



## **Integração ensino-serviço-comunidade: uma experiência de busca ativa de doenças diarreicas e suas implicações na formação médica cidadã<sup>1</sup>.**

João Paulo Silva de Paiva<sup>2</sup>  
Thiago Cavalcanti Leal  
Leonardo Feitosa da Silva  
Carlos Dornels Freire de Souza<sup>3</sup>

**RESUMO:** Objetivo: Relatar uma experiência de Integração Ensino-Serviço-Comunidade na formação médica, tendo como base a busca ativa de doenças diarreicas em unidades de saúde. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de prática de ensino do “Eixo Integração Ensino-Serviço-Comunidade” com alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Alagoas - campus de Arapiraca. Resultados e Discussão: Os resultados dessa prática foram intencionalmente divididos em duas etapas. Na busca realizada, foram encontrados 168 casos de diarreia nas três unidades, sendo 80 (47,6%) na UBS José Barbosa Leão, comumente chamada de UBS Planalto, 56 (33,3%) na UBS Francisco Pereira Lima, conhecida como 4º Centro de Saúde e 32 (19,0%) na UBS Dr. Daniel Houly. Ao analisar a distribuição por semana epidemiológica de atendimento, observou-se maior ocorrência na semana epidemiológica 28, com considerável oscilação entre demais semanas epidemiológicas. Merece destaque ainda o estímulo à construção participativa do sistema de saúde brasileiro, o SUS, de modo a reconhecer a importância dos diferentes atores na sua consolidação e fortalecimento. Além da importância dos determinantes sociais na situação de saúde da população, a experiência possibilitou estabelecer uma caracterização não apenas da doença, mas da comunidade que sofre com ela. Conclusão: Atividades de cunho epidemiológico realizadas por estes discentes adquirem posição de destaque, pois permitem que os mesmos participem ativamente da modulação situacional da saúde das localidades nas quais estão inseridos.

**Palavras-Chave:** Diarreia; Saúde Pública; Diretrizes Curriculares; Educação em Saúde.

### **Introdução**

A Doença Diarreica Aguda (DDA) é uma enfermidade histórica ainda comum que afeta, principalmente, a população mais carente e que vive em regiões onde os serviços públicos ainda não conseguem atuar de forma eficaz. Continua negligenciada e ignorada pela sociedade, por ser considerada um agravo recorrente. A diarreia é a segunda maior causa de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo. Aproximadamente 1 em cada 5

<sup>1</sup> Este texto é fruto das ações do Eixo “Integração ensino-serviço-comunidade” do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Campus de Arapiraca

<sup>2</sup> E-mail: joao.paiva@arapiraca.ufal.br.

<sup>3</sup> Docente da Universidade ou Instituição a que pertence: Universidade Federal de Alagoas (Curso de Medicina).



óbitos de crianças – cerca de 1,5 milhão por ano – se deve à diarreia, responsável por uma mortalidade superior que a Aids, a malária e o sarampo juntos nessa mesma faixa etária (1).

No Brasil, a doença diarreica aguda é reconhecida como importante causa de morbimortalidade, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, de desastres naturais (estiagem, seca e inundação) e da desnutrição crônica, entre outros fatores (2-3). Se por um lado, a água constitui uma necessidade básica de saúde, por outro, em situações de seca, pode se tornar fonte ou potencializar a circulação de agentes infecciosos, pela necessidade do armazenamento. A redução da quantidade disponível de água para o abastecimento compromete as condições de higiene pessoal e dos alimentos consumidos (4-5).

No ano de 2013, o Brasil registrou a notificação de 4.380.256 casos de DDA. Destes, cerca de 103.191 dos casos foram notificados no Estado de Alagoas. Nesse ano, ocorreram surtos de DDA nos estados de Alagoas e Pernambuco. Uma parte desses surtos foi registrada em sistemas estruturados de informação de saúde (SIS), seja por internação, notificação ou óbitos nos casos mais graves. Entretanto, estes registros podem se constituir em apenas uma aproximação do número real de casos de diarreia ocorridos naquele período, mascarando os menos graves e aqueles que não tiveram assistência médica (5).

Assim, mecanismos de controle dessa enfermidade, como o Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), são utilizados em uma tentativa de detecção desses casos. O MDDA deve ser entendido como um processo de elaboração e análise de mensurações rotineiras, capazes de detectar alterações no ambiente ou na saúde da população e que se expressam por mudanças nas tendências das diarreias. Dessa maneira, percebe-se o papel fundamental da vigilância epidemiológica na prevenção e controle das doenças infecciosas e na promoção da saúde (6).

Com base nisso e tendo em vista a responsabilidade dos profissionais de saúde de fazer busca ativa e notificar doenças e agravos, utilizou-se dos métodos do MDDA para enriquecer o processo de aprendizagem de alunos de Medicina e evidenciar os obstáculos que impedem a eficácia desse mecanismo. De acordo com as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina é de fundamental importância o contato do discente com a comunidade e com os problemas de saúde existentes para melhor compreensão do processo saúde-doença.



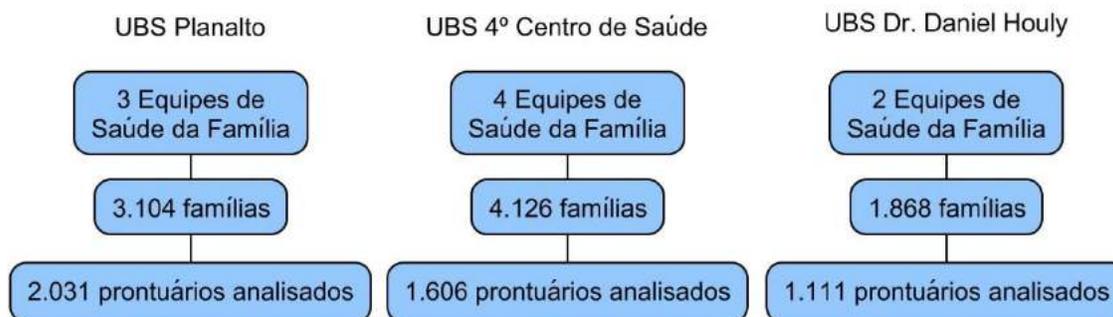
## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de prática de ensino do “Eixo Integração Ensino-Serviço-Comunidade” com alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Alagoas - campus de Arapiraca. A atividade foi dividida em três etapas: a primeira consistiu na discussão teórica em sala de aula sobre os instrumentos de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas, o processo de busca ativa e a importância da equipe de saúde no monitoramento e controle da doença; a segunda etapa consistiu no trabalho de campo, realizado durante as duas semanas subsequentes; e a terceira etapa consistiu na análise dos dados e construção do artigo.

A turma, composta por 28 discentes, foi dividida em 3 equipes: duas de 9 e uma de 10 integrantes. Cada uma atuou em uma unidade básica de saúde, de modo permanente desde o primeiro período do curso e cuja vinculação está alicerçada como princípio do curso médico. As Unidades de saúde foram as seguintes: UBS Planalto, UBS 4º Centro de Saúde e UBS Dr. Daniel Houly (Figura 1).

Foi analisado uma amostra de aproximadamente 10% dos prontuários da UBS Planalto, buscando-se casos de diarreia registrados no período de 2015 a 2016.

Figura 1. Caracterização das unidades de saúde de atuação dos acadêmicos em Arapiraca-Alagoas, 2017





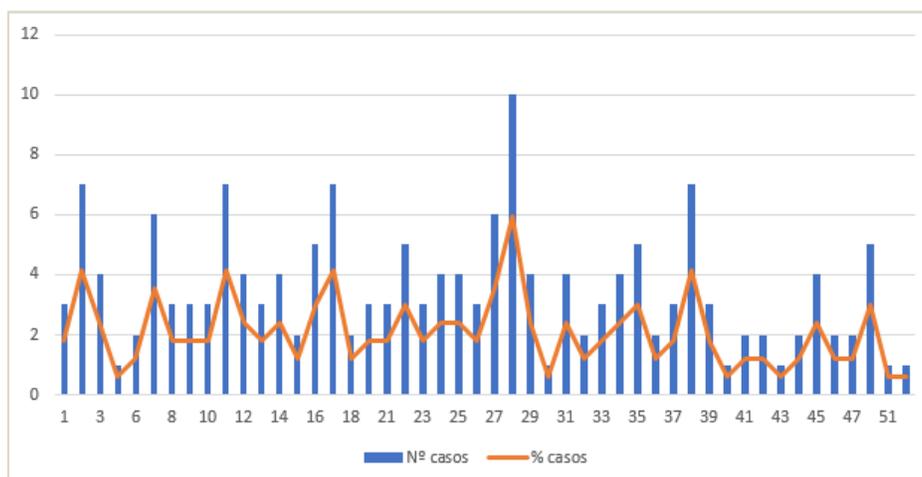
## Resultados e discussão

Os resultados dessa prática foram intencionalmente divididos em duas etapas. Na primeira, abordaremos os resultados técnicos da busca ativa e, na segunda, a importância da experiência como ferramenta de integração entre ensino, serviço e comunidade na formação médica.

### Resultados técnicos da busca ativa

Na busca realizada, foram encontrados 168 casos de diarreia nas três unidades, sendo 80 (47,6%) na UBS Planalto, 56 (33,3%) na UBS 4º centro de saúde e UBS 32 (19,0%) na Dr. Daniel Houly. Ao analisar a distribuição por semana epidemiológica de atendimento, observou-se maior ocorrência na semana epidemiológica 28, com considerável oscilação entre as demais semanas epidemiológicas.

**Figura 2.** Distribuição dos casos de diarreia nas unidades de saúde Dr. Daniel Houly, 4º Centro de Saúde e Planalto, segundo semana epidemiológica de atendimento. Arapiraca-Alagoas, 2015-2016.



Na tabela 1, tem-se as características epidemiológicas segundo unidade de saúde. Observa-se que na unidade Planalto, a proporção de casos da doença foi registrada com maior destaque na população com idade entre 01 e 04 anos. A presença de sangramento foi incomum nas três unidades, porém superior a 10% na UBS Dr. Daniel Houly. O esquema



terapêutico A oscilou entre 68,8% e 86,3%. A unidade com maior proporção de esquema C foi o 4º Centro de Saúde.

Tabela 1. Caracterização dos casos de diarreia nas unidades de saúde Dr. Daniel Houly, 4º Centro de Saúde e Planalto, segundo semana epidemiológica de atendimento. Arapiraca-Alagoas, 2015-2016.

Variável	Dr. Daniel Houly	Planalto	4º Centro de Saúde
<b>Faixa etária</b>			
< 1 ano	0 (0,0%)	6 (7,5%)	4 (7,1%)
1-4 anos	5 (15,6%)	31 (38,8%)	11 (19,6%)
5-9 anos	7 (21,9%)	18 (22,5%)	16 (28,6%)
10 ou +	20 (62,5%)	25 (31,3%)	25 (44,6%)
<b>Sangramento</b>			
Não	28 (87,5%)	77 (96,3%)	51 (91,1%)
Sim	4 (12,5%)	3 (3,8%)	5 (8,9%)
<b>Esquema terapêutico</b>			
A	22 (68,8%)	69(86,3%)	42 (75,0%)
B	9 (28,1%)	9(11,3%)	6 (10,7%)
C	1 (3,1%)	2(2,5%)	8(14,3%)

A incidência mais relevante dos casos de DDA em crianças se relaciona com as características do organismo infantil. A suscetibilidade do organismo infantil e o grau de exposição aos agentes patógenos são determinados pelo nível de acesso a água tratada, ao saneamento ambiental e ao estado nutricional desse grupo (7). Os fatores associados atuantes como condicionantes do aumento da suscetibilidade encaixam-se perfeitamente nos aspectos infraestruturais do bairro Planalto, pois a indisponibilidade de água encanada e a ausência de saneamento são fatores extremamente presentes no território, o que justifica a maior incidência dos casos nessa localidade e com maior número em crianças.

O plano A destina-se a pacientes com diarreia sem sinais de desidratação, o tratamento é domiciliar, acompanhado de orientações médicas. O plano B destina-se a pacientes com diarreia e com sinais de desidratação, mas com capacidade de ingerir líquidos, que devem ser tratados com sais de reidratação oral (SRO) na unidade de saúde, onde deverão permanecer até a reidratação completa. E o Plano C aplica-se caso o paciente apresente sinais e sintomas de desidratação grave, com ou sem choque (palidez acentuada, pulso radial filiforme ou ausente, hipotensão arterial, depressão do sensório), a sua reidratação deve ser iniciada



imediatamente por via endovenosa, em duas fases para todas as faixas etárias: fase rápida e fase de manutenção e reposição (6).

O plano A destacou-se em sua prática em relação aos outros planos por sua logística simplificada, pois as Unidades Básicas de Saúde não possuem infraestrutura atuante quanto à prática da internação, o que dificulta a execução dos outros planos. Os planos B e C foram utilizados quando o plano A não era o mais eficaz para melhora dos quadros clínicos do paciente, quando presente a desidratação.

Por fim, ao analisar a distribuição espacial, observou-se um padrão de concentração de casos em determinadas áreas, conforme tabela 2. Esse padrão pode ser explicado por serem áreas de maior vulnerabilidade dentro do bairro.

Tabela 2. Distribuição dos casos de diarreia nas unidades de saúde Daniel Houly, 4º Centro de Saúde e Planalto, segundo rua de residência. Arapiraca-Alagoas, 2015-2016.

Variável	Nº casos
<b>4º Centro de Saúde</b>	
Rua N. Sra. da Salete	7
Rua N. Sra. do Ó	5
Rua N. Sra. do Rosário	5
Rua São Judas	5
<b>Dr. Daniel Houly</b>	
Rua Santa Rita	6
Rua André Leão	3
Rua Senador Rui Palmeira	3
Rua 2 de fevereiro	3
<b>Planalto</b>	
R Antenor Feitosa	13
Rua Campo Grande	10
Rua Senhor do Bonfim	8
Rua Júlio Ferreira da Silva	7

### **Resultados da experiência como ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade e desenvolvimento de competências**

As novas diretrizes curriculares nacionais do curso de Medicina preveem que, dada a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes no desempenho da profissão médica, o processo de formação deve desdobrar-se em três grandes áreas:



atenção, gestão e educação em saúde (8). Foi em consonância com esses princípios que o Eixo Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) do curso médico da Universidade Federal de Alagoas - *Campus Arapiraca*, estruturou seu currículo.

No segundo período do curso, o eixo IESC estabeleceu como elemento norteador a epidemiologia e suas ferramentas, elementos essenciais para a compreensão do processo saúde-doença da comunidade.

Na área da atenção, os acadêmicos puderam refletir, inicialmente, sobre a complexidade do processo saúde-doença, colocando a saúde como expressão da dignidade humana, a superação do reducionismo da saúde à condição biológica e a ampliação do conceito de saúde, entendida como resultado da inter-relação entre múltiplas dimensões e elementos: aspectos biológicos, sociedade, cultura, religião, política, etc.

O reconhecimento clínico-epidemiológico, a identificação de áreas e grupos de maior risco e vulnerabilidade para o adoecimento contribuem para o alcance do mais alto grau de competência e segurança do médico no desenvolvimento de processos e procedimentos relativos ao desenvolvimento da prática médica.

A atenção à saúde comporta duas subáreas: I- Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; e II- Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva. Nessa última subárea, duas ações-chave são preconizadas: I- Investigação de Problemas de Saúde Coletiva; e II- Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva.

Art. 14. A ação-chave Investigação de Problemas de Saúde Coletiva comporta o desempenho de Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores: I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento; II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância



técnica, cultural e política do contexto. Art. 15. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único: I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais; II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde; IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas prioritizados; V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

Três outras diretrizes de atenção foram observadas com destaque. A primeira diz respeito à comunicação entre os membros da equipe. Na UBS Planalto, a letra ilegível de um dos profissionais inviabilizou a coleta de dados de uma das equipes de saúde. Isso caracteriza uma grave falha no processo de trabalho que, embora tenha comprometido a atividade, traz consequências ao serviço prestado para os usuários do sistema público de saúde, uma vez que o prontuário médico – documento constituído de um conjunto de informações sobre a saúde do usuário e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico – é o instrumento que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional, mas que por direito pertence ao próprio paciente (9). Dessa forma, a desobediência da determinação do Conselho Federal de Medicina (CFM) de que, para prontuários em suporte de papel, seja obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o usuário e, prejudica a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, bem como sua qualidade e segurança (10).

A segunda refere-se a extensão do cuidado à família e à comunidade. O resultado desse processo é a valorização do interprofissionalismo na prática médica, e da comunidade na adoção de práticas de saúde fortalecidas e sustentadas. O estabelecimento de uma relação horizontal e compartilhada entre profissionais, bem como entre profissionais e pacientes, familiares e comunidade, é capaz de ampliar a eficácia do serviço em resolver os problemas



de saúde locais. Na medida em que a população compreende e reconhece que o adoecimento não ocorre ao acaso, [*existe uma razão de ser*], essa mesma população assume parcela de responsabilidade no que diz respeito à adoção de condutas a fim de promover saúde.

A terceira contribuição refere-se ao potencial que a atividade trouxe para o desenvolvimento de intervenções, sobretudo aquelas voltadas para promoção da saúde. Após a realização da análise epidemiológica e o reconhecimento das necessidades, as três equipes desenvolveram ações de promoção da saúde com a população do bairro, respondendo às carências locais, identificadas por meio da busca ativa dos casos de DDAs nos prontuários.

Na área de gestão em saúde, diferentes dimensões foram abordadas. Na dimensão da gestão do cuidado, destaca-se a necessidade de sua democratização, através da participação dos usuários nas decisões sobre saúde (11), que envolvem principalmente a esfera de prevenção, visto que, como citado anteriormente, a ativa inclusão da comunidade em ações de saúde aumenta a responsabilidade da população e seu comprometimento com a saúde coletiva, além de estreitar o vínculo entre os usuários e a equipe de saúde, o que permite o estabelecimento de relações de trocas e confiança (12), viabilizando a construção conjunta de uma comunidade saudável e engajada, através de seu acolhimento nos serviços de saúde.

Na dimensão de valorização da vida, considerou-se as doenças diarreicas como problemas de elevada magnitude em áreas menos favorecidas da cidade, cujos mecanismos de intervenção são amplos e não se resumem ao atendimento médico e prescrição terapêutica. Nesse ponto, as capacidades propositivas e resolutivas foram estimuladas.

A terceira dimensão diz respeito à tomada de decisões, com base na análise crítica e reflexiva dos cenários possíveis e contextualizadas pelas evidências científicas. Visto que o processo saúde e doença das coletividades, deve ser pautado na análise de seus determinantes, é preciso estabelecer medidas preventivas a partir de dados epidemiológicos e também compreender os determinantes sociais de saúde. Desse modo, intervenções locais, regionais e nacionais devem ser baseadas nas necessidades de saúde da população, conforme critérios epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos (13). Em situações mais específicas, a tomada de decisão do epidemiologista deve propiciar ações imediatas que



promovam o controle de epidemias, a avaliação da eficácia de tratamentos e a identificação dos fatores associados a um problema de interesse (14).

A quarta dimensão abordada refere-se ao trabalho em equipe, aspecto fundamental para um atendimento adequado em saúde, já que para haver qualidade e eficiência no serviço prestado é necessária a concepção coletiva do trabalho. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares.

Merece destaque ainda o estímulo à construção participativa do sistema de saúde, de modo a reconhecer a importância dos diferentes atores na sua consolidação e fortalecimento.

Por fim, tem-se a área da educação em saúde. Nela, destacam-se os seguintes objetivos: o aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem; o aprender com autonomia; o aprender interprofissional; os processos de aprendizagem em ambientes protegidos e simulações da realidade e o comprometer-se com seu percurso de formação, envolvendo ensino, pesquisa e extensão.

A experiência possibilitou estabelecer uma caracterização não apenas da doença, mas da comunidade que sofre com ela. Ao analisar o problema enfrentado pela população, permite-se o desenvolvimento de atividades e a instituição de futuras diretrizes que permitam sanar o problema vigente. Essa linha de ação é proposta pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) o que permite uma relação médica-cidadã mais direta e humana à medida que a doença deixa de ser tratada como um conjunto de sintomas individuais e passa a ser vista como um agravo de origem social. Nesse aspecto, no tocante a individualidade, a experiência possibilitou um olhar integral à saúde do ser humano. Desse modo, futuras ações médicas podem ser respaldadas na responsabilidade social e compromisso com a cidadania, princípios necessários ao desenvolvimento de habilidades adequadas aos trabalhadores da saúde.

## **Conclusões**

Conforme estabelecidas a atenção, a gestão e a educação em saúde como os três pilares fundamentais para a formação de profissionais médicos, nota-se que atividades



integrativas dos discentes com as comunidades e a interação desses com a situação em saúde do local tornam-se fundamentais. Assim sendo, atividades de cunho epidemiológico realizadas por esses discentes adquirem posição de destaque mediante o processo educativo, visto que, além de contemplarem o exigido pelo CNE, também permitem que os mesmos participem ativamente da modulação situacional da saúde das localidades nas quais estão inseridos, o que fornece contribuições a profissionais, usuários e acadêmicos.

## Referências

1. UNICEF-United Nations International Children's Emergency Fund; WHO-World Health Organization. Diarrhea: why children are still dying and what can be done. UNICEF; WHO: Geneva; New York; 2009.
2. BUHLER, H.F.; *et al.* Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1921-1934, set. 2014.
3. PAZ, M.G.A.; *et al.* Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. Rev. Bras. Epidemiol, 2012. 15(1): 188-97.
4. IMADA, K.S.; ARAÚJO, T.S.; MUNIZ, P.T.; PÁDUA, V.L. Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia na Amazônia. Rev. Saúde Pública. 2016; 50:77.
5. RUFINO, Renata; *et al.* Surtos de diarreia na região Nordeste do Brasil em 2013, segundo a mídia e sistemas de informação de saúde – Vigilância de situações climáticas de risco e emergências em saúde. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 777-788, 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1. 1 ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. MENEGUESSI, G.M.; *et al.* Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde vol.24 n.4. Brasília. Out./Dez, 2015.
8. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Resolução CFM nº 1.638/2002. Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5.



10. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático / Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006.
11. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.
12. GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in healthcare administration in large urban centers. Interface - Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301; 2005.
13. PEREIRA, B.S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(2):411-418, abr-jun, 2016.
14. ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. Epidemiologia & Saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.