

Estratégias de pesquisa em Saúde emergentes no período de distanciamento físico

Emerging Health research strategies in the period of physical distance

Renata Junqueira Pereira¹
Renata Andrade de Medeiros Moreira¹

¹Universidade Federal do Tocantins. Palmas/TO, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A pandemia de Covid-19 e o distanciamento social imposto por ela aguçaram a criatividade de pesquisadores que precisavam coletar dados, sobretudo na área da saúde. Muitas técnicas de coletas de dados emergiram nesse período e algumas novas estratégias surgiram, sendo cada vez mais utilizadas na atualidade, em todas as áreas de pesquisa.

Sem dúvida, esse novo olhar que se volta para as estratégias de coletas de dados, de forma remota, modificou a forma como a maioria das pesquisas era realizada e tais estratégias permanecerão entre as opções de técnicas de coletas de dados, mesmo após o necessário período de distanciamento físico. Este editorial, portanto, teve como objetivo descrever algumas dessas técnicas de coletas de dados em estudos da área da saúde, ressaltando também os aspectos éticos de sua utilização.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

As *websurveys*, também comumente denominadas *web-based surveys*, *e-surveys* e *on-line surveys*, são estratégias usadas para a obtenção de dados primários, desde os anos 1990¹. Podem ser veiculados por meio de cadastros de endereços de e-mail (membros de uma categoria profissional ou grupos de estudantes), painéis de usuários da internet ou a divulgação do link da pesquisa em websites e redes sociais.

Como vantagens do método, tem-se a rapidez entre o planejamento e a publicação de resultados; a possibilidade de inclusão de milhares de participantes de pesquisa, que podem ser entrevistados em curto período; bem como a abrangência geográfica e a possibilidade de se atravessar fronteiras de forma imediata; baixo custo e simplicidade de implantação¹.

Dentre as limitações do método, tem-se a validade externa, que somente é atingida com a utilização de métodos probabilísticos de amostragem ou censos; a cobertura de internet na região estudada; a ausência de um cadastro único de

usuários da internet; a dificuldade de quantificação da não respostas; o viés de seleção; e a possibilidade de um único usuário responder múltiplas vezes à pesquisa. Os resultados devem ser interpretados considerando-se as limitações do método².

Como uma forma especializada de etnografia, a netnografia surgiu como forma de estudo das comunicações mediadas por computador, como fonte de dados para chegar à compreensão e à representação etnográfica de um fenômeno cultural na internet³.

Uma vez que o uso da internet cresceu durante a pandemia e está diretamente relacionado às práticas dos usuários das redes, a cibercultura se tornou um campo a ser explorado, e particularmente importante para o método etnográfico⁴. A abordagem netnográfica é adaptada para estudar fóruns, grupos de notícias, blogs, redes sociais, dentre outros.

São decisões iniciais fundamentais ao netnógrafo: definição de temas, perguntas de pesquisa, identificação da comunidade online ou grupos que serão estudados, reconhecimento do campo de coletas de dados, apresentação do pesquisador ao grupo pesquisado e entrada cultural³.

A coleta permitirá a captura de três tipos de dados: dados arquivais (extraídos diretamente de comunicações mediadas por computador, como dados da página, blog, site da comunidade ou grupo observado, assim como fotografias, trabalhos de arte e arquivos de som, dados em cuja criação e estimulação o pesquisador não esteja diretamente envolvido); dados extraídos (criados pelo pesquisador, por meio da interação com os membros, que pode se dar por entrevistas por correio eletrônico, bate-papo, mensagens instantâneas) e dados de notas (interações experienciadas pelo pesquisador, a partir de sua própria participação e afiliação ao grupo)⁵.

As entrevistas por telefone são úteis na interação direta e síncrona com o entrevistado, na necessidade de distanciamento físico. Além de facilitar o acesso ao público-alvo, a consistência dessa estratégia tem sido comprovada na literatura, uma vez que se observa similaridade dos resultados quando se comparam a entrevista por telefone com a entrevista face a face⁶. Uma robusta experiência brasileira, o VIGITEL, demonstrou semelhança na prevalência das doenças crônicas quando se compararam inquéritos domiciliares e inquéritos telefônicos⁷.

A entrevista telefônica também supera a presencial em custo e agilidade, minimizando constrangimentos do entrevistado diante do conteúdo de algumas questões. Por um lado, na entrevista presencial são menores as chances de equívocos ou de desistência do sujeito que consentiu em participar. Além disso, é possível registrar as comunicações não verbais, que são úteis para ampliar a compreensão do que se passa com o participante quando interage com o conteúdo das perguntas⁸. No entanto, suas limitações incluem o não atendimento às chamadas, a recusa a fornecer informações por essa via, números de telefones incorretos ou inexistentes e o risco de a abordagem se tornar cansativa, com o tempo e duração da entrevista⁹.

Para minimizar as limitações observadas na pesquisa telefônica, recomenda-se testar o questionário quanto aos efeitos da terminologia utilizada, ao formato das questões (subjetivas ou objetivas) e das alternativas de resposta, à organização interna das questões no instrumento, à produção das respostas e à duração da entrevista. Recomenda-se também a entrada de dados em tempo real, por meio de sistema informatizado e a obtenção de listas de contatos dos participantes atualizada⁸.

A seleção e o treinamento dos entrevistadores antes do início da coleta devem enfatizar a importância da empatia, da habilidade de escuta, da capacidade de direcionar as dúvidas do entrevistado sem gerar insegurança e da transmissão dos objetivos da pesquisa, sendo a comunicação em linguagem clara e simples que permita manter a atenção do entrevistado e assegurar maior confiabilidade das respostas coletadas¹⁰.

O geoprocessamento é o conjunto de técnicas de coleta, tratamento e exibição de informações referenciadas geograficamente, funcionando como uma ferramenta de visualização de eventos de saúde em mapas, e dentre eles encontram-se o Sistema de Posicionamento Global (GPS) e Sistema de Informação Geográfica (SIG)¹¹. Nas pesquisas de saúde são utilizados a fim de medir o espaço de atividade e a mobilidade dos participantes, a medição da exposição ambiental e o mapeamento de doenças em epidemiologia espacial utilizando o sistema de posicionamento global (GPS), que utiliza a radionavegação por satélite para determinar o local na superfície da Terra com alto grau de precisão¹² e

do Sistema de Informação Geográfica (SIG) para criar mapas e informar a distribuição direcionada de materiais de recrutamento e esforços de divulgação¹³.

O uso do GPS utilizado em conjunto com o SIG em estudos de coorte permite benefícios para pesquisas em saúde, como estudos de coorte, de investigações de surtos¹² e epidemias¹³, e no acompanhamento de tratamento de doenças¹⁴. Eles proporcionam melhoria da logística no planejamento, a otimização das atividades de campo e para identificar localizações em uma área desconhecida¹², direcionamento de populações específicas para recrutamento ou análise das características do ambiente, identificação de grupos de risco em ambientes comunitários, análise de pontos críticos de doenças para identificar disparidades potenciais, prever padrões de condições crônicas comuns em populações mais velhas¹³, acompanhamento de pacientes em tratamento medindo resultados de saúde física e psicossocial e recuperação^{13,14}, monitoramento de uso de medicamentos¹³.

Como vantagem do GPS, encontra-se a possibilidade de exportar dados para arquivos em formato CSV ou compatível com *Microsoft Office Excel*². O GPS e o GIS podem reduzir o tempo de coleta de dados, além de ter maior eficiência na supervisão dos dados, auxiliar na estimativa da carga epidemiológica e econômica da doença¹². Demonstram ser eficientes, e têm boa relação custo-benefício para identificar e recrutar indivíduos de diversos grupos demográficos, incluindo raça e etnia, idade, gênero, geografia, urbanidade e status socioeconômico, e podem ser associados com dados de censos e ter parcerias com recursos da comunidade local¹³.

Ainda se pode destacar que o tamanho amostral e a extensão da área de estudo não causam limitação de coleta de dados, pode ser usado para realizar acompanhamento e plotagem no mapa em tempo real¹², e no caso de investigações de surtos permite compartilhar com o grupo de pesquisadores os casos incidentes para supervisão e monitoramento^{12,14}.

Destaca-se que para o uso desses dispositivos é necessária a disponibilidade de Android habilitados para GPS, seja por meio de telefones ou tablets; equipe com conhecimentos básicos de funcionamento dos equipamentos e sistemas que pode ser resolvido por meio de treinamento do recurso humano. Apesar disso, o GPS, para coletar as coordenadas com precisão, pode não ser preciso caso haja bloqueio do sinal de satélite ou a conectividade da internet não esteja boa para a função de navegação, e se houver presença de bloqueios como árvores e edifícios, o que ocorre comumente em áreas urbanas¹². Quanto ao GIS, destaca-se que o uso de banco de dados como o Censo precisa estar atualizado e se limita aos dados disponibilizados para download, podendo negligenciar populações mais distantes¹³.

As pesquisas com base de dados secundários ocorrem a partir de dados coletados para outros propósitos, obtidos em fontes de censos, pesquisas, inquéritos ou sistemas de informação. Mesmo eles tendo sido coletados para outra finalidade¹⁵, são hoje disponibilizados em bases eletrônicas que contemplam microdados individuais, e possuem potencial para apoiar estudos de relevância à Saúde Coletiva¹⁶, os quais permitem a elaboração de indicadores de saúde necessários para pesquisas¹⁵, devido à disponibilidade, abrangência e cobertura¹⁶. Segundo Coeli et al¹⁶, houve o surgimento de outras modalidades de fontes sendo utilizadas plataformas de comunicação na Internet e no uso de celulares, que foram produzidos por marcas digitais, em estudos sobre influência de padrões de comportamentos e mobilidade na determinação e disseminação de doenças.

Como vantagens de realizar pesquisas com dados secundários, encontram-se o menor custo e maior oportunidade na obtenção de dados e elaboração de indicadores¹⁵. Porém, essas fontes de dados demandam maior esforço analítico para extração, definição e interpretação dos dados de interesse por haver a possibilidade de serem inadequados para definir o caso e o público-alvo, e do não conhecimento quanto à qualidade da coleta e registro dos dados. Ainda, pode haver dificuldade de estratificar indicadores de saúde em subgrupos populacionais de interesse decorrente da falta de variáveis que permitam realizar a estratificação, e de comparar os indicadores no tempo e espaço por mudanças as quais podem ter ocorrido nas definições e procedimentos usados^{15,16}.

Portanto, faz-se necessário considerar as características dos dados para a elaboração de indicadores de saúde e realização de pesquisa com essa fonte de dados. Dentre os atributos que devem ser avaliados a fim de atender ao propósito da pesquisa a ser realizada, encontram-se:

- representatividade populacional (ausência de viés de seleção da população e se a amostra é representativa);
- periodicidade da coleta de dados uma vez que estudos pontuais permitem analisar indicadores específicos, mas não permitem o seu monitoramento em longo prazo;
- acurácia dos dados, escolhendo fonte que evite vieses relacionados à seleção da população, e que contenham variáveis necessárias para a finalidade da pesquisa, o que pode ser melhorado com o emprego de técnicas para prevenção, detecção e reparo de erros, e disponibilização de documentação dos acervos por parte dos responsáveis pela coleta de dados;
- avaliação da disponibilidade e confiabilidade dos dados que permitam a tomada de decisão em saúde;
- presença de variáveis que permitam a estratificação dos dados em subgrupos populacionais ou áreas de interesse, e das variáveis de análise, sendo que podem ser minimizadas pela integração de bases de dados, por meio do emprego de técnicas de linkage de registros, contribuindo para melhor especificação de variáveis de exposição e desfecho, e ampliar o número de variáveis disponíveis para o ajuste de fatores de confusão;
- sustentabilidade da fonte de dados quanto à periodicidade e disponibilidade de recursos financeiros para manter a coleta de dados e a qualidade da informação; a precisão dos resultados dos dados, preferindo fontes que não utilizem amostras probabilísticas, como os dados censitários, fontes de dados universais e sistemas de informação de estatísticas vitais, pois mesmo sendo bem delimitadas e com representatividade possuem imprecisões e precisam ser levadas em conta nas análises;
- garantia da disponibilidade de acesso aos dados^{15,16}.

Sabe-se que atualmente há poucas evidências científicas da sua eficácia, demandando no momento mais pesquisas com resultados de estudos piloto, de risco de avaliações, testes de validação e protocolos de uso das ferramentas digitais. Esses fatores são relevantes uma vez que, apesar de permitirem rapidez de coleta de informações, podem ser influenciados por problema de qualidade e integridade de dados¹⁷.

Ressalta-se que durante a pandemia da Covid-19 a necessidade de implementações rápidas, experimentais e descentralizadas, a despeito de terem propiciado a prevenção da comunidade, resultaram na fragmentação de padrões, e na validade de dados e algoritmos de avaliação de risco¹⁸. Portanto, pode-se observar que as ferramentas digitais de saúde podem afetar a validade dos dados e a robustez das evidências devido à dependência de tipos e fontes de dados, e barreiras de adoção deles^{17,18} como os discutidos abaixo.

A demanda de fazer download de softwares e aplicativos pelas pessoas que estão sendo pesquisadas pode comprometer os dados. Nessa situação, é destacado que o rastreamento de proximidade pode ser mais afetado que o histórico de localização, para avaliação de mobilidade da comunidade uma vez que este último utiliza dados agregados de pessoas as quais ativam o histórico de localização sem necessidade de baixar softwares¹⁷.

A aceitação do uso de tecnologias pode ser outro entrave para o impacto do benefício de uso dos dados, já que esse deve ser maior que 50% para ser considerado como benefício público razoável da pesquisa, que proporcione melhorias da assistência à saúde. Portanto, recomenda-se que sejam realizados testes de benefícios para fatores específicos da tecnologia utilizada. Outro ponto é a desigualdade de acesso digital da população, que pode ocorrer pelo não acesso a equipamentos e internet, e uso de equipamentos sem as tecnologias necessárias para certos softwares, podendo haver a exclusão de grupos e agravando as desigualdades de acesso à saúde¹⁷.

A qualidade dos dados informados configura-se outro ponto a ser considerado, devido ao fato de o uso de tecnologias digitais serem informações de autorrelato, além de a eficiência depender de disponibilidade de testes, recursos socioeconômicos como rede de segurança social e confiança pública¹⁷.

Apesar de Cullati et al.¹⁹ relatarem ser o autorrelato frequentemente usado em pesquisas de saúde - devido à facilidade de uso, validade e confiabilidade detectadas em pesquisas anteriores e ser usado em pesquisas populacionais

representativas com adultos quanto à previsão de mortalidade, uso de serviços de saúde e gastos em saúde -, o estudo demonstrou a necessidade de realizar avaliação de validade dos instrumentos na população específica, considerar a vulnerabilidade das pessoas e o tipo de informação que quer ser respondida.

Diante do exposto, faz-se necessário avaliar qual a relação risco-benefício da tecnologia digital escolhida para coletar os dados da pesquisa, avaliar a proporcionalidade e o risco da proposta para melhorar a eficácia científica, utilizar sistemas digitais que garantam a interoperabilidade e que tenham compartilhamento de dados seguros¹⁷. Ainda, verifica-se a demanda de haver orientação por parte de instituições de pesquisa e governamentais sobre requisito de coleta e uso de dados¹⁸.

No Brasil, a regulamentação ética mais atual foi instituída pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que, em seu Ofício nº 02/2021, expedido em 24 de fevereiro de 2021, publicou orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual²⁰. No documento, fica estabelecida, dentre outras orientações igualmente importantes, a necessidade de descrição detalhada do procedimento a ser adotado para a obtenção do consentimento livre e esclarecido; a descrição dos riscos inerentes ao ambiente virtual, sobretudo em função das limitações das tecnologias utilizadas; a fragilidade da garantia de confidencialidade, com potencial risco de sua violação; a garantia do direito de acesso do participante ao conteúdo do instrumento antes da tomada de decisão; o acesso do participante às perguntas somente após o consentimento.

Ainda, verifica-se que a privacidade individual e coletiva pode ser comprometida devido ao uso de configurações incorretas, bugs de softwares, entre outros erros, sendo necessário realizar teste de benefício razoável para o compartilhamento de dados¹⁷. Ressalta-se também a responsabilidade do pesquisador em conhecer a política de privacidade da ferramenta utilizada quanto à coleta de informações pessoais e o risco de compartilhamento dessas informações e a exclusão de todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”, após a coleta de dados e gravação dos arquivos de resposta pela equipe de pesquisa.

Quanto ao acesso a banco de dados secundários, vale destacar que a Lei nº8080/1990 prevê que o acesso à informação como direito do cidadão e dever do Estado deve ser utilizado para fundamentar políticas e ações em informações sanitárias e evidências científicas, garantindo assim o direito à saúde^{21,22} no que tange à melhoria da qualidade de vida e redução de riscos ao adoecimento²². Para isso, a Lei nº 12527/2011 regulamenta o direito ao acesso à informação pública, e o Estado deve gerir de forma eficiente a documentação governamental ou sob sua guarda, e viabilizar o conhecimento e a consulta e o acesso²³ a todos, garantindo assim a informação pública como direito fundamental do cidadão^{21,22}.

Atualmente, há a restrição apenas às informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, e as pessoais que visam garantir o direito de privacidade^{22,24}, podendo ser acessadas somente com o consentimento da pessoa²⁴. Porém, a Lei desobriga o consentimento em situações como a realização de pesquisa científica^{23,24}, assim como a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012^{24,25}, visando alcançar um equilíbrio entre a necessidade de proteção dos direitos individuais e os potenciais ganhos para a sociedade²⁴.

Portanto, ao detentor da informação cabe o máximo de respeito à privacidade dos indivíduos, mantendo a sua confidencialidade, e a máxima transparência dos atos que envolvem interesses públicos e se responsabilizar por todo e qualquer uso indevido dos dados cedidos^{22,23}, como regulamentado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁵ e a Associação Médica Internacional²⁶.

CONCLUSÃO |

Com a pandemia de Covid-19, verificou-se a necessidade de uso de instrumentos e técnicas que possibilitassem a pesquisa na área de Saúde, visando impulsionar a ciência, adaptar para a realidade e subsidiar pesquisas que fomentassem a Saúde Coletiva no âmbito do desenvolvimento de políticas de saúde e atenção integral à saúde da população em seus diferentes ciclos de vida, para a promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como para o monitoramento da Covid-19. As técnicas utilizadas para pesquisa digital em saúde já eram existentes, mas ainda não havia um uso extenso, porém passou a ser demandada atendendo às normas sanitárias da pandemia.

Com isso, foram levantados pontos cruciais os quais permitam que a pesquisa seja realizada com qualidade e efetividade da população em saúde como o uso de instrumentos validados que produzam resultados com eficácia e que proporcionem ações efetivas para a população, a demanda de melhoria de acesso digital da população evitando a exclusão de determinados grupos e acentuando a desigualdade de acesso à saúde, a demanda de capacitação de profissionais para atuarem e, sobretudo, as questões éticas de garantia de confidencialidade e privacidade das informações.

Verificamos, no entanto, que houve avanços para que as pesquisas em Saúde possibilitassem evidências científicas com garantia da melhoria da qualidade de vida e redução de riscos à saúde, mas ainda há a necessidade de ações as quais propiciem o melhor acesso digital, evolução de questões éticas e mais estudos para validação de métodos e técnicas.

REFERÊNCIAS |

1. De Boni RB. Websurveys nos tempos de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00155820.
2. Sills S, Song C. Innovations in survey research: an application of web-based surveys. *Soc Sci Comput Rev*. 2002; 20:22-30.
3. Kozinets R V. *Netnografia: Realizando pesquisa etnográfica online*. Porto Alegre: Penso; 2014.
4. Silva BD, Ribeirinha T. Cinco lições para a educação escolar no pós-Covid-19. *interfaces Científicas*. 2020; 10(1):194-210.
5. Silva SA. Desvelando a Netnografia: um guia teórico e prático. *Intercom – RBCC*. 2015; 38(2): 339-342.
6. Lee S, Tsang A, Mak A, Lee A, Lau L, Ng KL. Concordance between telephone survey classification and face-to-face interview diagnosis of one-year major depressive episode in Hong Kong. *J Affect Disord*. 2010; 126:155-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Assunção AA et al. Hipóteses, delineamento e instrumentos do Estudo Educatel, Brasil, 2015/2016. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2019; 35(Suppl 1): e00108618.
9. Lima-Costa MF, Macinko J, Andrade FB, Junior, PRBS, Vasconcellos MTL, Oliveira CM. Iniciativa ELSI-COVID-19: metodologia do inquérito telefônico sobre coronavírus entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2020; 36(15): e00183120.
10. Rocheleau CM, Romitti PA, Sherlock SH, Sanderson WT, Bell EM, Druschel C. Effect of survey instrument on participation in a follow-up study: a randomization study of a mailed questionnaire versus a computer-assisted telephone interview. *BMC Public Health*. 2012; 12:579.
11. Santos CB, Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Muniz JN. Utilização de um Sistema de Informação Geográfica para descrição dos casos de tuberculose. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 2004; 12(1), 07-12.
12. Mohan V, Ma SK, Kumar CPG, Yuvaraj J, Krishnanb A, Amarchandb R, Prabua R. Using global positioning system technology and Google My Maps in follow-up studies - An experience from influenza surveillance study, Chennai, India. *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*. 2020; 32(2020): 100321.
13. Scerpella D, Bouranis NG, Webster MJ, Dellapina M, Koeuth Sokka, Parker LJ, Kales C, Gitlin LN. Using Geographic Information Systems (GIS) for Targeted National Recruitment of Community-Dwelling Caregivers Managing Dementia-Related Behavioral and Psychological Symptoms: A Recruitment Approach for a Randomized Clinical Trial. *Journal of Geographic Information System*. 2021; 13: 302-317.

14. Panda N, Solsky I, Hawrusik B, Liu G, Reeder H, Lipsitz S, Desai EV, et al. Smartphone Global Positioning System (GPS) Data Enhances Recovery Assessment After Breast Cancer Surgery. *Ann Surg Oncol*. 2021; 28(2): 985-994.
15. Organização Pan-Americana de Saúde. Indicadores de saúde: Elementos conceituais e práticos. Washington: 2018.
16. Coeli CM, Pinheiro RS, Carvalho MS. Nem melhor nem pior, apenas diferente. *Cad. Saúde Pública* [on line]. 2014; 30(7): 1-3.
17. Gasser U, Ienca M, Scheibner J, Sleight J, Vavena E. Digital tools against COVID-19: taxonomy, ethical challenges, and navigation aid. *Lancet Digital Health*. 2020; 2: e425–34
18. Chen M, Xu, S, Husain L, Galea G. Digital health interventions for COVID-19 in China: a retrospective analysis. *Intelligent Medicine*. 2021 [on line]. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2021.03.001>
19. Cullati S, Bochatay N, Rossier C, Guessous I, Burton-Jeangros C. Does the single-item self-rated health measure the same thing across different wordings? Construct validity study. *Quality of Life Research*. 2020; 29: 2593–2604.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
21. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990.
22. Ventura M. Lei de acesso à informação, privacidade e a pesquisa em saúde *Cad. Saúde Pública* [on line]. 2013; 29(4): 636-638.
23. Brasil. Lei Ordinária no 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União* 2011.
24. Coeli CM, Pinheiro RS, Camargo Jr KR. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [on line]. 2015; 24(4): 795-802.
25. Conselho Nacional de Saúde de 2012. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
26. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 2002.

Correspondência para/Reprint request to:

Renata Junqueira Pereira

Universidade Federal do Tocantins,

Quadra 109 Norte,

Avenida NS 15, ALCNO 14,

Palmas/TO, Brasil

CEP: 77001-090

E-mail: renatajunqueira@uft.edu.br

Recebido em: 11/05/2021

Aceito em: 04/08/2021