



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

EDITAL Nº. 02/2024 – PROCESSO SELETIVO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

1ª ETAPA: PROVA DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CPF da/o candidata/o: _____

Orientações (leia com atenção):

1. O horário de realização da prova será das 9:00h às 12:00h.
2. As questões dissertativas deverão ser respondidas a caneta em folha avulsa entregue pela comissão de seleção. Use quantas folhas forem necessárias. Rascunhos deverão ser entregues ao final da prova.
3. Há 6 (seis) questões na prova: 3 (três) de Política e Gestão em Saúde e 3 (três) de Epidemiologia.
4. Entretanto, **você responderá apenas 5 (cinco) questões**, sendo que:
 - a. as/os candidatas/os que optaram pela área de Política e Gestão em Saúde responderão as 3 (três) desta área e 2 (duas) de sua escolha de Epidemiologia.
 - b. as/os candidatas/os que optaram pela área de Epidemiologia responderão as 3 (três) desta área e 2 (duas) de sua escolha de Política e Gestão em Saúde.
5. É proibido consultar qualquer tipo de material durante a realização da prova, bem como usar calculadora e celular.
6. Não esqueça de colocar o CPF em todas as folhas entregues.
7. As questões dissertativas de cada área devem ser respondidas em folhas separadas e indicadas o nome da área e número da questão.
8. Só serão corrigidas respostas à caneta.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Questões da área de Política e Gestão em Saúde

QUESTÃO 1 – Regionalização e descentralização são princípios norteadores da configuração político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). De caráter público, nacional e universal, o SUS integra um conjunto amplo de ações que devem ser organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo (Brasil, 1988, 1990). Sobre o assunto, responda as questões a seguir:

a) Disserte sobre o foco/objetivo do processo de regionalização e descentralização no SUS.

A descentralização da política de saúde segue o desenho federativo brasileiro, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. Já a regionalização tem como objeto central a conformação de regiões, traduzindo-se como um processo político mais amplo, condicionado pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas, além de cidadãos, em diferentes espaços geográficos.

b) As redes integradas de serviços de saúde são definidas como arranjos para prover serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, aproximando-se das concepções de redes regionalizadas dos sistemas universais. Assim, cite 4 (quatro) atributos essenciais para a conformação das redes.

Sugerem-se 14 atributos essenciais para a conformação das redes:

- 1) População e território definidos e amplo conhecimento de suas necessidades para determinação da oferta de serviços a serem prestados.
- 2) Extensa rede de estabelecimentos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, incluindo as ações voltadas para agravos, riscos e populações específicas e os serviços assistenciais e de saúde pública.
- 3) Primeiro nível de atenção multiprofissional que atue como porta de entrada, integre e coordene a atenção, de modo a satisfazer à maior parte das necessidades da população.
- 4) Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e de preferência em ambiente extra-hospitalar.
- 5) Existência de mecanismos de coordenação assistencial.
- 6) Atenção à saúde centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade, que leve em conta as diversidades socioculturais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

- 7) Sistema de governança único para toda a rede.
- 8) Ampla participação social.
- 9) Ações intersetoriais e abordagem sobre os determinantes da saúde e da equidade em saúde.
- 10) Gestão integrada dos sistemas de apoio logístico, clínico e administrativo.
- 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e legitimados pela rede.
- 12) Sistema de informação integrado que vincula os usuários à rede.
- 13) Gestão baseada em resultados.
- 14) Financiamento adequado e incentivos financeiros atrelados às metas das redes.

Referências:

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. Capítulo 27 - Regionalização da saúde no Brasil. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>.

QUESTÃO 2 –

No capítulo “SOBRE POLÍTICA - (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)” (Baptista; Mattos, 2015), os autores exploram quatro aspectos para nortear as análises de políticas públicas de forma a evitar “os horrores metodológicos e não constituir uma camisa de força metodológica que nos limite na reflexão dos nossos objetos, mas explorar diferentes olhares e possibilidades de estudo”. Marque a alternativa **INCORRETA** sobre esses quatro aspectos explorados no capítulo em questão:

- a) Primeiro ponto - qualquer política está associada a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, ou seja, para analisar os desafios na construção de uma política local de saúde mental, é preciso considerar como esta política insere-se no contexto local, como ela se vincula à política nacional de saúde mental e como ela dialoga com as questões trazidas pela reforma psiquiátrica.
- b) Segundo ponto – nenhuma política prescinde da participação de sujeitos, sendo que estes se colocam na produção da política a partir de diferentes vivências, pertencimentos, perspectivas e inserções no debate e processo político, ou seja, um parlamentar da bancada da saúde não pode ser visto simplesmente como um ator interessado na causa da saúde, sendo importante reconhecer suas diferentes inserções e atribuições.
- c) Terceiro ponto – qualquer política é pensada e implementada a partir de negociações feitas em arenas formais (ex. parlamento, burocracia executiva, colegiados oficiais com

participação da sociedade civil organizada, organismos internacionais, etc), sendo estas arenas as que devem ser analisadas para se entender a dinâmica de uma política de saúde, ou seja, um sujeito da saúde suplementar (ex. entidade representativa das cooperativas médicas) que não dispõe de assento formal nesses espaços não consegue influenciar os rumos da política pública e por isso não precisa ser incluído na sua análise.

- d) Quarto ponto – A natureza, o conteúdo e a implementação de uma política se produz não apenas em documentos institucionais, nos discursos oficiais, nas falas de sujeitos participantes do debate político e na mídia, sendo importante no seu entendimento a busca de sentidos ocultos da política, a intencionalidade dos atores e as incoerências da própria ação política dos sujeitos, ou seja, para entender o SUS e seus problemas, não basta olharmos para as leis e normas que o regem, pois isto não explica a totalidade dos fatores que impactam em sua implementação.

QUESTÃO 3 –

No capítulo Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção (Carvalho; Buss, 2012), em Giovanella e colaboradores (2012), a busca da saúde é tema do pensar e do fazer humano desde tempos imemoriais. Neste, os autores destacam a dinâmica das relações entre os determinantes da saúde-doença e o perfil sanitário de uma população que, conseqüentemente, deve alimentar a implementação de políticas de saúde como políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

- a) Sabe-se que da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde deu origem à Carta de Ottawa que preconiza cinco (05) campos de ação para a promoção da saúde. Mencione três (03) desses campos.

- 1- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- 2- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- 3- reforço da ação comunitária;
- 4- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- 5- reorientação do sistema de saúde.

- b) A Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada em 2011, propôs cinco (05) áreas críticas para agir sobre as iniquidades em saúde. Mencione duas (02) dessas áreas.

- 1) adotar melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento;
- 2) promover a participação social na formulação e na implementação de políticas;
- 3) orientar ainda mais o setor saúde para a redução das iniquidades em saúde;

- 4) fortalecer a governança e a colaboração globais; e
- 5) monitorar os avanços e ampliar a responsabilização/ prestação de contas.

Referência:

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. (Capítulo 4).

Questões da área de Epidemiologia

QUESTÃO 4 –

Já se passaram 75 anos desde que uma pequena comunidade de classe média próxima a Boston nos Estados Unidos tornou-se a chave para ajudar a desvelar os mistérios das doenças cardiovasculares. O *Framingham Heart Study* (FHS) foi estabelecido em 1948 para melhorar a compreensão da epidemiologia da doença cardíaca coronária nos EUA. Em 1961, um trabalho seminal identificou os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (pressão alta, níveis elevados de colesterol e evidências no eletrocardiograma de hipertrofia ventricular esquerda), que mais tarde formaram a base para algoritmos multivariados de previsão de risco de 10 e 30 anos. O estudo engloba hoje três gerações de participantes (n ≈ 15.000) e duas coortes minoritárias. As coortes são densamente fenotipadas, com exames recorrentes de acompanhamento e vigilância para desfechos cardiovasculares e não cardiovasculares. A avaliação da doença subclínica e o perfil fisiológico dessas coortes (com o uso de ecocardiografia, monitoramento eletrocardiográfico ambulatorial, teste ergométrico, TC cardíaca, RM do coração e do cérebro, tonometria vascular seriada e acelerometria) foram realizados repetidamente. Na última década, as coortes passaram por perfis profundos de genômica global (incluindo sequenciamento de todo o genoma, análise de metilação do DNA, transcriptômica, proteômica e metabolômica de alto rendimento e estudos de microbioma). Os pesquisadores conduziram o sequenciamento completo do genoma de cerca de 4.000 pessoas. Seu programa de pesquisa cerebral já recebeu 230 cérebros de participantes que já morreram, com mais 572 participantes inscritos para doar os seus. O FHS é um estudo de coorte rico, longitudinal, transgeracional e profundamente fenotipado, com foco sustentado em métodos epidemiológicos de ponta e avanços tecnológicos para facilitar descobertas científicas. Acerca deste delineamento de estudo epidemiológico, responda:

A) Um dos aspectos cruciais nas investigações de coorte é a justamente a avaliação da exposição. Discorra sobre como esse aspecto deve ser avaliado nos estudos concorrentes/coortes prospectivas e nos não-concorrentes/coortes retrospectivas).

Resposta: De fato, um dos aspectos mais importantes nas investigações de coorte é a classificação dos indivíduos nos grupos expostos e não-expostos. Se os participantes não forem corretamente classificados, o estudo fica seriamente comprometido. As técnicas usadas para medir a exposição podem variar consideravelmente em diferentes estudos e para diferentes fatores de risco. A exposição é obtida através de entrevistas ou questionários, testes de laboratórios, avaliações clínicas ou biológicas, prontuários médicos; os membros da coorte podem então ser classificados em várias categorias da exposição, incluindo a ausência à exposição.

Em estudos prospectivos para doenças infecciosas, outras características devem ser observadas na identificação da exposição. A presença, duração e intensidade da exposição ao



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

agente infeccioso depende da fonte de infecção e dos meios de transmissibilidade do agente. Quando a fonte de infecção e o período de transmissão são bem definidos e de um só tipo, a divisão em grupos expostos e não expostos poderá ser simples. Exemplo: na epidemia de cólera em Londres, estudada por Snow, pôde ser facilmente identificado aqueles que utilizavam e que não utilizavam água de uma determinada fonte de abastecimento (exposição).

Entretanto, quando existem múltiplas fontes de exposição ou diferentes meios de transmissão, a classificação de expostos e não expostos pode ser difícil. Quando as investigações sobre doenças infecciosas são conduzidas com o propósito de se estabelecer a natureza da doença e os meios de transmissão, o tempo médio entre a exposição e o aparecimento da doença entre os expostos é normalmente utilizado. As investigações de toxi-infecções alimentares são um bom exemplo: se altas taxas de doenças ocorrem entres os indivíduos que comeram um alimento específico em um determinado tempo e lugar, então a provável fonte de infecção e modo de transmissão pode ser identificados.

Durante o desenvolvimento do estudo podem ocorrer mudanças na exposição aos fatores de riscos: (1) os participantes podem trocar de atividade; (2) mulheres podem modificar os métodos anticoncepcionais utilizados; (3) homo ou bissexuais masculinos podem modificar hábitos (ou intensidade) sexuais, etc. A própria participação no estudo pode levar os membros da coorte a alterarem sua exposição em consequência das informações recebidas: os participantes de um estudo sobre nutrição, questionados sobre hábitos alimentares, podem alterar sua alimentação. Quando isto ocorre, o investigador não tem controle em relação à estas mudanças; os participantes são livres para escolher e em muitos casos as modificações são desejáveis. Entretanto, é importante registrar durante o estudo todas as mudanças que ocorrerem, suas razões e os diferentes períodos de exposição, para consideração na análise. Em alguns casos, estas modificações podem ocorrer de maneira alheia ao estudo: modificação em um fator ambiental que pode alterar sensivelmente o grau de exposição.

Nos estudos de coorte não-concorrente, quando a exposição ocorreu muitos anos antes do estudo ser iniciado, as informações podem ser insuficientes para classificação em nível e duração e, muitas vezes, somente uma classificação de expostos e não expostos pode ser utilizada. A inexistência destas informações impossibilita avaliar a existência de uma relação dose-resposta entre a exposição e a doença. A utilização de informações sobre exposição, coletadas unicamente de fontes disponíveis, apresenta várias limitações: na sua grande maioria, os dados foram coletados com outras finalidades que não aquelas propostas no estudo.

B) Explique como obter a medida de associação mais utilizada em estudos coortes.

Resposta: Em um estudo de coorte os dados coletados referem-se (1) à informações sobre a exposição dos participantes à um determinado fator de risco e (2) e ao desenvolvimento da doença específica em decorrência da exposição. Taxas de incidência (ou mortalidade) serão então calculadas para (1) o grupo de participantes expostos e (2) o grupo de participantes não expostos ao fator de risco sendo investigado. O objetivo será o de verificar se a taxa de incidência entre os expostos, $a/(a+b)$ é maior do que a taxa de incidência entre aqueles não expostos, $c/(c+d)$ (Tabela 1); se isto for observado, aceita-se a existência de uma associação entre o fator de risco investigado e o subsequente desenvolvimento da doença.

Tabela 1. Estrutura dos estudos coortes.

Exposição ou Característica	Desenvolverão doença		Total
	Sim	Não	
Presente (Expostos)	a	b	a+b
Ausentes (Não expostos)	c	d	c+d

O próximo passo será determinar a “força” desta associação através do cálculo do RISCO RELATIVO (RR), definido como “a razão (ou o quociente) entre a taxa de incidência da doença no grupo exposto e a taxa de incidência da doença no grupo não exposto”.

$$RR = \frac{\text{Tx Incidência Grupo Exposto}}{\text{Tx Incidência Grupo Não Exposto}} = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

Um RR = 1 indica não haver associação entre o fator de risco e a enfermidade; a medida em que o valor do RR aumenta (afasta-se de 1), aumenta também a “força” desta associação. A magnitude do RR reflete, portanto, a força da associação fator de risco-doença.

C) Elenque pelo menos 3 vantagens e 3 limitações inerentes as investigações de delineamento coorte.

Vantagens

- 1) Os estudos de coorte permitem o cálculo do risco de desenvolver (ou falecer) uma determinada enfermidade em indivíduos expostos a um fator de risco específico em relação aqueles não expostos à este mesmo fator de risco.
- 2) O estabelecimento de critérios e procedimentos para condução do estudo antes que este se inicie, faz com que os dados sobre a exposição e a doença possam ser de excelente qualidade; os dados são coletados durante a realização do estudo. Decresce, portanto, a possibilidade de introdução de vícios ao se obter informações.
- 3) Relações entre o fator de risco de interesse e outras enfermidades podem ser investigadas; todo espectro de morbidade (gravidade) e/ou mortalidade pode ser estudado. Durante o planejamento é importante definir quais serão os eventos a serem avaliados durante o acompanhamento e o evento final do estudo. Ao contrário, nos estudos de caso-controle, uma única doença é selecionada.
- 4) Dependendo da característica e da enfermidade sendo investigadas, informações sobre aqueles participantes nos quais houve mudança de exposição ao fator de risco podem ser obtidas.
- 5) Não apresentam problemas éticos quanto à decisão em expor os participantes a fatores de risco ou tratamento como ocorre nos estudos experimentais
- 6) A seleção dos controles ao contrário dos estudos de caso-controle é relativamente simples.

Limitações

- 1) Além do alto custo, são mais difíceis de serem conduzidos, principalmente em estudos de longa duração. Mudanças administrativas e dificuldades de financiamento podem comprometer a realização do estudo.
- 2) Como requerem exames periódicos de toda a amostra, o fato de participar em um estudo pode influenciar o comportamento do exposto ou do não exposto em relação ao fator de risco de interesse e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da enfermidade estudada.

- 3) São ineficientes para doenças raras, pois necessitam de grandes amostras para que Riscos Relativos significantes possam ser calculados.
- 4) As perdas durante o seguimento podem ser grandes, principalmente em estudo de longa duração.
- 5) Ausência de informações sobre exposição e sobre morbidade para a realização de estudos de coorte histórica.
- 6) Mudanças na categoria de exposição podem levar a erros de classificação.
- 7) Um problema comum aos estudos de observação é o de separar os efeitos da exposição principal daqueles produzidos pelos demais fatores ou variáveis extrínsecas. As variáveis extrínsecas ou de confusão podem mascarar uma possível associação entre o fator de exposição e enfermidade, super ou sub estimando os resultados.

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 699 p. Capítulos: *Medidas de Ocorrência de Doenças; Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia; Vigilância e Monitoramento de Eventos Epidemiológicos; Epidemiologia e Planejamento em Saúde*.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Ed.). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. Capítulos: *Vigilância epidemiológica; Transição demográfica e epidemiológica; Estudos Ecológicos; Estudos seccionais; Estudos caso-controle; Estudos de coorte; Estudos de intervenção*.

QUESTÃO 5 – O interesse em acompanhar a ocorrência de doenças em comunidades com o sentido de prevenir sua disseminação existe desde épocas remotas. Todavia, da necessidade de controlar enfermidades até a concepção atual de vigilância epidemiológica, um longo caminho foi percorrido. Nesse processo, a vigilância epidemiológica, refletindo a complexidade das mudanças de comportamento das doenças, da interação da pessoa com o meio ambiente e da mobilidade de populações humanas, passou por modificações de conceitos e de estratégias de ação, sem perder de vista o seu objetivo principal.

Diante do exposto:

- a) Descreva o conceito de Vigilância epidemiológica, consolidado internacionalmente e adotado no Brasil na segunda metade do século XX.

Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

- b) Cite, no mínimo, cinco atividades da vigilância epidemiológica.

As atividades de vigilância epidemiológica se organizam de modo a garantir o cumprimento de suas principais funções e envolvem a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados; a recomendação, a promoção e a avaliação da eficácia e da efetividade das medidas de controle; e a divulgação das informações obtidas.

- c) A principal fonte de informação sobre morbidade da vigilância epidemiológica é a notificação, nesse contexto, defina o que é a notificação de agravos, e, exemplifique três tipos de agravos notificados.

Notificação é a comunicação da ocorrência de uma doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão. Exemplos: Sarampo, Tétano, Hepatite C, Cólera, Tuberculose, dentre outros.

- d) Qual o objetivo da investigação epidemiológica?

A investigação epidemiológica visa complementar, conferir, confirmar e se necessário, corrigir as informações contidas na notificação. Em especial, busca informações sobre as fontes de infecção, mecanismos de transmissão e existência de novos casos da doença, anteriores ou posteriores ao caso investigado. É a etapa mais nobre da vigilância epidemiológica e a que permite instituir oportunamente as medidas de controle. Objetiva avaliar a ocorrência da doença, segundo suas implicações para a saúde coletiva e possibilita confirmar o diagnóstico, determinar as características epidemiológicas, identificar as causas e orientar medidas de controle apropriadas para a doença. É empregada para casos, surtos e epidemias.

Referências

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Ed.). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. Capítulos: *Vigilância epidemiológica; Transição demográfica e epidemiológica; Estudos Ecológicos; Estudos seccionais; Estudos caso-controle; Estudos de coorte; Estudos de intervenção.*

QUESTÃO 6 –

Um epidemiologista foi indicado para analisar um surto de gastroenterite numa escola. Ao chegar no local, lhe foi dada uma série de dados que envolviam as pessoas que tiveram o problema (o desfecho) e os possíveis fatores causais (de exposição). Ao analisar os dados, o epidemiologista conseguiu organizar a tabela descrita abaixo e, com ela, chegou a conclusão do que tinha causado o surto de gastroenterite nas crianças.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Tomou sorvete de baunilha	Toxiinfecção		Total
	Não (0)	Sim (1)	
Não (0)	18	3 (14%)	21 (100%)
Sim (1)	11	43 (80%)	54 (100%)
Total	29	46 (61%)	75 (100%)

Com base nos resultados descritos na tabela acima, responda:

- Que tipo de delineamento foi usado?
- Qual a incidência de gastroenterite na população total?
- Qual a incidência de gastroenterite entre quem tomou sorvete de baunilha?
- Qual a incidência de gastroenterite entre quem não tomou sorvete de baunilha?
- Qual a medida de associação que deve ser utilizada neste tipo de estudo?



Resposta:

a) Que tipo de delineamento de estudo é mais apropriado para resolver esta situação?

R: Com base nos dados apresentados, foi utilizado um delineamento caso-controle para analisar a relação entre a exposição (tomar sorvete de baunilha) e o desfecho (ter ou não gastroenterite). Nesse tipo de delineamento, o pesquisador compara a frequência com que os diferentes fatores de exposição estão presentes nos casos versus nos controles. Isso permite avaliar se existe uma associação entre os fatores de exposição e o desfecho de interesse.

b) Qual a incidência de gastroenterite na população total?

$$\text{Incidência} = 46/75 \times 100$$

$$\text{Incidência} = 61\%$$

c) Qual a incidência de gastroenterite entre quem tomou sorvete de baunilha?

$$\text{Incidência} = 43 / 54 * 100 = 80\%$$

$$\text{Incidência} = 80\%$$

d) Qual a incidência de gastroenterite entre quem não tomou sorvete de baunilha?

$$\text{Incidência} = 3 / 21 * 100 = 14\%$$

$$\text{Incidência} = 14\%$$

e) Qual a medida de associação que deve ser utilizada neste tipo de estudo?

Com base nesses números, o epidemiologista pode calcular medidas de associação, como o odds ratio, para determinar se há uma associação significativa entre tomar sorvete de baunilha e o desenvolvimento de gastroenterite nesse surto específico.

Portanto:

$$\text{OR} = 18/11 \div 3/43, \text{ logo:}$$

$$\text{OR} = 18 \times 43 / 11 \times 3$$

$$\text{OR} = 774/33$$

$$\text{OR} = 23,45$$

Um odds ratio (OR) maior que 1 indica uma associação positiva entre a exposição e o desfecho. Neste caso, como o OR é 23,45, isso sugere que aqueles que tomaram sorvete de baunilha têm aproximadamente 23.45 vezes mais chances de desenvolver gastroenterite em comparação com aqueles que



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

não tomaram sorvete de baunilha. Portanto, parece haver uma associação entre tomar sorvete de baunilha e o desenvolvimento de gastroenterite.

Referência:

Epidemiologia / Epidemiology

Medronho, Roberto de Andrade; Bloch, Kátia Vergetti; Luiz, Ronir Raggio; Werneck, Guilherme Loureiro.

São Paulo; Atheneu; 2 ed; 2009. 493 p.

Monografia em Português | Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISACERVO | ID: biblio-1367993

Biblioteca responsável: BR1764.1

Localização: BR1764.1; 614.4, M492e

Capítulo 11: Estudos Caso Controle