

LEONARDO BUSANELLO MATA ALVES

**EVOLUÇÃO DA DENGUE EM SANTA CATARINA ANTES,
DURANTE E APÓS A PANDEMIA DE COVID-19**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2024**

LEONARDO BUSANELLO MATA ALVES

**EVOLUÇÃO DA DENGUE EM SANTA CATARINA ANTES,
DURANTE E APÓS A PANDEMIA DE COVID-19**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof^a Edevard José de Araújo

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Luiza Curi Hallal

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2024

Alves, Leonardo Busanello Mata.

EVOLUÇÃO DA DENGUE EM SANTA CATARINA ANTES, DURANTE E APÓS A PANDEMIA DE COVID-19./ Leonardo Busanello Mata Alves. – Florianópolis, 2024.

Orientadora: Ana Luiza Curi Hallal

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Dengue 2. Epidemiologia 3. Perfil Epidemiológico 4. SINAN 5. Santa Catarina

Modalidade do manuscrito: Artigo original

Título do artigo: Evolução da dengue em Santa Catarina antes, durante e após a pandemia de Covid-19

Título em inglês: Evolution of dengue in Santa Catarina before, during and after Covid-19 pandemic.

Título em espanhol: Evolución del dengue en Santa Catarina antes, durante y después la pandemia de Covid-19

Título resumido: Evolução da dengue em Santa Catarina antes, durante e após a pandemia de Covid-19

Autores:

Ana Luiza Curi Hallal¹ - e-mail: anacuri@gmail.com

Leonardo Busanello Mata Alves¹ – e-mail: busanello.leo@gmail.com –
<https://orcid.org/0009-0007-2570-875X>

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Endereço para correspondência: Ana Luiza Curi Hallal – Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, R. Delfino Conti, S/N, Trindade, Florianópolis – SC, Brasil. CEP 88036-020. Telefone: +55 48 3721-9388

Paginação: 33

Número de palavras no resumo: 161

Número de palavras no texto: 2474

Informação sobre trabalho acadêmico: Trabalho intitulado “Evolução da Dengue em Santa Catarina antes, durante e após a pandemia de Covid-19” apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina em 2023 como Trabalho de Conclusão de Curso. Autoria de Leonardo Busanello Mata Alves sob orientação da professora Ana Luiza Curi Hallal.

RESUMO

Objetivo: Descrever a evolução epidemiológica das notificações por dengue no estado de Santa Catarina, entre 2018 e 2023, antes, durante e após o período da pandemia por Covid-19. **Métodos:** Estudo descritivo que examinou dados secundários coletados no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN/SC) referentes às notificações por Dengue, entre os anos de 2018 e 2023, no estado de Santa Catarina, avaliando as variáveis ano de notificação, sexo, região de saúde, faixa etária, escolaridade e classificação de doença. **Resultados:** No período estudado, ocorreram 428.128 novos casos de dengue em Santa Catarina, com predomínio de casos na faixa etária de 20-34 anos, com ensino médio completo e nas regiões de maior densidade populacional. Houve variações acerca da ocorrência conforme sexo e classificação da doença nos diferentes períodos analisados. **Conclusão:** Os dados apresentados indicam um expressivo e crescente aumento nos casos de dengue no período avaliado, descrevendo a possível influência da pandemia de Covid-19 no perfil epidemiológico das notificações pelo vírus da dengue.

Palavras-chave: Dengue; Epidemiologia; Perfil Epidemiológico ; SINAN; Santa Catarina.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological evolution of dengue notifications in the state of Santa Catarina, between 2018 and 2023, before, during and after the period of the Covid-19 pandemic. **Methods:** Descriptive study that examined secondary data collected in the Notification Agraves System (SINAN/SC) concerning Dengue notifications, between the years 2018 and 2023, in the state of Santa Catarina, evaluating the variables year of notification, sex, health region, age group, education and classification of disease. **Results:** During the period studied, there were 428.128 new cases of dengue in Santa Catarina, with the predominance of cases in the age group of 20-34 years, in individuals with complete secondary education and in the regions with the highest population density. There were variations about the occurrence according to sex and classification of the disease in the different periods analyzed. **Conclusion:** The data presented indicate an expressive and progressive increase in dengue cases during the evaluated period, describing a possible influence of the Covid-19 pandemic on the epidemiological profile of dengue virus notifications.

Keywords: Dengue; epidemiology; epidemiologic profile; SINAN; state of Santa Catarina.

RESUMEN

Objetivo: Describir la evolución epidemiológica de las notificaciones de dengue en el estado de Santa Catarina, entre 2018 y 2023, antes, durante y después del período de pandemia por Covid-19. **Métodos:** Estudio descriptivo que examinó datos secundarios recopilados en el Sistema de Agravos de Notificación (SINAN/SC) referentes a las notificaciones por dengue, entre los años 2018 y 2023, en el estado de Santa Catarina, evaluando las variables año de notificación, sexo, región de salud, grupo de edad, escolaridad y clasificación de enfermedad. **Resultados:** En el período estudiado, ocurrieron 428.128 nuevos casos de dengue en Santa Catarina, con predominio de casos en la franja de edad de 20-34 años, en individuos con educación secundaria completa y en las regiones de mayor densidad poblacional. Hubo variaciones acerca de la ocurrencia según sexo y clasificación de la enfermedad en los diferentes períodos analizados. **Conclusión:** Los datos presentados indican un aumento expresivo y progresivo en los casos de dengue en el período evaluado, describiendo una posible influencia de la pandemia de Covid-19 en el perfil epidemiológico de las notificaciones del virus del dengue.

Palabras-clave: Dengue; epidemiología; perfil epidemiológico; SINAN; estado de Santa Catarina.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
RESUMEN	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. MÉTODOS	3
3. RESULTADOS	5
4. DISCUSSÃO	10
5. CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15
NORMAS ADOTADAS	17
ANEXO 1	18
ANEXO 2	33

1. INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral sistêmica de extrema relevância para a saúde pública, sendo responsável, anualmente, por cerca de 390 milhões de casos no mundo.⁽¹⁾ A infecção é causada por um vírus RNA de cadeia simples, pertencente ao gênero *Flavivirus* e com quatro diferentes sorotipos (DENV 1, 2, 3 e 4). A transmissão ocorre através de mosquitos *Aedes* fêmeas infectadas, predominantemente em regiões tropicais e subtropicais endêmicas. O vetor apresenta boa adaptação ao meio urbano, se reproduzindo principalmente em recipientes com água parada presentes no ambiente doméstico e peridoméstico, favorecendo sua disseminação.^(1,2)

Conforme informa a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial reside em áreas de risco de exposição à dengue.⁽¹⁾ No contexto das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relata que aproximadamente 500 milhões de indivíduos estão expostos ao risco de infecção pelo vírus. Além disso, a última década demonstrou o maior número de casos de dengue notificados nesses continentes, chegando ao valor 16,2 milhões de casos acumulados.⁽³⁾ Nesse contexto, o Brasil se destacou com um significativo aumento nas notificações nos últimos anos, totalizando, no período de 2018 a 2022, quase 5 milhões de casos de dengue notificados em território nacional.

Dentre as Unidades Federativas, Santa Catarina foi a última do país a apresentar um caso autóctone de dengue, apenas em 2011. Em 2015, a região enfrentou a primeira epidemia causada pela doença, com um total de 11.547 casos registrados naquele ano. Ainda assim, manteve-se como o sexto estado com menor quantidade de casos de dengue notificados em território brasileiro.^(4,5) Apesar desse bom indicador, o estado registrou

um contínuo aumento de casos notificados nos anos subsequentes, com um pico de 234.878 casos notificados no ano de 2023.

No entanto, os dados oficiais disponibilizados sobre a infecção pelo vírus da dengue podem ter sido afetados nesse período, uma vez que, no ano de 2020, teve início a pandemia da Covid-19. Frente a isso, Santa Catarina atuou durante o período pandêmico executando medidas de distanciamento social, em conformidade com a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Entre a 1ª e 35ª semana epidemiológica do ano de 2020, por exemplo, foram promulgados 31 decretos estaduais relacionados ao vírus da Covid-19, com quase metade desses abordando medidas públicas de distanciamento interpessoal.⁽⁶⁾ Assim, tal conjuntura de isolamento populacional sem precedentes pode ter exercido influência nas notificações relacionadas à dengue no período, sendo tal fato igualmente observado em outras regiões do país, quando analisados diferentes agravos de notificação compulsória.^(7,8)

Com base nesse contexto, este estudo buscou descrever a evolução epidemiológica dos casos notificados de dengue no estado de Santa Catarina durante o período de 2018 a 2023, descrevendo o perfil epidemiológico das infecções no estado no período de antes, durante e após a pandemia de Covid-19.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo acerca da evolução da infecção pelo vírus da dengue no estado de Santa Catarina no período de 2018 a 2023. Foi realizado tendo como base dados secundários disponibilizados na plataforma de acesso público Tabnet/Datasus da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do estado de Santa Catarina (DIVE-SC), a qual integra as notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no estado.

Definiu-se como período prévio à pandemia pelo Covid-19 os anos de 2018 e 2019, como período em que a pandemia transcorreu os anos de 2020 a 2021 e, por fim, como período pós-pandêmico os anos de 2022 a 2023. Para permitir adequada comparação entre os períodos descritos, o estudo foi realizado com base em dados disponibilizados entre os meses de janeiro a setembro de cada respectivo ano, visto a data de coleta dos dados para a confecção do estudo, com atualização em 15 de outubro de 2023.

Foram analisadas as variáveis sexo (masculino; feminino), ano de notificação (entre 2018 e 2023), faixa etária (em anos: 0 a ; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 ou mais), região de saúde de Santa Catarina (Extremo Oeste; Oeste; Xanxerê; Alto Vale do Itajaí; Foz do Rio Itajaí; Médio Vale do Itajaí; Grande Florianópolis; Meio Oeste; Alto Vale; Rio do Peixe; Alto Uruguai Catarinense; Nordeste; Planalto Norte; Serra Catarinense; Extremo Sul; Carbonífera; Laguna; Vale do Itapocu), escolaridade (1^a a 4^a série incompleta do ensino fundamental; 4^a série completa do ensino fundamental; 5^a a 8^a série incompleta do ensino fundamental; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa; ignorado; não se aplica) e classificação da

doença (Ignorado/branco; Descartado; Inconclusivo; Dengue; Dengue com sinais de alarme; Dengue grave)

Para a análise dos dados e confecção de tabelas, foi utilizado o *software* Microsoft Excel® for Windows 2018.

Como o estudo foi feito com base em dados secundários de domínio público, sem a identificação de pacientes, não foi necessária submissão para avaliação perante Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3. RESULTADOS

Ao longo do período analisado, foram notificados 428.128 casos novos de dengue no estado de Santa Catarina, representando um aumento percentual superior a 16000% nas notificações entre os anos de 2018 (1.419) e de 2023 (237.848). O maior número absoluto de casos notificados foi observado no período pós-pandêmico, de 2022 a 2023, totalizando 84,88% do total de casos descritos neste estudo.

No que se refere à distribuição de casos conforme o sexo, houve, inicialmente, o predomínio de casos em indivíduos do sexo masculino (55,37%). Todavia, durante a pandemia pelo Covid-19 e no período subsequente, ocorreu transição para uma maior ocorrência de casos no sexo feminino (51,72% e 51,91%, respectivamente). (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição dos casos confirmados de dengue segundo ano de notificação e sexo. Santa Catarina, Brasil, 2018 a 2023.

Sexo	2018-2019	2020-2021	2022-2023
	N (%)	N (%)	N (%)
Feminino	3632 (44,56)	28.355 (51,72)	190.015 (51,91)
Masculino	4513 (55,37)	26.422 (48,20)	175.704 (48,00)
Ignorado	2 (0,06)	34 (0,06)	239 (0,07)
Em branco	3 (0,07)	10 (0,02)	57 (0,02)
Total	8.150	54.821	366.015

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Santa Catarina.

Quanto à distribuição geográfica entre as macrorregiões do Estado de Santa Catarina, a região da Foz do Rio Itajaí apresentou um total de 4.408 casos (54,88%) no período que antecedeu a pandemia pelo Covid-19. Durante a pandemia, a macrorregião Nordeste (68,7%) passou a concentrar a maior quantidade de notificações, seguida pela

região de Foz do Rio Itajaí (16,41%). Já no período pós-pandêmico, manteve-se a maior densidade de casos na macrorregião Nordeste (30,3%), acompanhado de relevante aumento do número de casos na macrorregião de Grande Florianópolis (26,99%). (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição dos casos confirmados de dengue segundo ano e macrorregião de notificação. Santa Catarina, Brasil, 2018 a 2023.

Região de notificação	2018-2019	2020-2021	2022-2023
	N (%)	N (%)	N (%)
Extremo Oeste	205 (2,55)	940 (1,72)	11.923 (3,26)
Oeste	1.019 (12,69)	2.392 (4,37)	36.515 (9,99)
Xanxerê	93 (1,16)	519 (0,95)	6.339 (1,73)
Alto Vale do Itajaí	36 (0,45)	61 (0,11)	551 (0,15)
Foz do Rio Itajaí	4.408 (54,88)	8.974 (16,41)	50.652 (13,86)
Médio Vale do Itajaí	373 (4,64)	827 (1,51)	30.095 (8,24)
Grande Florianópolis	1.311 (16,32)	2.732 (5,0)	98.274 (26,99)
Meio Oeste	15 (0,19)	12 (0,02)	371 (0,10)
Alto Vale Rio do Peixe	30 (0,37)	20 (0,04)	144 (0,04)
Alto Uruguai Catarinense	58 (0,72)	220 (0,40)	12.202 (3,34)
Nordeste	190 (2,37)	37.567 (68,7)	110.749 (30,3)
Planalto Norte	76 (0,95)	99 (0,18)	367 (0,10)
Serra Catarinense	23 (0,29)	7 (0,01)	144 (0,04)
Extremo Sul	11 (0,14)	10 (0,02)	340 (0,09)
Carbonífera	43 (0,54)	21 (0,04)	554 (0,15)
Laguna	75 (0,93)	47 (0,09)	1.556 (0,43)
Vale do Itapocu	66 (0,82)	232 (0,42)	4.640 (1,27)
Total	8032	54.680	365.416

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Santa Catarina.

A distribuição dos casos notificados conforme a idade foi homogênea nos três

períodos analisados, com maior acometimento nos indivíduos de 20 a 34 anos de idade (34,16%; 33,15%; 30,32%), seguido por aqueles de 35 a 49 anos (26,54%; 27,81%; 24,02%). (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de dengue segundo ano de notificação e faixa etária. Santa Catarina, Brasil, 2018 a 2023.

Faixa etária	2018-2019	2020-2021	2022-2023
	N (%)	N (%)	N (%)
<1 Ano	80 (0,98)	497 (0,91)	2.571 (0,70)
1 a 4	173 (2,12)	1.061 (1,94)	9.307 (2,54)
5 a 9	349 (4,28)	1.915 (3,49)	19.628 (5,36)
10 a 14	385 (4,72)	2.807 (5,12)	22.892 (6,25)
15-19	692 (8,49)	3.860 (7,04)	28.522 (7,79)
20-34	2.784 (34,16)	18.171 (33,15)	110.975 (30,32)
35-49	2.163 (26,54)	15.241 (27,81)	87.911 (24,02)
50-64	1.215 (14,91)	8.566 (15,63)	54.929 (15,01)
65-79	286 (3,51)	2.452 (4,47)	24.652 (6,74)
80 e+	22 (0,27)	242 (0,44)	4.597 (1,26)
Total	8.149	54.812	365.984

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Santa Catarina.

Analisando a escolaridade, foi descrita uma elevada taxa na classificação “Ignorado”. Excluindo-se tal grupo, houve maior acometimento dos indivíduos com Ensino médio completo no período pré-pandêmico (20,18%), pandêmico (22,56%) e pós-pandêmico (19,80%). Em seguida, predominaram aqueles com escolaridade de 5^a a 8^a série incompleta do ensino fundamental (11,56%; 16,15%; 9,10%). Quanto aos extremos da classificação, notou-se maior prevalência nos indivíduos de educação superior completa (10,92%; 7,63%; 6,95%) quando comparada com a população analfabeta

(0,25%; 1,30%; 1,22%). (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição dos casos confirmados de dengue segundo ano de notificação e escolaridade. Santa Catarina, Brasil, 2018 a 2023.

Escolaridade	2018-2019	2020-2021	2022-2023
	N (%)	N (%)	N (%)
Ignorado	2.280 (27,98)	14.638 (26,70)	139.349 (38,07)
Analfabeto	20 (0,25)	715 (1,30)	4.477 (1,22)
1ª a 4ª série incompleta do EF	324 (3,98)	1.859 (3,39)	16.589 (4,53)
4ª série completa do EF	214 (2,63)	989 (1,80)	7.178 (1,96)
5ª a 8ª série incompleta do EF	942 (11,56)	8.854 (16,15)	33.309 (9,10)
Ensino fundamental completo	414 (5,08)	4.588 (8,37)	22.433 (6,13)
Ensino médio incompleto	570 (6,99)	2.735 (4,99)	15.319 (4,19)
Ensino médio completo	1.645 (20,18)	12.366 (22,56)	72.482 (19,80)
Educação superior incompleta	393 (4,82)	1.305 (2,38)	6.490 (1,77)
Educação superior completa	890 (10,92)	4.182 (7,63)	25.452 (6,95)
Não se aplica	458 (5,62)	2.590 (4,72)	22.937 (6,27)
Total	8.150	54.821	366.015

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Santa Catarina.

Previamente à pandemia pelo Covid-19, notou-se um predomínio do descarte de casos inicialmente classificados como suspeitos de infecção pelo vírus da dengue (72,42%), com 24% das notificações sendo classificadas como dengue confirmada, 8 casos de dengue com sinais de alarme (0,1%) e apenas 1 caso de dengue grave (0,01%). Nos períodos de 2020 a 2021 e de 2022 a 2023, foi observada redução da proporção de casos descartados (43,17% e 36,76%, respectivamente), além de um expressivo aumento nos casos de dengue confirmada (55,23% e 52,37%, respectivamente). Ademais, em números absolutos, o período de 2022 a 2023 apresentou cerca de cem vezes mais casos de dengue que o período pré-pandêmico e 6 vezes mais que durante o decorrer da

pandemia. Ainda, notou-se um aumento expressivo na contagem de casos de dengue com sinais de alarme no período pós-pandêmico (1,52%), representando um aumento percentual de 69325% quando comparado com o recorte de 2018 a 2019. (Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição dos casos confirmados de dengue segundo ano de notificação e classificação da doença. Santa Catarina, Brasil, 2018 a 2023.

Classificação da doença	2018-2019	2020-2021	2022-2023
	N (%)	N (%)	N (%)
Ignorado	12 (0,15)	15 (0,03)	4.759 (1,30)
Descartado	5.902 (72,42)	23.668 (43,17)	134.562 (36,76)
Inconclusivo	271 (3,33)	603 (1,10)	29.253 (7,99)
Dengue	1.956 (24,00)	30.280 (55,23)	191.680 (52,37)
Dengue com sinais de alarme	8 (0,10)	244 (0,45)	5.554 (1,52)
Dengue grave	1 (0,01)	11 (0,02)	207 (0,06)
Total	8.150	54.821	366.015

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Santa Catarina.

4. DISCUSSÃO

Conforme os dados apresentados, torna-se evidente o aumento substancial e progressivo do número de notificações de dengue ao longo do período analisado, entre 2018 e 2023.

O período de 2020 a 2021 apresentou um aumento de 572,6% no número de casos no estado de Santa Catarina quando comparado com o período prévio à pandemia de Covid-19, entre 2018 e 2019. Esse aumento vai de encontro ao padrão nacional, o qual demonstrou uma redução de 18,1% no total de casos suspeitos de dengue ao longo do período pandêmico. Todavia, apesar de tal padrão de redução nacional, o ano de 2020 apresentou um número de infecções pelo vírus da dengue acima do previsto, indicando a possibilidade de que, em algumas regiões do país, coexistiram epidemias de Covid-19 e dengue. ⁽⁹⁻¹¹⁾ Tal fato poderia ser atribuído, primeiramente, às mudanças no padrão de mobilidade da população, secundárias às medidas governamentais de distanciamento social estabelecidas para o enfrentamento da pandemia pelo vírus Covid-19. Essas determinariam um tempo prolongado de permanência em domicílio, viabilizando uma redução na vigilância para prevenção da reprodução de vetores e agravando a transmissão vetorial nas regiões endêmicas e com alto risco de transmissão. ^(9,10,12) Associado a esse fator, também foi descrita a hipótese de uma possível hiper-notificação de dengue nos estados do Sul e do Centro-Oeste no ano de 2020, principalmente devido à similaridade e sobreposição de alguns dos sinais e sintomas das respectivas infecções virais. ^(9,13,14) A redução do número de casos em âmbito nacional seria explicada por um balanceamento secundário à subnotificação em outras regiões do país, tal como no Nordeste, Norte e Sudeste. ⁽⁹⁾ Por fim, o clima em Santa Catarina - fator sabidamente impactante na

viabilização da transmissão vetorial da dengue - foi atípico no determinado período, com maior ocorrência de dias frios e secos, não propícios para a proliferação de mosquitos *Aedes* e, portanto, sem provável importante influência nos números de notificações. ⁽⁹⁾

Ainda assim, no espaço temporal analisado, o maior número de casos notificados ocorreu no período após a pandemia de Covid-19, nos anos de 2022 e 2023, representando 84,88% dos casos reportados no presente estudo. Tal situação reflete o cenário nacional de aumento expressivo de casos notificados no mesmo período. Como descrito anteriormente, fatores que podem estar associados a esse padrão são a similaridade clínica e laboratorial da infecção pelo DENV com outras síndromes febris, a variação climática e dos índices pluviométricos no período, além de variações das condições socioeconômicas da população. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Analisando as notificações conforme as regiões de saúde do estado, observou-se um padrão de distribuição bastante heterogêneo. Inicialmente, predominavam os casos na região da Foz do Rio Itajaí, sendo essa a mesma localidade na qual o primeiro caso autóctone de dengue do estado de Santa Catarina foi detectado, em 2011. ⁽⁴⁾ Durante e após a pandemia pelo Covid-19, a maioria dos casos passou a se concentrar na região Nordeste. Além disso, merece destaque o importante aumento de casos em outras regiões de saúde, como na Grande Florianópolis, no último período analisado. Portanto, a maior concentração de casos notificados coincidiu com as regiões de maior densidade demográfica do estado. ⁽¹⁷⁾

No que tange à distribuição da arbovirose conforme o sexo, foi descrito um predomínio das infecções no sexo masculino (55,37%) no período de 2018 a 2019. Nos anos seguintes, evidenciou-se inversão de tal padrão, com ligeiro predomínio das notificações no sexo feminino. Tal transição de ocorrência corrobora com relatos de

outros estudos, os quais relacionam tal predomínio à população feminina devido uma possível maior propensão de tal grupo a buscar atendimento médico, quando na vigência de sinais e sintomas clínicos de doença. ⁽¹⁸⁾ Porém, não foram notadas mudanças drásticas no perfil de sexo acometido durante o período pandêmico, apesar das mudanças estabelecidas pelas medidas de distanciamento social e restrição ao ambiente domiciliar.

Dentre as notificações, a faixa etária mais acometida ao longo de todo o período foi a dos indivíduos de 20-34 anos, seguidos por aqueles de 35-49 anos, corroborando com dados descritos na literatura. ^(19,20) Tal recorte populacional coincide com a parcela populacional economicamente ativa, supostamente com maior exposição ao vetor da doença devido a necessidade de mobilização para o ambiente profissional. ⁽²⁰⁾ Em contrapartida, a menor parcela de casos notificados foi observada nos grupos de faixa etária menor que 5 anos e maior que 80 anos de idade.

Quanto à escolaridade, o grupo mais acometido pela dengue no recorte temporal analisado foi aquele com Ensino Médio Completo, além de uma importante parcela de indivíduos com Ensino Superior. Outro estudo com um achado semelhante aventou a hipótese de que, apesar de um maior acesso à informação e superior conhecimento técnico, tal grupo populacional ainda não estaria aplicando de maneira efetiva as medidas profiláticas adequadas para o controle vetorial preconizadas pelos órgãos de saúde e de vigilância epidemiológica. ⁽¹⁸⁾ Entretanto, a alta taxa de classificação dos casos como “Ignorado” ou “Não se aplica” dificulta tal análise, indicando um provável preenchimento inadequado das fichas de notificação dos casos suspeitos de dengue. ⁽²¹⁾

Por fim, a distribuição dos casos de dengue conforme sua classificação demonstraram que, anteriormente a pandemia de Covid-19, a grande maioria dos casos notificados foram, posteriormente, descartados. Durante e após o período pandêmico, o

cenário distinguiu-se para um predomínio dos casos confirmados de dengue em detrimento dos casos descartados. Ainda assim, o alto percentual de casos descartados e inconclusivos notificados durante a pandemia pelo Covid-19 podem reforçar a hipótese previamente descrita de uma hiper-notificação da arbovirose no período devido a fatores confundidores.^(9,13,14) Durante todo o período constatou-se mínima incidência de casos de dengue com sinais de alarme e de dengue grave, corroborando com dados da literatura.

(22)

A principal limitação do presente estudo consiste no uso de dados secundários derivados do SINAN, de maneira que a ocorrência de subnotificação, de registros incompletos das fichas de notificação e/ou de notificações equivocadas podem ter comprometido a análise de determinadas variáveis abordadas. Tratando-se de um estudo descritivo, está sujeito a vieses e tem pequeno poder analítico. Entretanto, os resultados nesse tipo de estudo auxiliam na descrição da evolução epidemiológica da doença no estado de Santa Catarina, tornando evidente o crescente número de casos na região, no período avaliado. Assim, o estudo surge como uma ferramenta auxiliar à vigilância epidemiológica para a futura investigação da doença, além de enfatizar os esforços para prevenção, diagnóstico e tratamento do agravo.

5. CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste estudo indicam um aumento expressivo dos casos de dengue no estado de Santa Catarina, ao longo dos anos de 2018 e 2023. Foi observado significativo aumento no número de casos durante a pandemia pelo Covid-19 e nos anos seguintes, reforçando as hipóteses descritas na literatura sobre a influência do período de isolamento social na transmissão da dengue e, também, sobre a possível hiper-notificação secundária à sobreposição de quadros clínicos virais. Ainda, no período pré-pandêmico, foi observada maior ocorrência de casos no sexo masculino, com uma maior parcela de casos descartados após investigação, enquanto no período seguinte à pandemia, descreveu-se o predomínio da arbovirose em indivíduos do sexo feminino e aumento dos casos confirmados de doença. Durante todo o período analisado, houve concentração de casos em regiões de maior densidade demográfica do estado, em indivíduos com escolaridade de ensino médio completo e, por fim, nos indivíduos pertencentes à faixa etária economicamente ativa.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

HALLAL ALC contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. ALVES LBM contribuiu com a aquisição e análise de dados e redação do artigo. Ambos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e responsabilizam-se por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. DENGUE GUIDELINES FOR DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL [Internet]. Available from: www.who.int/tdr
2. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013 Apr 25;496(7446):504–7.
3. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Dengue [Internet]. [cited 2023 Sep 3]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue#info>
4. Andrioli DC, Busato MA, Lutinski JA. Characteristics of the dengue epidemic in Pinhalzinho, Santa Catarina, Brazil, 2015-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saude*. 2020;29(4).
5. Busato MA, Machado C, Lutinski JA, Shabat FM, Simões DA, Siebel AM, et al. Environmental factors associated to dengue fever occurrence in the Chapecó municipality, Santa Catarina State. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2019 Nov 30;40(2):237–48.
6. Hughes HMFBR, Carneiro RAVD, Hillesheim D, Hallal ALC. Evolution of COVID-19 in Santa Catarina, Brazil: state decrees and epidemiological indicators up until August 2020*. *Epidemiologia e Serviços de Saude*. 2021;30(4).
7. Brito CVB, Formigosa C de AC, Neto OSM. Impacto da COVID-19 em doenças de notificação compulsória no Norte do Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2022 May 10;35:1–11.
8. Sallas J, Elidio GA, Costacurta GF, Frank CHM, Rohlf DB, Pacheco FC, et al. Decrease in compulsory notifications registered by the Brazilian National Hospital Epidemiological Surveillance Network during the COVID-19 pandemic: a descriptive study, 2017-2020. *Epidemiologia e Serviços de Saude*. 2022;31(1).
9. Oliveira Roster K, Martinelli T, Santillana M, Rodrigues F, Roster KO, Martinelli T, et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on dengue in Brazil. 2023;
10. Chen Y, Li N, Lourenço J, Wang L, Cazelles B, Dong L, et al. Measuring the effects of COVID-19-related disruption on dengue transmission in southeast Asia and Latin America: a statistical modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2022 May 1;22(5):657–67.
11. Milagres T de F, Silva WJ da, Lemos AB de, Pilz Júnior HL, Prophiro JS, Silva OS da. The co-epidemic of Dengue and COVID-19 in Brazil: between challenges in their management and the consequences of socioeconomic inequality. *Research, Society and Development*. 2021 Apr 30;10(5):e19810514728.

12. Lim JT, Dickens BSL, Chew LZ, Choo ELW, Koo JR, Aik J, et al. Impact of SARS-CoV-2 interventions on dengue transmission. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020 Oct 1;14(10):1–17.
13. Yan G, Lee CK, Lam LTM, Yan B, Chua YX, Lim AYN, et al. Covert COVID-19 and false-positive dengue serology in Singapore. *Lancet Infect Dis*. 2020 May;20(5):536.
14. DENGUE diagnóstico e manejo clínico adulto e criança MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília-DF 2013 4 a edição DENGUE diagnóstico e manejo clínico adulto e criança MINISTÉRIO DA SAÚDE [Internet]. Available from: <http://editora.saude.gov.br>
15. Ribeiro MS, Ferreira DF, Azevedo RC, Santos GBG dos, Medronho R de A. Índices larvais de *Aedes aegypti* e incidência de dengue: um estudo ecológico no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(7).
16. Souza CS de, Romano CM. Dengue in the cooling off period of the COVID-19 epidemic in Brazil: from the shadows to the spotlight. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2022;64.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. [citado 2022 jul 31]. Available from: <https://www.ibge.gov.br>.
18. Rodrigues da Silva T, Araújo Nascimento Costa AK, Nascimento Alves KA, Neves Santos A, de França Cota M. TENDÊNCIA TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA DENGUE NO BRASIL. *Cogitare Enfermagem*. 2022 Nov 18;(27):1–10.
19. Junior JBS, Massad E, Lobao-Neto A, Kastner R, Oliver L, Gallagher E. Epidemiology and costs of dengue in Brazil: a systematic literature review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2022 Sep;122:521–8.
20. Ferreira AC, Chiaravalloti Neto F, Mondini A. Dengue in Araraquara, state of São Paulo: epidemiology, climate and *Aedes aegypti* infestation. *Rev Saude Publica*. 2018 Feb 26;52:18.
21. Lucas Melo Guimarães. Dengue e escolaridade no Brasil: preenchimento das fichas de notificação e mortalidade em menos escolarizados. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
22. Schaefer TJ, Panda PK, Wolford RW. Dengue Fever. 2023.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão no formato de artigo científico do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011. Assim, os elementos pré-textuais seguem a norma padrão de monografia, enquanto os elementos textuais seguem a normatização estabelecida pelo periódico científico: Revista de Saúde Pública (RSP). Seguiu-se as orientações da modalidade artigo original.

ANEXO 1

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS DO PERIÓDICO CIENTÍFICO

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português e inglês. Artigos submetidos em português são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

Resolução de conflitos de interesse e violações éticas

Os editores tomarão as medidas necessárias para identificar e prevenir a publicação de artigos onde ocorra má conduta de pesquisa ou violações éticas, incluindo plágio, manipulação de citações e falsificação / fabricação de dados, ausência de autorizações pertinentes, discriminação, entre outros. As situações e alegações que chegarem ao conhecimento de editores e avaliadores serão levadas ao Comitê Editorial, que tomará as providências cabíveis, incluindo o encaminhamento a instâncias superiores da Universidade, se necessário.

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo recomendado de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão

b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados, ou supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

c) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

MODELOS DOS DOCUMENTOS

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, _[dia]__ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública

Assim, submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi

publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

_____ nome completo do autor 2 + assinatura + ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e

mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As Conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹, a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da

quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito em inglês e em seu idioma original (português), se aplicável.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.

7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
13. Não publicamos materiais suplementares, anexos e apêndices.

8. Processo editorial

a) Avaliação

Pré-análise: : o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não. Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Os autores do manuscrito intitulado Evolução da Dengue em Santa Catarina antes, durante e após a pandemia de Covid-19, submetido à Revista de Saúde Pública, declaram que:

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

Florianópolis, 2023.

Ana Luiza Curi Hallal

Leonardo Busanello Mata Alves