam aspectos socioeconômicos, políticos, demográficos, sanitários, ambientais e culturais. Nessa perspectiva, os serviços de saúde devem promover tanto a promoção da saúde, quanto a prevenção de doenças e agravos.

Neste estudo também foram relacionados com o acontecimento da diarreia infantil a falta de sabão próximo às torneiras das residências, assim como a falta de tratamento de água utilizada pela criança, ingestão de água de procedência não mineral, mal armazenamento da água e ausência de descargas nos banheiros; também é destacada a importância de investimentos em educação em saúde que promovem uma maior informação as pessoas, auxiliando na diminuição dos números de diarreia infantil. A implementação destes cuidados, podem reduzir em 54% os casos de diarreia até o ano de 2025 com um gasto estimado de \$3,8 bilhões, valor menor do que seria gasto com o tratamento da doença e utilização de hospitais (JOVENTINO *et al.*, 2019).

Exigindo uma maior atenção em áreas urbanas os cursos de águas na maioria das vezes são poluídos por meio de esgotos, fazendo com que essa água fique imprópria para o consumo humano por acontecer a difusão de microrganismos patogênicos, que acarretam no surgimento de doenças de veiculação hídrica como as doenças diarreicas, que tem seu risco diretamente ligado a qualidade da água, ameaçando assim as populações em situações de vulnerabilidades socioeconômicas (FORGIARINI; PACHALY; FAVORETTO, 2018).

No ano de 2015, foram notificados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o total de 514.632 casos de crianças menores de dois anos com diarreia, sendo 36.900 casos registrados em Pernambuco.

Os casos de diarreia possuem maior incidência em países em desenvolvimento como o Brasil e estão relacionados a falta de saneamento e situações de vulnerabilidades sociodemográficas da população, especialmente a infantil (AGUIAR *et al.*, 2020). Cabral, Souza e Cardoso (2018) reiteram que o leite materno é um importante meio de proteção gastrointestinal e trato respiratório por ter anticorpos secretores da imunoglobulina A (IgA) que liberam bioativos que proporcionam o funcionamento adequado do intestino, cujas enteroparasitoses podem causar um desequilíbrio nutricional prejudicando a absorção de nutrientes, causando sangramentos, diarreia, dentre outras complicações.

Ademais, a diarreia acelera e piora os níveis de desnutrição, ratificando que a desnutrição pode ocorrer por diversos fatores, que frequentemente estão associados à pobreza, acontecendo quando o organismo está fragilizado com a falta de nutrientes importantes para o bom funcionamento de seu metabolismo.

Importante salientar que mesmo com a diminuição da morbimortalidade por doenças diarreicas, ainda ocorrem situações nos quais os lactentes evoluem para cenários de desidratação severa, levando-os a necessidade de serem internados em hospitais (WASUM *et al.*, 2018).

2.3 Determinantes Sociais da Saúde

São inúmeras as definições encontradas sobre os determinantes sociais de saúde, no entanto, de forma geral são aqueles que se relacionam com as condições de vida e trabalho das pessoas, tanto no individual quanto em grupos, onde estão relacionados com a situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). No qual, esses determinantes tentam refletir as políticas de saúde existentes como forma de estratégia, objetivando uma equidade no processo saúde doença dos indivíduos (BORDE; ÁLVAREZ; PORTO, 2015).

George (2011) discorre sobre os determinantes sociais de saúde agrupando-os em cinco categorias: os determinantes fixos ou biológicos; os determinantes sociais e econômicos; ambientais; além do estilo de vida; e por fim, o acesso aos serviços. Nos quais abrangem aspectos como idade, sexo, fatores genéticos, pobreza, emprego, exclusão social, posição socioeconômica, qualidade do ar, da água, ambiente social, alimentação, o uso de álcool, tabagismo, atividade física, comportamento sexual,

educação, saúde, transportes, serviços sociais e lazer (GEORGE, 2011).

Nesta perspectiva, crianças menores de um ano que residem nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, têm uma maior probabilidade de serem hospitalizadas ou evoluírem para o óbito por doenças diarreicas aguda, quando comparados as crianças que moram nas outras regiões do país, estimando-se que 94% da carga dessas doenças se atribuem as condições financeiras, educação e ao saneamento básico (BUHLER *et al.*, 2014b).

Breilh (2010) relata que o desenvolvimento da saúde é um processo que deve ser analisado de forma micro, ou seja, não observar apenas de forma superficial o problema de saúde, mas sim olhar os fatores que determinaram seu surgimento, sendo assim, a cultura do local e as diferenças de classes sociais, influenciam as formas de poder que gerem aquela sociedade.

A partir da análise dos determinantes sociais de saúde apreendesse que esses são a base da iniquidade social, impactando de forma negativa a saúde individual e coletiva, em diferentes graus, sendo caracterizadas por uma vida desprovida de dignidade, em casos extremos as levando à morte; podendo assim conceituar iniquidades sociais como desigualdades evitáveis e desnecessárias que atingem grupos menos favorecidos, estas não se justificam, pelo fato de ser desumano e serem provocados pelos próprios seres humanos, muitas vezes causada pela desigualdade de poder (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Sendo assim, ter um ambiente saudável é um fator que contribui para melhores indicadores de saúde, resultando em uma otimização dos gastos no setor, além disso, ressalta-se a necessidade de tornar universal o acesso ao consumo de água potável, coleta e tratamento de esgoto e descartes adequado de resíduos como importante ferramenta para diminuição da quantidade de doenças infecciosas e agravos à saúde (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar os óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, entre os anos de 2010 a 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar as variações anuais dos óbitos infantis por diarreia;
- Identificar diferenças regionais na distribuição dos óbitos;
- Analisar o perfil dos óbitos.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Artigo original

Óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, 2010-2018*

Infant deaths due to diarrhea in the state of Pernambuco, 2010-2018 Muertes

infantiles por diarrea en el estado de Pernambuco, 2010-2018

Alicia Sandrelly Ramos da Cruz¹

Emília Carolle Azevedo de Oliveira²

Gabriela da Silveira Gaspar³

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil¹

Instituto Aggeu Magalhães- IAM/ Fiocruz, Recife, PE, Brasil²

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil³

Endereço para correspondência:

Alicia Sandrelly Ramos da Cruz – Terceira Travessa Tancredo Neves, Bela Vista, nº57, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

CEP: 55608-283

E-mail: aliciasandrelly@outlook.com

*Artigo originado da monografia de conclusão de curso, intitulado de ‘Óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, 2010-2018’, defendida por Alicia Sandrelly Ramos da Cruz, junto ao curso de Saúde Coletiva, do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, em 27/04/2021.

Resumo

Objetivo: Analisar os óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, entre os anos de 2010 a 2018. **Métodos:** Estudo longitudinal quantitativo, de caráter descritivo com dados do Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM). **Resultados:** No período estudado foram registrados 437 óbitos com redução a partir de 2014, principalmente em crianças pardas, do sexo masculino, na faixa etária pós-neonatal, residentes na I e IV Geres, com peso ao nascer de 3000g a 3999g e com duração de gestação de 37 a 41 semanas. **Conclusão:** Apesar da redução identificada nos últimos anos do estudo, os dados sugerem que ainda existe a necessidade de ações intersetoriais da gestão pública, pois em sua grande maioria os óbitos infantis por diarreia são evitáveis, por meio de ações de saúde e desenvolvimento de políticas públicas com foco em populações mais vulneráveis.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil; Diarreia; Determinantes Sociais de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze infant deaths due to diarrhea in the state of Pernambuco, between the years 2010 to 2018. **Methods:** Quantitative longitudinal study, of a descriptive character with data from the Mortality Information System (SIM). **Results:** During the study period, 437 deaths were recorded, with a reduction from 2014 onwards, mainly in brown, male children, in the post-neonatal age group, residing in I and IV Geres, with birth weight from 3000g to 3999g and with duration of gestation from 37 to 41 weeks. **Conclusion:** Despite the reduction identified in the last years of the study, the data suggest that there is still a need for intersectoral actions in public

management, as the vast majority of infant deaths from diarrhea are preventable, through health actions and policy development. with a focus on the most vulnerable populations.

Keywords: Infant Mortality; Diarrhea; Social Determinants of Health; Health Information Systems.

Resumen

Objetivo: Analizar las muertes infantiles por diarrea en el estado de Pernambuco, entre los años 2010 a 2018. **Métodos:** Estudio cuantitativo longitudinal, de carácter descriptivo con datos del Sistema de Información de Mortalidad (SIM). **Resultados:** Durante el período de estudio se registraron 437 defunciones, con una reducción a partir de 2014, principalmente en niños morenos, varones, en el grupo de edad posneonatal, residentes en I y IV Geres, con peso al nacer de 3000g a 3999g y con duración de la gestación de 37 a 41 semanas. **Conclusión:** A pesar de la reducción identificada en los últimos años del estudio, los datos sugieren que aún existe la necesidad de acciones intersectoriales en la gestión pública, ya que la gran mayoría de las muertes infantiles por diarrea son prevenibles, a través de acciones de salud y desarrollo de políticas. un enfoque en las poblaciones más vulnerables.

Palabras clave: Mortalidad infantil; Diarrea; Los determinantes sociales de la salud; Sistemas de información en Salud.

Introdução

Entre as doenças infecciosas, a diarreia é a segunda causa de morte no mundo em crianças menores de 5 anos, sendo responsável por cerca de 8% desses óbitos em

2016, configurando-se como um grave problema de saúde pública¹. No qual, caracteriza-se por fezes pouco consistentes, com aumento na quantidade de evacuações, que ocorrem no mínimo 3 vezes em 24 horas².

No Brasil, no período de 2010 a 2018, as doenças diarreicas provocaram mais de 34 mil óbitos, sendo o Nordeste a região com maior número de casos, representando quase 40% dos óbitos por diarreia no país³. Neste período também foram registradas 1.473.328 internações por doenças diarreicas, cuja maior quantidade de casos ocorreu na faixa etária de 1 a 4 anos (27,91%), seguida pelas de 5 a 9 anos (11,11%) e em terceiro lugar crianças menores de 1 ano (10,50%)⁴.

Quando comparados os anos de 1990 e 2015, percebeu-se um declínio de 94,7% nos óbitos por doenças diarreicas em menores de cinco anos, deixando de ser a 2º maior causa de morte em 1990, para ser a 7º causa em 2015⁵. No entanto, quando se refere as doenças infecciosas e parasitárias, a diarreia infantil ainda continua sendo um sério problema de saúde pública neste século⁶.

A morbimortalidade decorrente de diarreia não são admissíveis, pois esta é uma doença evitável, por meios de ações simples, que não necessitam de tratamentos caros, mas que devem ser visto com seriedade por ser a fase infantil de suma importância para que a criança tenha um desenvolvimento sadio e para que não ocorra agravamento do quadro de saúde, que na maioria das vezes evoluem para desidratação, podendo levar ao choque hipovolêmico e a morte⁷.

Um dos principais fatores condicionantes da morbimortalidade por diarreia infantil é a pobreza, pois muitos acometidos por essa doença fazem parte de um grupo com dificuldades econômicas e sociais⁸. Outros fatores que também influenciam no adoecimento dessa população são os relacionados aos determinantes ambientais como o acesso a água de qualidade e o local de moradia⁹.

Países em desenvolvimento, como o Brasil, possuem maiores casos de incidência de diarreia que estão relacionados diretamente com a indisponibilidade de saneamento de modo equitativo e situações de vulnerabilidade sociodemográfica da população, especialmente à infantil¹⁰. Desta forma, crianças menores de um ano que residem nas regiões norte e nordeste do Brasil, tem uma maior probabilidade de serem hospitalizadas ou evoluírem para o óbito por doenças diarreicas aguda, quando comparados as crianças que moram em outras regiões do país, estimando-se que 94% dos casos de diarreia são decorrentes da condição financeira, educação e ao saneamento básico no local onde vivem¹¹.

A fragilidade do organismo infantil e o nível de exposição aos enteropatógenos irão determinar o acontecimento da diarreia, ligado a fatores como acesso a água potável, saneamento, estado nutricional, e por fim, porém de grande relevância o uso do aleitamento materno¹². Sendo este um importante fator que contribui para redução dos casos de diarreia em crianças, quando oferecido de forma correta, exclusivo nos primeiros seis meses de vida e complementado até os dois anos¹³.

Óbitos infantis são aqueles que acometem crianças menores de 1 ano de idade, entendida como a soma dos óbitos nos períodos neonatal precoce entre 0 e 6 dias de vida, neonatal tardio de 7 e 27 dias de vida e pós-neonatal de 28 a 364 dias¹⁴. Em sua maioria ocorrem por causas evitáveis, que são as mortes que poderiam ter sido prevenidas pela efetividade das ações de serviços de saúde existente no local, estes também são vistos como eventos sentinelas que medem a qualidade da assistência a saúde, uma vez que a sua ocorrência é considerada falha na atenção a saúde¹⁵.

Sabe-se que a maioria dos óbitos infantis ocorrem por causas evitáveis e a diarreia é uma dessas causas, sendo injustificável os óbitos decorrentes por diarreia que possui um tratamento relativamente simples, mas que se não tratada com

seriedade pode evoluir para quadros mais graves, por essa razão é relevante debater este tema no estado do nordeste brasileiro.

Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar os óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2018, considerando as variações anuais, diferenças regionais e o perfil destes óbitos.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, com abordagem quantitativa, de caráter descritivo. A base de dados utilizada foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tabulados através do TABNET. A unidade de análise foi o estado de Pernambuco, segundo local de residência, e o levantamento de dados foram por meio das variáveis: Geres, sexo, faixa etária, raça- cor, duração da gestação e peso ao nascer.

Pernambuco está localizado na região Nordeste do Brasil, cuja projeção da população em 2018 correspondeu a 9.496.735 pessoas, distribuídas em uma área de 98.067,880 km² ¹⁶. O estado possui 184 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha, dividido em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres), as quais coordenam as regiões de saúde que são caracterizadas por municípios limítrofes que tenham semelhanças. Dessa forma as Geres foram criadas com o objetivo de desenvolver um modelo de gestão onde se leva em consideração as particularidades de cada região ¹⁷.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas e figura, segundo a categoria CID-10: A09 Diarreia e gastroenterite de origem Infeciosa presumível. Em seguida, foi realizada análise descritiva dos dados encontrados.

Os dados secundários analisados foram coletados a partir do Sistema

de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo de domínio público, e portanto, não foi necessário submissão à Comitê de Ética. Todavia, o mesmo foi fundamentado nas diretrizes e normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos¹⁸.

Resultados

Dos 437 óbitos infantis decorrentes de diarreia no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2018, identificou-se que as regiões de saúde que mais se destacaram foram a I Geres com 95 óbitos (21,7%), na qual abrange toda região metropolitana, além de outros municípios que fazem fronteira, desta forma sendo composta por 20 municípios tendo como sede a capital do Estado, Recife; e a IV Geres com 83 óbitos (19%), que abrange o agreste, composta por 32 municípios com sede em Caruaru (Tabela 1). Outro ponto que pode ser notado é que estes óbitos infantis teve um grande volume de casos entre os anos de 2010 e 2013, com 274 óbitos, ocorrendo uma diminuição considerável a partir de 2014 até 2018 com um total de 163 mortes.

Ao comparar os óbitos por sexo, observou-se que o masculino é mais acometido por esta doença com um total de 254 óbitos (58,1%), quando comparado com o sexo feminino que equivale a 182 óbitos (41,6%) (Tabela 2).

Na análise por duração da gestação, houve um predomínio daquelas entre 37 e 41 semanas com relação aos demais períodos com 147 óbitos (33,6%). No entanto, a maior parte dos registros teve seu preenchimento ignorado com 43% dos casos (188 óbitos) (Tabela 3). Tal situação também foi verificada na variável peso ao nascer com 29,3% ignorados. Em seguida o maior número de casos registrados foi de nascidos

com 3000g a 3999g (28,4%), nascidos com 2500g a 2999g (19,2%) e 1500g a 2499g (14,2%), sendo os menores registros nos óbitos de nascidos com o peso de 1000g a 1499g (3,7%), menores de 1000g (3%) e 4000g e mais (2,3%).

Nos óbitos por faixa etária, observou-se que no período pós-neonatal se concentra quase todos os óbitos por diarreia, sendo o mesmo responsável por 406 óbitos (92,9%), seguido do período neonatal tardio com 29 mortes (6,6%) e, com 2 casos, o período neonatal precoce (0,5%) (Figura 1).

Por último, identificou-se que a maioria dos óbitos (62,5%) ocorreram em crianças pardas e 30,7% nas brancas. Sendo que, os menores números de casos foram na cor preta (1,6%) e indígena (0,7%). Não houve registros de mortes de crianças da cor amarela, no entanto dos 437 óbitos, 20 casos (4,6%) tiveram notificação ignorada (Tabela 4).

Discussão

Em Pernambuco entre os anos de 2014 e 2018, observou-se uma diminuição no percentual de óbitos de menores de um ano por diarreia. Esta tendência de redução ocorreu de forma gradual em todo o mundo nos últimos anos, no entanto ainda existem dificuldades a serem superadas, pois a diarreia continua sendo uma das principais causas de óbitos infantis¹¹. No Brasil, esta redução está relacionada com as medidas de melhoria da qualidade de vida da população, visto que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou uma maior atenção à saúde da criança com investimentos na atenção básica e promoção da saúde, além de melhor estruturação hospitalar¹⁹.

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, são os que têm os maiores

índices de mortalidade por diarreia, nos quais diversos fatores influenciam na sua ocorrência, podendo abranger tanto aspectos individuais como os socioeconômicos, culturais e ambientais ⁹. Os aspectos ambientais afetam diretamente no processo saúde-doença da população, relacionando-se com os demais determinantes sociais de saúde, citados anteriormente, possibilitando o surgimento de morbidades, principalmente em crianças, sendo este um fator significativo entre os indicadores de mortalidade infantil ⁶.

Nesta pesquisa, os dados demonstram óbitos por diarreia com maior proporção na I Geres que abrange predominantemente a região metropolitana de Recife e na IV Geres, localizada a 134 km de Recife, com sede em Caruru Agreste pernambucano, município do interior do estado com grande porte que possui hospitais de retaguardas com leitos de alta complexidade.

Diferentemente da redução que se iniciou em 2014 no estado, a I Geres começou a apresentar maior declínio dos óbitos em 2015, já a IV Geres apresentou redução a partir de 2014, no entanto em 2016 houve um aumento, mas nos anos consecutivos voltou a diminuir os óbitos.

Essa redução se assemelha a outro estudo realizado no estado de Pernambuco, referentes aos anos de 1997 a 2006, no qual foram explorados casos de diarreia em menores de cinco anos, com diminuição dos casos na Região Metropolitana do Recife, provavelmente, por causa do melhor acesso a água tratada, além da influência de outras vertentes do saneamento como as condições do esgoto e lixo, afetando diretamente na redução do risco das crianças desenvolverem diarreia²⁰.

No período de 2011 a 2014, ocorreu uma grande seca na região nordeste, onde foram afetados vários estados, dentre eles Pernambuco. Tal cenário levou a população

a ter uma maior dificuldade no acesso à água potável, contribuindo para que acontecesse um surto de diarreia. Em 2013, houve a intensificação dessa seca com a escassez e a contaminação de importantes mananciais de água da região, permitindo que a população ficasse ainda mais suscetível as várias situações de risco na época, proporcionando maior acesso a água contaminada de diversas procedências, tanto de fontes legais quanto ilegais o que resultou no adoecimento e infecção de inúmeras pessoas²¹. A maioria dos municípios afetados por essa seca fazem parte da I e IV Gerês, sendo eles Caruaru, Pesqueira, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife, além de Garanhuns e Petrolina que fazem parte da V e VIII Gerês respectivamente²¹. No qual foi constatado que os municípios mais atingidos pelo surto de diarreia estão localizados no agreste, em primeiro lugar e na região litorânea em segundo.

O fato de que em Pernambuco as crianças pardas são mais acometidas por diarreia, se assemelha ao estudo feito no Piauí, no período de 2010 e 2019, onde 52,5% dos menores de cinco anos internados eram da cor parda, seguido pela cor branca²². O mesmo estudo abordou que o sexo masculino é o que mais sofreu internações, alinhando-se ao percentual dos óbitos por sexo encontrados neste trabalho. Outra pesquisa que também se assemelhou com a problemática foi realizada em Minas Gerais²³, no qual a mortalidade infantil evitável seguiu a mesma lógica dos demais trabalhos.

Em relação a faixa etária do óbito, é evidenciado que majoritariamente o período pós- neonatal é o mais acometido por doenças diarreicas, isto acontece pelo fato desta ser uma doença evitável, estando diretamente ligado aos fatores externos. Sendo este tema abordado em um estudo, no qual, enfatiza que em sua maioria os óbitos pós-neonatais ocorrem por causas evitáveis tendo seu acontecimento

relacionado a qualidade de vida, acesso a saúde, ao saneamento básico e aos aspectos socioeconômico²⁴.

Por esta razão, a criação de programas governamentais como o programa Bolsa Família tem como objetivo fornecer assistência financeira aos cidadãos que vivem em situação de vulnerabilidade com foco na promoção da cidadania por meio do acesso à alimentação e aos direitos humanos²⁵.

A diarreia é uma doença evitável e muitas vezes negligenciada, fazendo com que muitos casos evoluam para o óbito. Sendo assim, os óbitos infantis por causas evitáveis podem ser reduzidos através de políticas públicas com foco no pré-natal, parto, assistência à criança, promoção à saúde, prevenção de doenças e imunização, além de investimentos na qualidade e do acesso aos serviços de saúde²³.

O SUS com a Estratégia Saúde da Família é um importante instrumento de proteção à criança, no entanto, deve-se salientar que além desses fatores apontados os determinantes externos como condicionantes ambientais e socioeconômico, também influenciam no adoecimento dessa população, acarretando necessidades de ações intersetoriais para que ocorra a mudança no cenário nessas localidades²³. Desta forma, a redução dos óbitos infantis por diarreia no Brasil está relacionada diretamente ao avanço da cobertura da Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família²⁶.

Como limitação deste estudo, foram encontrados um grande número de subnotificações dos dados do tempo de gestação (43%) e peso ao nascer (29,3%) sendo ignorados, inviabilizando uma análise mais assertiva das informações presentes. Problemática que também foi abordada em um estudo realizado no Pará, em que os dados de peso ao nascer e escolaridade materna registraram mais de 22% de

subnotificações no SIM, sendo este um problema ainda existente no Brasil²⁷.

O estudo ainda aponta que dados com mais de 10% de ignorados, são de baixa qualidade, no entanto as informações presentes podem contribuir na elaboração de estratégias com foco na redução de óbitos infantis, entrelaçados a uma melhor estruturação da atenção primária, como ações de melhoria na qualidade do pré-natal, da assistência e qualificação profissional²⁷.

No entanto, apesar de grandes avanços no decorrer dos anos ainda existem limitações na utilização os dados do SIM para pesquisas por alguns dos seus dados ter um alto volume de subnotificação, fazendo com que haja necessidade de uma maior capacitação dos profissionais que preenchem esses dados, uma vez que, os sistemas de informação do SUS são de grande importância por auxiliar os gestores em sua tomada de decisão.

Conclui-se que o maior percentual dos óbitos é na faixa etária pós-neonatal, pelo fato da doença estudada ser a diarreia, uma doença evitável que tem seu acontecimento ligado diretamente a fatores externos a criança. Os dados retratam que o sexo masculino e a cor parda são os mais acometidos, os artigos encontrados e debatidos ao decorrer do estudo não se propuseram a descrever e analisar as razões que fizeram com que essa população tivesse um percentual dos óbitos. Já em relação a I e IV Geres serem mais acometidas, a hipótese é que esses óbitos tenham ocorridos por decorrência da seca que ocorreu no estado, atingindo o agreste e litoral de Pernambuco, fazendo com que essas Geres apresentassem maior número de mortes.

Além disso, é importante salientar que apesar de ser uma doença muitas vezes negligenciada a diarreia necessita ser olhada com maior atenção, com necessidade de criação de políticas públicas intersetoriais, mais informações aos responsáveis pelas crianças de como tratar e prevenir a diarreia e maior atenção as unidades de saúde para

que os menores de um ano tenham um tratamento precoce. Assim, o ato de cuidar irá se refletir em uma redução significativa dos óbitos por diarreia acarretando uma maior segurança para as crianças que residem em Pernambuco.

Contribuições dos autores

Cruz ASR, Gaspar GS e Oliveira ECA participaram das etapas de concepção e desenho do estudo, análise, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito, bem como da aprovação final da versão. Todos os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesse no desenvolvimento do estudo e afirmam ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Apesar do declínio constante na mortalidade entre crianças com menos de cinco anos, 7 mil recém-nascidos morrem todos os dias, afirma novo relatório [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2017 [citado 2019 nov 25]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5530:apesar-do-declinio-constante-na-mortalidade-entre-criancas-com-menos-de-cinco-anos-7-mil-recem-nascidos-morrem-todos-os-dias-afirma-novo-relatorio&Itemid=820
2. Vasconcelos MJOB, Rissin A, Figueiroa JN, Lira PIC, Batista FM. Doenças diarreicas e hospitalizações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, Brasil, nos anos de 1997 e 2006. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 mar [citado 2021 mar 23]; 23(3): 715-722. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300715&lng=en. doi: 10.1590/1413-81232018233.14872016.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Estatísticas vitais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Epidemiológicas e Morbidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
5. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R et al. Principais

causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev. bras. epidemiol. 2017 mai [citado 2021 jan 18]; 20(1): 46-60. doi: [10.1590/1980-5497201700050005](https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005).

6. André SCS, Santos APM, Veiga TB, Takayanagui AMM. Influência das desigualdades econômicas e sanitárias na incidência da diarreia infantil em Minas Gerais, 2010. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2016 set [citado 2021 fev 23]; 40(3): 785-795. doi: [10.22278/2318-2660.2016.v40.n3.a779](https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n3.a779).

7. Wasum FD, Jantsch LB, Silva E, Rubert R, Silva J. Prevalência de internações hospitalares por diarreia e gastroenterite em menores de um ano. Braz. Jour. Hea. Rev.[Internet]. jan./fev. de 2019[citado em 24 de fev de 2021]; 2 (1): 99-105. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/854>.

8. Buhler HF, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2014 jul[citado em 2019 nov 23]; 19(10):4131- 4140. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001004131&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/1413-812320141910.09282014](https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09282014).

9. Aguiar KCG, Cohen SC, Maciel EMGS, Kligerman DC. Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). Saúde debate [Internet]. 2020 mar [citado 2021 fev 14]; 44(124): 205-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100205&lng=pt. doi: [10.1590/0103-1104202012415](https://doi.org/10.1590/0103-1104202012415).

10. Siqueira MS, Rosa RS, Bordin R, Nagem RC. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 dez [citado em 2021 mar 29]; 26(4): 795-806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400795&lng=en. doi: [10.5123/s1679-49742017000400011](https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000400011).

11. Buhler HF, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. Cad. Saúde Pública.[internet] 2014 set[citado em 2019 nov 25]; 30(9):1921-1934. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000901921&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: [10.1590/0102-311X00078013](https://doi.org/10.1590/0102-311X00078013).

12. Meneguessi GM, Mossri RM, Segatto TCV, Reis PO. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2015 dez [citado 2021 jan 22]; 24(4): 721-730. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-

96222015000400721&lng=en. doi: 10.5123/S1679-49742015000400014.

13. Brandt KG, Antunes MMC, Silva GAP. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. *J. Pediatr.* [Internet]. 2015 dez [citado 2019 nov 25]; 91(6): 36-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=en. doi: [10.1016/j.jped.2015.06.002](https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002).
14. Silva AP, Tobias GC, Teixeira CC. Perfil dos óbitos infantis: um reflexo da assistência à saúde. *Rev enferm UFPE on line*[internet]. 2019 abr [citado 2020 jan 18]; 13(4):973-80. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237731/31783>. doi: [10.5205/1981-8963-v13i04a237731p973-980-2019](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237731p973-980-2019).
15. Nascimento SG, Oliveira CM, Sposito V, Ferreira DKS, Bonfim CV. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 abr [citado 2020 abr 20]; 67(2): 208-212. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200208&lng=en. doi: 10.5935/0034-7167.20140027.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades [Internet]. 2017. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2017 [citado 2021 mar 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Integração Programática. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 nov 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Santos EP, Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Cardelli AAM, Godoy CB, Genovesi FF. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 jun [citado 2021 mar 25]; 50(3): 390-398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300390&lng=en. doi: 10.1590/S0080-623420160000400003.
20. Vasconcelos MJOB, Rissin A, Figueiroa JN, Lira PIC, Batista FM. Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018 mai [citado 2021 abr 01]; 52: 48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100242&lng=en. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052016094.
21. Rufino R, Gracie R, Sena A, Freitas CM, Barcellos C. Surtos de diarreia na região Nordeste do Brasil em 2013, segundo a mídia e sistemas de informação de saúde – Vigilância de situações climáticas de risco e emergências em saúde. *Ciênc. saúde*

- coletiva [Internet]. 2016 mar [citado 2019 nov 23]; 21(3): 777-788. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300777&lng=en. doi: [10.1590/1413-81232015213.17002015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.17002015).
22. Brito LCS, Pacheco HSA, Nascimento BSA, Sousa WEA, Melo AS, Conceição HN, et. Interações por diarreia em crianças menores de cinco anos. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2021 jan 11; [citado em 2021 abr 1]; 15(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246672>. doi: 10.5205/1981-8963.2021.246672.
23. Silva AF, Silva JP. Mortalidade infantil evitável em Minas Gerais: perfil epidemiológico e espacial. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2020 jun [citado 2021 abr 01]; 28(2): 276-280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000200276&lng=en. doi: 10.1590/1983-80422020282389.
24. Ferrari RAP, Bertolozzi MR. Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 out [citado 2021 mar 19]; 46(5): 1207-1214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500024&lng=en. doi: [10.1590/S0080-62342012000500024](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500024).
25. Campos, JNB. Secas e políticas públicas no semiárido: ideias, pensadores e períodos. *Estud. av.*, [Internet]. 2014 dez. [citado 2021 abr 03]; 28(82): 65-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000300005&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0103-40142014000300005.
26. Martins RS, Eduardo MBP, Nascimento AF. Tendência temporal da mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade, no estado de São Paulo, 2000-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 set [citado 2021 abr 02]; 25(3): 541-552. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300541&lng=pt. doi: [10.5123/s1679-49742016000300010](https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000300010).
27. Sousa JF, Santos KF, Santos DR, Silva AVC, Pereira IS, Silva R. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias no estado do Pará: vigilância de óbitos entre 2008 a 2017. *Pará Res. Med. J.* [Internet]. 2019 dez [citado 2021 mar 17]; 3(3-4):e27. Disponível em: <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2019.027>. doi: 10.4322/prmj.2019.027.

Tabelas e figuras

Tabela 1- Óbitos Infantis por diarreia, segundo Geres de residência, Pernambuco, 2010 a 2018

Geres	Ano									Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
I	13	16	15	11	14	6	9	6	5	95	21,7
II	4	3	5	2	1	2	1	3	2	23	5,3
III	11	10	4	7	1	4	2	7	2	48	11,0
IV	12	12	9	10	7	8	12	7	6	83	19,0
V	4	2	8	12	4	4	1	4	1	40	9,2
VI	6	5	10	9	3	2	5	3	1	44	10,1
VII	1	3	1	-	1	1	-	-	-	7	1,6
VIII	4	1	7	8	2	1	1	3	2	29	6,6
IX	5	7	5	6	1	-	3	1	2	30	6,9
X	1	2	2	1	-	1	-	-	-	7	1,6
XI	2	4	1	1	1	1	1	-	-	11	2,5
XII	2	4	2	4	1	2	3	2	-	20	4,6
Pernambuco	65	69	69	71	36	32	38	36	21	437	100

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de informações do SIM.

Tabela 2 - Óbitos Infantis por diarreia, segundo sexo, Pernambuco, 2010 a 2018

Sexo	Ano									Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	n	%
Masculino	44	41	38	36	21	18	25	23	8	254	58,1
Feminino	20	28	31	35	15	14	13	13	13	182	41,6
Ignorado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
TOTAL	65	69	69	71	36	32	38	36	21	437	100

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de informações do SIM.

Tabela 3 - Óbitos Infantis por diarreia, segundo duração da gestação, Pernambuco, 2010 a 2018

Duração da Gestação	Óbitos	
	N	%
< de 22 semanas	26	5,9
22 a 27 semanas	9	2,1
28 a 31 semanas	17	3,9
32 a 36 semanas	45	10,3
37 a 41 semanas	147	33,6
42 semanas e mais	5	1,1
Ignorado	188	43,0
TOTAL	437	100

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de informações do SIM.

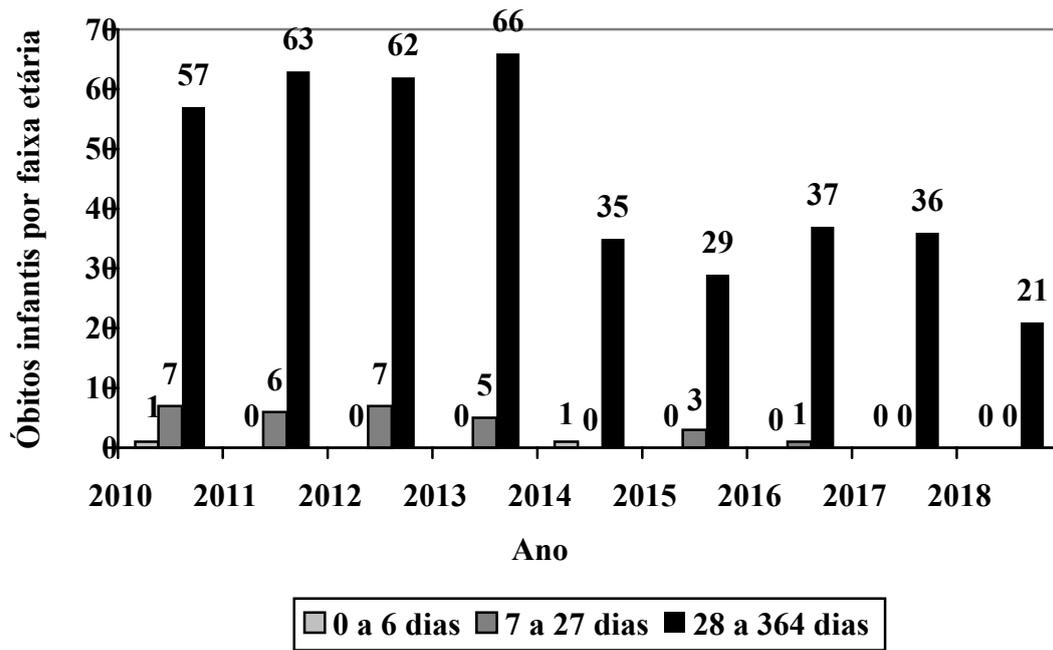


Figura 1- Óbitos Infantis por diarréia, segundo faixa etária, Pernambuco 2010 a 2018

Tabela 4 -Óbitos Infantis por diarréia, segundo cor/raça, Pernambuco, 2010 a 2018

Cor/raça	Ano									Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Branca	25	24	18	21	9	12	11	10	4	134	30,7
Preta	2	1	3	-	-	1	-	-	-	7	1,6
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parda	36	40	43	45	25	18	27	24	15	273	62,5
Indígena	-	-	-	-	2	-	-	1	-	3	0,7
Ignorado	2	4	5	5	-	1	-	1	2	20	4,6
TOTAL	65	69	69	71	36	32	38	36	21	437	100

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de informações do SIM.

5 CONCLUSÃO

O estudo identificou um alto número de óbitos infantis por diarreia no período estudado, apesar de ser observada uma redução na mortalidade por essa causa.

Houve uma maior proporção entre crianças pardas, do sexo masculino, na faixa etária pós-neonatal, peso ao nascer de 3000g a 3999g e tempo da gestação de 37 a 41 semanas.

Contudo, foram identificados problemas de subnotificação em alguns dados, fazendo com que seja de importante um maior investimento na qualidade dos dados captados pelos sistemas de informação em saúde, por meio da sensibilização, capacitação e monitoramento dos profissionais responsáveis por preencher esses dados.

A melhoria da vigilância do óbito e dos comitês de discussão tem um papel fundamental no combate a subnotificações dos óbitos infantis e levantamento de informações referente ao mesmo, para que possa ter uma maior compreensão sobre as circunstâncias nas quais ocorreram as mortes e a sua evitabilidade, sendo este um importante subsídio que auxilia os gestores na tomada de decisão, para que possam desenvolver ações estratégicas com intuito de prevenir as mortes.

Por fim, a adoção de medidas preventivas, como a orientação da população referente ao acesso ao tratamento de forma precoce, podem ser associadas a criação de políticas públicas intersetoriais, com foco nas populações com maior vulnerabilidade social, visando impedir a ocorrência e o agravamento de doenças diarreicas, e, principalmente, evitando óbitos por essa causa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Kelly Cristina Genesio de et al . Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 205-220, mar. 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2021.
- ANDRADE, Jacy Alves Braga de; FAGUNDES-NETO, Ulysses. Diarreia persistente: ainda um importante desafio para o pediatra. **J. Pediatr. (Rio J.)** , Porto Alegre, v. 87, n. 3, pág. 199-205, junho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2019.
- ANDRÉ, S.C.S; TAKAYANAGUI, A.M.M. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev. APS**, Ribeirão Preto, v.20, n.1, p. 130 - 139. jan/mar 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848846>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- ANDRÉ, Sílvia Carla da Silva, et al. Influência das desigualdades econômicas e sanitárias na incidência da diarreia infantil em Minas Gerais, 2010. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 40, n. 3, p. a779, nov. 2017. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/779>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de et al. Mortalidad infantil por causas evitables en capital del noreste de Brasil. **Enfermeria Actual de Costa Rica**, San José , n. 34, p. 26-37, Jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000100026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.
- ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de et al. Aspectos epidemiológicos de la mortalidad infantil en un estado del Nordeste de Brasil. **Enferm. Glob.**, Murcia, v. 17, n. 49, p. 448-477, 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100448&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2020.
- BORDE, Elis; ALVAREZ, Mario Hernandez; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2021.
- BRANDT, Kátia Galeão; ANTUNES, Margarida Maria de Castro; Silva, Gisélia Alves Pontes da. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. S36-S43, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. **Doenças diarreicas agudas (DDA): causas, sinais e sintomas, tratamento e prevenção**. Brasília; 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/d/doencas-diarreicas-agudas-dda>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrbr.def>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas Vitais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Situação de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSbr.def>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a Vigilância fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 25 nov. 2019.

BREILH, Jaime. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.6, n. 1, p. 83-101, fev./abr., 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/#ModalArticles>. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRITO, Leandro Cardozo dos Santos et al. Internações por diarreia em crianças menores de cinco anos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 15, n. 1, jan. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246672/37546>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BUHLER, Helena Ferraz et al. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4131-4140, out. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004131&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

BUHLER, Helena Ferraz et al. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1921-1934, set. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901921&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

CABRAL, Aléxia Alves; SOUZA, Amanda Lima da Cunha e; CARDOSO, Márcia Dorcelina Trindade. Doenças Prevalentes na Infância: Diarreia e Desnutrição em uma Unidade de Saúde Bem Estruturada. **Revista da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda**, p. 9-19, 2018. Disponível em:

<http://moodlead.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cienciasmedicas/article/view/1306/pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

CAMPOS, José Nilson B. Secas e políticas públicas no semiárido: ideias, pensadores e períodos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 28, n. 82, p. 65-88, dez. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2021.

CARVALHO, Renata Alves da Silva et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 5, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102015000100202&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.

DIAS, Barbara Almeida Soares; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00125916, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000504002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

FIORATI, Regina Celia; ARCENCIO, Ricardo Alexandre; SOUZA, Larissa Barros de. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2687, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf. Acesso em: 02 mar. 2021.

FORGIARINI, Francisco Rossarolla; PACHALY, Robson Leo; FAVARETTO, Jean. Análises espaciais de doenças diarreicas e sua relação com o monitoramento ambiental. **Eng. Sanit. Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 963-972, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522018000500963&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2020.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; BERTOLOZZI, Maria Rita. Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1207-1214, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

FRANCA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, mai. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500046&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2021.

GEORGE, Francisco. **Sobre determinantes da saúde**. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>. Acesso em: 26 nov. 2019.

GOMES, Tabatha Gonçalves Andrade Castelo Branco et al. Mortalidade na infância no Brasil e regiões no período de 2000 a 2011: o impacto da atenção básica. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, p.259-266, nov. 2017. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/18>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GOUVEIA, Mara Alves da Cruz; LINS, Manuela Torres Camara; SILVA, Giselia Alves Pontes da. Diarreia aguda com sangue: diagnóstico e tratamento medicamentoso. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 96, supl. 1, p. 20-28, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2021.

GUERRANT, Richard L. et al. Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development. **Nutr Rev.**, Virgínia, v. 66, n. 9, p. 487-505, set. 2008.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562291/#!po=10.0000>. Acesso em: 23 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em :18 mar. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA(IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, maio. 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22538. Acesso em: 14 nov. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA(IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ipea, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 14 nov. 2019.

JOVENTINO, Emanuella Silva et al. Influência de condições socioeconômicas e de saúde em crianças na ocorrência de diarreia infantil. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 8, n. 1, p. 81-92, jan/jul 2019. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3139>. Acesso em: 14 abr. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, nº. 6, p. 1915- 1928, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2019.

LISBOA, Luiza et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 711-720, dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2021.

MARTINS, Renata Soares; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. Tendência temporal da mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade, no estado de São Paulo, 2000-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 541-552, set. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300541&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2021.

MELO, Cristiane Magalhães de et al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3457-3465, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003457&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

MENEGUESSI, Geila Marcia et al . Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 4, p. 721-730, dez. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400721&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2021.

NASCIMENTO, Suelayne Gonçalves do et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 208-212, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200208&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.

OLIVEIRA, Maria Josenice Carvalho et al. Contextualização da diarreia infantil no Brasil: revisão de literatura. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 506- 512, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/185>. Acesso em: 26 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Banco de Notícias. **Apesar do declínio constante na mortalidade entre crianças com menos de cinco anos, 7 mil recém-nascidos morrem todos os dias, afirma novo relatório**. Brasília: PAHO, 2017 Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5530:apesar-do-declinio-constante-na-mortalidade-entre-criancas-com-menos-de-cinco-anos-7-mil-recem-nascidos-morrem-todos-os-dias-afirma-novo-relatorio&Itemid=820. Acesso em: 25 nov. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2020.

QUEIROZ, Josiane Teresinha Matos de; HELLER, Léo; SILVA, Sara Ramos da. Análise da correlação de ocorrência da doença diarreica aguda com a qualidade da água para consumo humano no município de Vitória-ES. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 479- 489, set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 71, n. 1, p. 33-39, jan. 2019 . Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2021.

RUFINO, Renata et al. Surtos de diarreia na região Nordeste do Brasil em 2013, segundo a mídia e sistemas de informação de saúde – Vigilância de situações

climáticas de risco e emergências em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 777-788, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300777&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

SANTOS, Floriacy Stabnow et al. Aleitamento Materno e Diarreia Aguda Entre Crianças Inscritas na Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e0220015, abr. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2020.

SILVA, A.P.; TOBIAS, G.C.; TEIXEIRA, C.C. Perfil dos Óbitos Infantis: Um Reflexo da Assistência à Saúde. **Revista enfermagem UFPE on line.**, Recife, abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237731/31783>. Acesso em: 26 nov. 2019.

SIQUEIRA, Mariana Santiago et al. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 795-806, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400795&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

SOUSA, Julieth Ferreira et al. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias no estado do Pará: vigilância de óbitos entre 2008 a 2017. **Pará Res. Med. J.** Belém, v. 3, n. 3-4, p. e27, dez. 2019. Disponível em: <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2019.027>. Acesso em: 17 mar. 2021.

TURIN, Christie G.; OCHOA, Theresa J. The Role of Maternal Breast Milk in Preventing Infantile Diarrhea in the Developing World. **Current Tropical Medicine Reports**, Cham, Switzerland, v.1, n. 2, p. 97-105, 2014.

VASCONCELOS, Maria Josemere Oliveira Borba et al. Doenças diarreicas e hospitalizações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, Brasil, nos anos de 1997 e 2006. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 715-722, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300715&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

VASCONCELOS, Maria Josemere de Oliveira Borba et al. Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 48, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100242&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2021.

WASUM, Fernanda Demetrio et al. Prevalência de internações hospitalares por diarreia e gastroenterite em menores de um ano. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 99-105, jan./fev. 2019. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/854>. Acesso em: 06 fev. 2021.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Versão impressa ISSN: 1679-4974 / Versão online ISSN: 2237-9622 INSTRUÇÕES

AOS AUTORES

<https://www.scielo.br/revistas/ress/iinstruc.htm> Escopo e Política

Epidemiologia e Serviços de Saúde: periódico do Sistema Único de Saúde (RESS) é um periódico científico de acesso aberto, publicado trimestralmente em formato eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral para o Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços de Saúde, Departamento de Articulação Estratégica em Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP / DAEVS / SVS / MS). Sua principal missão é disseminar conhecimentos epidemiológicos aplicáveis à vigilância, prevenção e controle de doenças relevantes à Saúde Pública, visando à melhoria dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A RESS segue a orientação das Recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas , disponível em <http://www.icmje.org/> (Inglês) e [http :](http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf)

[//www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf](http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf) (português) - também conhecido como "Vancouver Style" - e endossa os princípios éticos para publicação especificados pelo código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE), disponível em <https://publicationethics.org/guidance/Flowcharts> .

A RESS possui uma Declaração de Ética na Publicação, disponível em <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?p=eticaPublicacao&lang=pt>, que expressa o compromisso ético de nossa revista - bem como de todas as pessoas envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores ad hoc, o editor-chefe, todos os demais editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS / MS), e da editora do Ministério da Saúde

- por meio da adoção de boas práticas de publicação científica.

Forma e preparação de manuscritos

O Conselho Editorial da revista recebe manuscritos nos seguintes tipos de manuscritos:

a) Artigo original - resultados de pesquisas inéditas em uma ou mais das diversas áreas temáticas dentro da vigilância, prevenção e controle de doenças, relevantes para a saúde pública, tais como doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, análise da situação de saúde, promoção da saúde, ocupacional vigilância em saúde, vigilância em saúde ambiental, respostas a emergências de saúde pública, políticas e gestão de vigilância em saúde e desenvolvimento de epidemiologia em serviços de saúde (limite de palavras: 3.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); até cinco tabelas e / ou figuras);

b) Artigo de revisão

b.1) Artigo de revisão sistemática - apresentação de um resumo dos resultados do estudo original com o objetivo de responder a uma questão específica; os artigos devem descrever detalhadamente o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; podem ou não apresentar o procedimento para obtenção da síntese quantitativa dos resultados em formato de metanálise (limite de palavras: 3.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); até cinco tabelas e / ou figuras)

b.2) Artigo de revisão narrativa - uma análise crítica do material publicado, uma discussão aprofundada sobre um tema relevante para a saúde pública ou uma atualização sobre um assunto controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área, a convite dos editores (limite de palavras: 3.500 sem resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e / ou figuras).

c) Nota de pesquisa - um breve relato de resultados finais ou parciais (notas anteriores) de pesquisa original, relevante para o escopo da revista (limite de palavras: 1.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até três tabelas e / ou figuras);

d) Relato de experiência - descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças, com relevância para a saúde pública; a ser submetido a convite dos editores (limite de palavras: 2.500 sem resumos, tabelas, figuras e referências; até quatro tabelas e / ou figuras);

e) Artigo de opinião - relato conciso de assuntos específicos que expressam a opinião qualificada dos autores; a ser submetido a convite dos editores por especialista no assunto (limite de palavras: 1.500 sem resumos, tabelas, figuras e referências; até duas tabelas e / ou figuras);

f) Debate - artigo teórico elaborado por especialista convidado pelos editores, que será criticado e comentado por meio de respostas assinadas por outros especialistas convidados (limite de palavras: 3.500 para o artigo excluindo resumos, tabelas, figuras e referências;

1.500 para cada resposta ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

g) Investigação de eventos de interesse para a saúde pública - descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças, com relevância para a saúde pública; a ser submetido a convite dos editores (limite de palavras: 2.500 excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até quatro tabelas e / ou figuras).

A RESS aceita cartas (limite de palavras: 400) com breves comentários ou críticas, geralmente relacionados a um artigo publicado na edição anterior mais recente. As cartas podem ser publicadas por decisão dos editores e uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta.

Outros formatos podem ser aceitos pelos editores como entrevistas com personalidades ou autoridades (limite de palavras: 800) Resenhas de livros pertinentes ao escopo da RESS publicados nos últimos dois anos (limite de palavras: 800), Artigos de séries temáticas e Notas Editoriais.

Responsabilidade dos autores

Os autores são responsáveis pela veracidade e singularidade do manuscrito. Os manuscritos submetidos devem ser acompanhados de Termo de Responsabilidade, assinado por todos os autores, que declare que o trabalho não foi publicado anteriormente, total ou parcialmente, em formato impresso ou eletrônico, nem foi submetido para publicação em outras revistas e que todos os autores participaram da preparação de seu conteúdo intelectual.

Declaração de responsabilidade

A declaração de responsabilidade deve ser escrita de acordo com o seguinte modelo:

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

Este manuscrito é original e nenhum de seus conteúdos, seja completo, parcial ou substancial, foi publicado ou submetido para publicação em outra revista, ou qualquer outro tipo de publicação, seja em formato impresso ou eletrônico;

b. Todos os autores listados no manuscrito participaram efetivamente do estudo e assumem responsabilidade pública por seu conteúdo;

c. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;

d. Nenhum dos autores tem interesses conflitantes com relação a este manuscrito (ou existem conflitos de interesse entre os autores deste manuscrito (se houver conflito (s), eles devem ser mencionados aqui).

(Inclua o local, a data e os nomes dos autores, os quais, sem exceção, devem assinar a Declaração de Responsabilidade).

Os itens da declaração de responsabilidade estão na primeira etapa da submissão online de manuscritos. Além disso, o documento assinado por todos os autores deve ser digitalizado e anexado na etapa 4 - Transferência de documentos complementares.

Critérios de autoria

Os critérios de autoria devem ser baseados nos requisitos do estilo ICMJE / Vancouver. O reconhecimento de autoria deve ser baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua exatidão e integridade. Todos que são identificados como autores devem estar de acordo com os quatro critérios de autoria, e todos que se enquadram nesses critérios devem ser identificados como autores.

Ao assinar o Termo de Responsabilidade, os autores reconhecem a participação de todos na redação do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Um parágrafo deve ser incluído ao final do manuscrito informando a contribuição de cada autor em sua preparação.

Segundo o ICMJE, o reconhecimento das pessoas que contribuíram em qualquer etapa, mas não atendem aos critérios de autoria, pode ser feito na sessão de agradecimentos, podendo ser identificadas individualmente ou em grupos.

Agradecimentos

Quando cabível, recomendamos aos autores que nomeiem ao final do manuscrito aqueles que participaram do estudo, mesmo que não atendam aos critérios de autoria aqui adotados. Os autores são responsáveis por obter autorização por escrito dessas pessoas antes de nomeá-las em seus Agradecimentos, haja vista a possibilidade de o leitor inferir que essas pessoas estão endossando os dados do estudo e suas conclusões. Agradecimentos às instituições pelo apoio financeiro ou logístico ao estudo também podem ser mencionados. Agradecimentos impessoais, como "... a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o projeto...", devem ser evitados. As instituições que deram suporte financeiro ou logístico ao estudo devem ser citadas na página de rosto.

Fontes de financiamento

Os autores devem revelar todas as fontes de financiamento ou apoio, institucionais ou privadas, para o estudo e mencionar o número de processos. Os fornecedores que fornecem materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos gratuitamente ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, além de indicar a cidade, o estado e o país de origem. Essas informações devem ser incluídas na Declaração de Responsabilidade e na página de título.

Conflitos de interesse Conflitos de interesse dos autores são situações nas quais eles possuem um interesse, aparente ou não, capaz de influenciar o processo de preparação do manuscrito. São diversos conflitos pessoais, comerciais, políticos, acadêmicos ou financeiros aos quais qualquer pessoa pode estar sujeita. Por esse motivo, caso existam, os autores devem reconhecê-los e revelá-los na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeter seu manuscrito para publicação.

Ética em pesquisa envolvendo seres humanos

Os autores são os únicos responsáveis pelo cumprimento dos preceitos éticos relativos à condução da pesquisa e dos relatórios nela contidos, de acordo com as recomendações de ética contidas na Declaração de Helsinque (disponível em [http://www..wma.net](http://www.wma.net)) No caso de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, os autores devem cumprir integralmente as normas estabelecidas na Resolução CNS do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); N° 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>); bem como resoluções complementares para situações especiais. Os procedimentos éticos utilizados em pesquisas devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, indicando o número de aprovação dado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Sempre que pertinente, os autores devem informar o número do protocolo e a data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para ensaio clínico

- Registro de Ensaio Clínicos da Nova Zelândia da Austrália (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- Número Internacional de Ensaio Randomizados Controlados (ISRCTN)
- Registro de Ensaio Netherlands (NTR)

- Registro de Ensaio Clínicos UMIN (UMIN-CTR)
- Plataforma de Registro Internacional de Ensaio Clínicos da OMS (ICTRP)

Para revisões sistemáticas, é desejável o número do protocolo PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).

Direito de reprodução de manuscritos

O conteúdo publicado pela revista *Epidemiology and Health Services* está sob licença Creative Commons BY-NC. A reprodução total ou parcial, tradução para outras línguas ou vinculação eletrônica por outras revistas só é permitida mediante atendimento aos requisitos desta licença, que inclui a possibilidade de compartilhar e adaptar o material, desde que seja dado o devido crédito e não seja para fins comerciais.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

a) Os autores mantêm os direitos autorais e garantem a esta revista o direito de publicação em primeira mão. O trabalho também será licenciado pela Creative Commons Attribution, que permite o compartilhamento do trabalho, desde que seja reconhecida a autoria e publicação inicial dos artigos.

b) Os autores podem assinar contratos adicionais separados para distribuição não exclusiva da versão publicada nesta revista (ex: publicação em repositório institucional, ou como capítulo de livro), desde que seja reconhecida a autoria e publicação inicial dos artigos.

c) Os autores são autorizados e até mesmo incentivados a publicar e distribuir seus trabalhos online (ex: em repositórios institucionais ou em seu site pessoal), a qualquer momento antes ou durante o processo editorial, pois pode trazer mudanças positivas, e também aumentar o impacto e citação do trabalho publicado. Os autores são autorizados e até mesmo incentivados a publicar e distribuir seus trabalhos online (ex: em repositórios institucionais ou em seu site pessoal), a qualquer momento antes ou durante o processo editorial, pois pode trazer mudanças positivas, além de aumentar o impacto e citação de o trabalho publicado.

Preparando manuscritos para submissão

Ao preparar os manuscritos, os autores devem seguir as Recomendações do ICMJE para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas.

A versão original está disponível em <http://www.icmje.org>. A versão traduzida para o português foi publicada na RESS v. 23, nº 3, 2015 e está disponível em <https://goo.gl/HFaUz7>

A estrutura do manuscrito deve estar de acordo com o desenho do estudo.

As principais diretrizes relevantes para o escopo RESS são descritas a seguir:

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): declaração STROBE (Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia), disponível em: www.strobe-statement.org/

Ensaio clínico: declaração CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: Declaração PRISMA (Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises), disponível em: www.prisma-statement.org/ (inglês) e <https://goo.gl/NfUawv> (português).

Estimativas de saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting), disponível em: <http://gather-statement.org/> (inglês) <https://goo.gl/VXLMhW> (português).

Sex and Gender Reporting: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-s1679-49742017000300025.pdf> (português)

<https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-s1679-49742017000300025.pdf> (português)

Formato do manuscrito

Os manuscritos devem ser redigidos em português. Devem ser em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman, tamanho 12, em Rich Text Format (RTF) ou Documento Word (DOC), utilizando folhas de tamanho A4 padrão com margens de 3

cm. Notas de rodapé não serão aceitas.

Cada manuscrito deve incluir:

Página de rosto

- a) Tipo de manuscrito;
- b) Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) Título abreviado, para servir de referência no cabeçalho de cada página;
- d) Nome de todos os autores, afiliação institucional (até três níveis), cidade, estado, país, ID do ORCID e e-mail de cada um dos autores. No caso de autores com mais de uma afiliação institucional, sugerimos que sejam incluídos separadamente
- e) endereços Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone
- f) Informações sobre monografias, dissertações ou teses que originaram o manuscrito, nomeando o autor e ano da defesa, e todas as instituições envolvidas no estudo, se for o caso;
- g) Créditos para patrocinadores e financiadores de pesquisas (incluir o número do processo), se aplicável.

Resumo (Abstract em português)

Parágrafo único contendo até 150 palavras, abrangendo as seguintes seções: Objetivo (Objetivo); Métodos (Métodos); Resultados (resultados); e Conclusão (Conclusão para relato de experiência, o resumo deve ser redigido em um parágrafo, contendo 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado

Palavras-chave (palavras-chave em português)

Quatro a seis palavras-chave devem ser selecionadas da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), um vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido por seu nome original como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), (Biblioteca Regional de Medicina). O DeCS foi criado para padronizar uma linguagem única para indexação e recuperação de documentos científicos (disponível em <http://decs.bvs.br>).

Resumo

Versão em inglês do abstract em português, contendo as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave

Versão em inglês dos mesmos descritores selecionados do DeCS.

Resumo (Resumo em espanhol)

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

Palabras llave (Palavras-chave em espanhol)

Versão em espanhol dos mesmos descritores selecionados do DeCS.

Texto do manuscrito completo Manuscritos de

artigos originais e notas de pesquisa devem compreender as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e referências. As tabelas e figuras serão referenciadas na seção Resultados e incluídas no final do artigo, sempre que possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Conteúdo e definições da seção:

Introdução - Apresentação do problema que gerou a questão de pesquisa, o motivo apresentado e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos - Descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos utilizados, incluindo, quando aplicável, o cálculo do tamanho da amostra, métodos de amostragem, procedimento de coleta de dados, variáveis estudadas e suas categorias, processamento dos dados e procedimentos de análise; quando os estudos envolvem seres humanos ou animais, as Considerações Éticas relevantes devem ser tratadas (consulte a seção Ética em pesquisas envolvendo seres humanos).

Resultados - Apresentação dos resultados alcançados. Pode se referir a tabelas e figuras autoexplicativas (vide item Tabelas e Figuras a seguir).

Discussão - Comentários sobre os resultados alcançados, suas implicações e limitações; comparação do estudo com outras publicações e literatura científica relevante ao assunto O último parágrafo deve conter as conclusões e as implicações

dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos - Incluir após a seção de Discussão. Eles devem ser limitados ao mínimo necessário.

Contribuições dos autores - Um parágrafo que descreve a contribuição específica de cada autor.

Referências - O sistema numérico deve ser utilizado no texto ao citar referências; os números devem ser colocados em sobrescrito acima do texto, sem colchetes, imediatamente após a citação e separados uns dos outros por vírgulas; no caso de referências com números sequenciais, devem ser separadas por hífen, numerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial (ex: 7,10-16); eles devem ser colocados após a seção de contribuição dos autores. As referências devem ser listadas na mesma ordem das citações no texto; em cada referência os seis primeiros autores podem ser citados; se houver mais de seis autores, a expressão latina "et al " deve ser usada para se referir ao restante de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) ou Portal de Revistas Científicas em Saúde (<http://portal.revistas.bvs.br>); os títulos de periódicos, livros e editoras devem ser escritos por extenso; não devem ser feitas mais de 30 citações; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite para o número de citações, mas o manuscrito deve respeitar o limite de palavras definido nestas Instruções; Sempre que possível incluir o DOI do documento citado; O formato da referência deve estar de acordo com as Recomendações do ICMJE para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas (<http://www.icmje.org/>) e o Manual de Referência e Citação Médica da equipe da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>), com adaptações de acordo com os seguintes exemplos:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24 (2): 197-206. doi: 10.5123 / S1679- 49742015000200002

Títulos de publicações com nome científico (maiúscula e itálico) - aplica-se a outros tipos de publicações:

2. Jagetia GC, Baliga MS, Venkatesh P. Influência do extrato de semente de *Syzygium Cumini* (Jamun) em camundongos expostos a doses de radiação y. *J Radiat Res.* Março de 2005; 46 (1): 59-65.

Quando houver quando houver indicação de autoridade da obra além da autoria principal e quando houver autoria de Organização e Individual (aplica-se a todos os tipos de publicações):

3. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas; Duarte EF, Pansani TSA, tradutoras. Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos. *Epidemiol Serv Saúde.* Conjunto de julho de 2015; 24 (3): 577-601. doi: 10.5123 / S1679-49742015000300025

Artigo de periódico eletrônico:

4. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20 (4): 93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>. doi: 10.5123 / S1679- 49742011000400002

5. Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Fatores de risco para infecção de ferida inguinal após cateterização da artéria femoral: um estudo caso- controle. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. Janeiro de 2006 [citado em 5 de janeiro de 2007]; 27 (1):34-7. Disponível em: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

- Volume com suplemento

6. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalência de diabetes e hipertensão com base em inquérito de morbidade

autorreferida, Brasil, 2006. Rev Saude Publica. Novembro de 2009; 43 Supl 2: 74-82. doi: 10.1590 / S0034- 89102009000900010

- Edição com suplemento

7. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008 mai 11 (2 Supl 1): 159-67. doi: 10.1590 / S1415-790X2008000500017

- Material não publicado

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

Laking G, Lord J, Fischer A. A economia do diagnóstico. Health Econ. Próximo em 2006.

Livros

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

- Autoria institucional

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

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

Livros eletrônicos (monografias):

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

13. Collins SR, Kriss JL, Davis K., Doty MM, Holmgren AL. Espremido: por que o aumento da exposição aos custos de saúde ameaça a saúde e o bem-estar financeiro das famílias americanas [Internet]. Nova York: Fundo da Comunidade; 2006 [citado em 2 de novembro de 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

Capítulos de livros

Quando o autor do capítulo não é o autor do livro

14. Hill AVS. Genética e infecção. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Princípios e práticas de doenças infecciosas. 7ª ed. Filadélfia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o autor do capítulo

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

Capítulos de livros eletrônicos (monografias)

16. Shrader-Frechette K. Questões éticas em saúde ambiental e ocupacional. In: Jennings B, Kahn J, Mastroianni A, Parker LS, editores. Ética e saúde pública: currículo modelo [Internet]. Washington: Associação de Escolas de Saúde Pública; 2003 [citado em 20 de novembro de 2006]. p. 159-92. Disponível em: <http://www.asph.org/UserFiles/EthicsCurriculum.pdf>

Actas de congressos

- Publicados em livros

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

- Publicado em periódicos

18. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas - 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença

de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Rev Soc Bras Med Trop, vol. 36, supl. 2).

- Anais de conferências eletrônicas

19. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças [Internet]; 2011 out 31-nov 3; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2018 25 nov]. p. 142. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_11_expoepi.pdf

Portarias e Leis

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

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

Portarias e leis eletrônicas

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 14, de 13 de agosto de 2015. Instituir o Corpo Editorial da Epidemiologia e Serviços de Saúde - Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 ago 15 [citado 2018 25 nov]; Seção 1:48. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27014660_PORTARIA_N_14_DE_13_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx

Referências eletrônicas

23. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
24. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20 (4): 93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

25. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
26. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008

Teses e dissertações eletrônicas

27. Gonçalves SA. Controle do reservatório canino para leishmaniose visceral, no noroeste regional de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006-2011 [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/SMOC-9DWPFJ>

Sites

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos apresentação e contribuição com o Censo Agropecuário [Internet]. 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018 [atualizado 2018 maio 25; citado 2018 23 nov]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/19740-idosos-mostram-disposicao-e-contribuem-com-o-censo-agropecuario>
29. Medicina Complementar / Integrativa [Internet]. Houston: Universidade do

Texas, MD Anderson Cancer Center; 2007 [citado em 21 de fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://www.mdanderson.org/departments/CIMER/>

30. Campus Virtual de Saúde Pública. BIREME disponibiliza curso online para Acesso e Uso de Informação Científica em Saúde [Internet]. [Local desconhecido]: Campus Virtual de Saúde Pública; [dados desconhecida] [citado 2018 23 nov]. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/348724>

Programa de computador

31. Microsoft. Microsoft Office Excel. Versão 2016. [Redmond]: Microsoft; 2018. Disponível em: <https://products.office.com/pt-br/excel>

32. Meader CR, Pribor HC. DiagnosisPro: o assistente de diagnóstico diferencial definitivo [CD-ROM]. Versão 6.0. Los Angeles: MedTech USA; 2002

Se um software de gerenciamento de referência (por exemplo, Zotero, Endnote, Mendeley, Reference Manager ou outro) tiver sido usado, as referências devem ser convertidas em texto no formato definido nesta Instrução. A exatidão das referências na listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Tabelas e figuras

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

Figuras e tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito, quando possível, ou em arquivos separados ordenados conforme citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas. Caso devam ser usados em títulos, devem ser explicados com legendas na parte inferior de cada tabela ou figura. As tabelas e figuras devem ser apresentadas apenas em tons de preto e branco ou cinza. As tabelas devem ser preparadas preferencialmente de acordo com o Regulamento de Apresentação

Tabular do IBGE, 3ª edição.
(<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>).

Tabelas e gráficos (classificados e intitulados da mesma forma que as figuras), devem ser apresentados em texto. Serão aceitos os seguintes formatos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em formato de texto ou formato vetorial. Serão aceitos os seguintes tipos de arquivos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Os mapas devem ser apresentados em formato vetorial. Os seguintes tipos de arquivos são aceitos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas produzidos originalmente em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos. Os gráficos devem ser enviados em formato vetorial. Os seguintes tipos de arquivos são aceitos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). As imagens e fotografias de satélite devem ser apresentadas nos seguintes tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser 300dpi, com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho de arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

O uso de siglas incomuns deve ser evitado. Seu uso deve ser empregado somente quando forem reconhecidos pela literatura; valorizando a clareza do manuscrito.

Algumas siglas reconhecidas são: OMS, HIV, AIDS.

Siglas com até três letras devem ser escritas em maiúsculas (ex: DOU, USP, OIT). Quando siglas desconhecidas são utilizadas pela primeira vez, as palavras que representam devem ser escritas por extenso, seguidas da sigla entre colchetes. Siglas e abreviações compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas, se cada uma delas for pronunciada separadamente (ex: BNDES, INSS, IBGE). No caso de siglas com quatro ou mais letras que formem uma palavra composta por vogais e

consoantes, somente a primeira letra deve ser maiúscula (ex: Funasa, Datasus, Sinan). Siglas com letras maiúsculas e minúsculas devem ser escritas da forma original (ex.: CNPq, UnB). Recomenda-se que siglas estrangeiras (não brasileiras) sejam traduzidas para o português, desde que tal tradução seja universalmente aceita. Se não houver sigla em português correspondente, a sigla original deve ser usada mesmo que o nome completo em português não corresponda à sigla (por exemplo, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério façam referência à sigla pelo nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). a sigla original deve ser usada mesmo que o nome completo em português não corresponda à sigla (por exemplo, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério façam referência à sigla pelo nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). a sigla original deve ser usada mesmo que o nome completo em português não corresponda à sigla (por exemplo, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério façam referência à sigla pelo nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério façam referência à sigla pelo nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de

editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Algumas siglas estrangeiras foram adotadas na comunicação popular como um nome, como a palavra AIDS em inglês. A Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do Ministério façam referência à sigla pelo nome original em inglês, mas em letras minúsculas: aids (BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.). Confira o conjunto eletrônico de siglas do Ministério da Saúde.

Análise e aceitação do manuscrito

Serão aceitos apenas manuscritos com o formato indicado e contendo assuntos relevantes ao escopo da revista. No caso de estudos envolvendo seres humanos, será feita uma análise preliminar para verificar seu potencial de publicação e de interesse dos leitores da revista. Não serão aceitos manuscritos que não atendam a esses requisitos. A Revista adota o sistema iThenticate para identificação de plágio.

Os manuscritos considerados relevantes para publicação passarão pelo processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

- 1) Revisão técnica - é realizada pelo Conselho Editorial. Consiste basicamente na revisão de aspectos da forma e da redação científica, de forma que o manuscrito se enquadre em todos os aspectos das instruções dos autores e possa iniciar o processo de revisão por pares externos.
- 2) Revisão por pares externos - é realizada por pelo menos dois revisores, não pertencentes ao Conselho Editorial (revisores ad hoc), que apresentem sólidos conhecimentos sobre o tema do manuscrito. Nesta fase, os revisores ad hoc devem avaliar o mérito científico e o formato do manuscrito. A RESS adota o sistema de revisão duplo-cega, em que os revisores ad hoc não sabem quem são os autores e não são citados na revisão enviada aos autores. Os revisores ad hoc devem seguir as diretrizes de ética recomendadas pelo COPE, disponíveis em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf

3) Revisão do Conselho Editorial - após o envio da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão duplo-cega, o conselho editorial avaliará novamente o manuscrito, verificando a aceitação ou os motivos para não aceitar a sugestão dos revisores ad hoc, também pois, quando pertinente, destacará aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relatório do estudo, questões relacionadas ao padrão de publicação na RESS. Nesta etapa, mais uma vez, é verificado se o manuscrito atende a todas as instruções da revista.

4) Revisão final do Comitê Editorial - após a pré-aprovação do manuscrito para publicação pelo conselho editorial, um dos membros do Comitê Editorial, com conhecimento sobre o tema, o avaliará. Nesta etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado com ajuste a ser feito ou não aprovado para publicação.

É importante destacar que, em todas as etapas, pode ser necessária mais de uma rodada de revisão.

As considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para devolução. Recomenda-se aos autores que prestem atenção às comunicações que serão enviadas para o endereço de e-mail informado na submissão, bem como respeitem os prazos de resposta. O não cumprimento do prazo, principalmente quando não há justificativa, pode ser motivo para paralisar o processo editorial do manuscrito.

Uma vez que os manuscritos foram aprovados para publicação, mas ainda requerem pequenos ajustes ou correções, os editores da revista se reservam o direito de fazê-lo.

Prova de página eletrônica

Após a aceitação do manuscrito, uma prova de página eletrônica em formato PDF será enviada por e-mail ao autor para correspondência. Após a revisão da prova, o autor deve fornecer à Secretaria Executiva da revista autorização para publicação do manuscrito dentro do prazo estipulado pelo Conselho Editorial.

Os autores que precisarem de mais informações sobre essas instruções podem entrar em contato com a secretaria da revista pelos e-mails: ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br.

Correspondência

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços /

SVS / MS Epidemiologia e Serviços de Saúde

SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO700 - 7º andar, Asa Norte,
Brasília- DF

Código postal: 70.719-040 Brasil

Responsável: Fátima Sonally Sousa

Gondim Telefones: +55 (61) 3315-
3464 / 3315-3714

Enviando os manuscritos

A RESS não cobra pela submissão, avaliação, tradução ou publicação dos artigos.

Não há taxas para submissão, avaliação ou publicação de artigos. Os manuscritos devem ser submetidos ao Sistema SciELO de Publicação. Caso os autores não recebam nenhuma confirmação de submissão da Secretaria da RESS, deverão entrar em contato com a revista através do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Como arquivo complementar, a Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, deve ser anexada em formato PDF

Os autores podem escolher até três possíveis revisores, especialistas no assunto específico do manuscrito. Os autores também têm a opção de indicar até três revisores para os quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Os editores da revista decidirão se aceitam ou não as sugestões dos autores.

Lista de verificação de pré-envio

1. Formato: papel tamanho A4 com margens de 3 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento duplo, páginas numeradas.

2. Página de título:

- a. Tipo de manuscrito;
- b. Título do manuscrito em português, inglês e espanhol;
- c. Título abreviado em português;
- d. Nomes de todos os autores, afiliação institucional (até três níveis), cidade, estado, país, ID do ORCID e e-mail de cada um dos autores. No caso de autores com mais de uma afiliação institucional, sugerimos que sejam incluídos separadamente;
- e. Nome do autor para correspondência, endereço completo, e-mail e telefone;
- f. Nomes e números de processos das agências de fomento, quando aplicável; e
- g. Se o manuscrito foi baseado em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indique a instituição e o ano em que foi defendida.

3. Resumo em inglês, Resumo em português e Resúmen em espanhol para artigos originais, artigos de revisão e notas de pesquisa, em formato estruturado: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Palavras-chave / Keywords / Palabras clave selecionadas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis no site (<http://decs.bvs.br>).

5. Informar o número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número de registro do ensaio clínico ou da revisão sistemática; e outras considerações éticas no último parágrafo da seção Métodos.

4. Manuscrito: artigos originais, artigos de revisão e notas de pesquisa devem conter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Por favor, observe o limite de palavras para cada tipo de manuscrito.

6. Um parágrafo mencionando as contribuições dos autores.

7. Agradecimento somente com o consentimento das pessoas mencionadas.

8. Referências padronizadas conforme ICMJE (Vancouver Style), numeradas na mesma ordem em que aparecem no texto; certifique-se de que todos sejam citados no

texto e que sua ordem de citação corresponda à ordem mostrada na lista de Referências no final do manuscrito.

9. Tabelas e figuras - no máximo cinco para artigos originais e de revisão; não mais do que três para notas de pesquisa; e não mais do que quatro para relatos de experiência.

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

Atualizado em janeiro de 2020.