

Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi

Systematization of a stratification questionnaire for family risk: Coelho-Savassi's Family Risk Scale

Leonardo Cançado Monteiro Savassi¹
Joana Lourenço Lage²
Flávio Lúcio Gonçalves Coelho²

Resumo

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, instrumento de estratificação de risco familiar, é aplicada às famílias adscritas a uma equipe de saúde da família, para determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Utiliza dados presentes na ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e outros identificáveis na rotina das equipes de saúde da família. Nas equipes em que foi aplicada, a escala mostrou-se útil na reorganização da demanda e promoveu um percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco das famílias avaliadas, impactando de maneira positiva o trabalho em equipe. A Escala é ainda uma ferramenta útil para o planejamento de ações na equipe, para a percepção da interrelação entre os fatores de risco, e como instrumento de apoio a intervenções no território. Além disso, ela corroborou, em nível local e microrregional, os dados do Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Estas observações apontam para um amplo potencial de aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, e para a necessidade de sua sistematização e padronização, para ampliação de seu uso. Neste artigo, as sentinelas de risco foram avaliadas e discutidas pelos autores, resultando em uma definição clara e precisa dos termos, bem como a justificativa para a inserção de cada evento como um indicador a ser pontuado pela Escala. Foram definidos os critérios de pontuação para as famílias e sugeridas formas de aplicação prática da Escala nas equipes. Ao final, foram feitas recomendações sobre a aplicação em situações peculiares.

Abstract

The Coelho-Savassi Family Risk Scale, a risk stratification family instrument, is applied to families ascribed to a family health team, to determine their social and health risk, reflecting the illness potential of each family. It uses data presented in the Primary Care Information System (SIAB) A form and other data identifiable in the routine of family health teams. In teams where it was applied, the scale proved itself as useful to reorganize the demand and promote a more accurate, objective and qualified perception of the families risks impacting positively the teamwork. The scale is still a useful tool for action planning in the team, to the perception of the interrelationship between risk factors, and as a tool to support interventions in the territory. Moreover, it corroborated in local and micro-regional levels, the data from the Health Vulnerability Index. These observations point to a broad range of potential application of Coelho-Savassi Family Risk Scale, and the need for systematization and standardization, to broaden its application. In this article, the sentinels of risk were evaluated and discussed by the authors, resulting in a clear and precise definition of the terms, as well as the rationale for inclusion of each event as an indicator to be scored in the Scale. There were defined scoring criteria for families and suggested ways of practical implementation of Scale in teams. Finally, recommendations were made on the application in peculiar situations.

Descritores: risco. atenção primária. visita domiciliar. família. saúde da família

Keywords: risk. primary health care. home visit. family. family health

¹ Docente da Universidade Federal de Ouro Preto. Núcleo Pedagógico do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família Agora/Nescon-UFMG. Pediatra, Médico de Família e Comunidade, Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva/Educação em Saúde

² Médica de Família e Comunidade em Contagem, MG. Tutora do Curso "Doença falciforme: Linha de Cuidados na Atenção Primária".

³ Médico de Família e Comunidade em Contagem, MG. Presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade 2003-2005

Para correspondência:
Leonardo Savassi
email: leosavassi@gmail.com

Data da Submissão: 12/11/2012
Data do Aceite: 12/12/2012

Introdução

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) ¹ é um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem, Minas Gerais, baseado na ficha A do SIAB ^{2,3}, que utiliza sentinelas de risco avaliadas na primeira visita domiciliar (VD) realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Este instrumento, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Utiliza dados presentes na ficha A do SIAB e outros, disponíveis na rotina das equipes de saúde da família. Estes dados foram definidos como Sentinelas de Risco ¹ (Quadro 1).

Trata-se, portanto, de um instrumento objetivo de análise do risco familiar, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática para coleta de dados, que foi idealizada inicialmente como uma tentativa de sistematização da VD na Atenção Primária a Saúde (APS), em especial nas equipes de Saúde da Família (eSF).

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Quadro 1. Dados da ficha A do SIAB e escore de risco ¹

A partir da soma dos escores de risco de cada família, elas são classificadas em risco menor a máximo (Quadro 2).

As sentinelas de risco utilizadas pela ERF-CS foram selecionadas por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar, através de distintos mecanismos, tais como utilização de serviços de

saúde, impactos sócio-econômico, nas interrelações entre os indivíduos do núcleo familiar e no trabalho. A disponibilidade dos dados na ficha A do SIAB e na rotina da equipe apresenta-se como um diferencial facilitador no uso deste instrumento.

Nas equipes de saúde da família em que foi aplicada, a escala mostrou-se útil na reorganização da demanda e promoveu uma percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco das famílias avaliadas, impactando de maneira positiva o trabalho em equipe ^{4,5,6,7,8,9,10,11}. A necessidade de priorizar VD em equipes com grande número de usuários, somada à ausência de critérios objetivos disponíveis para esta priorização são os grandes responsáveis pela ampla utilização da ERF-SC no nível nacional ¹².

Além disso, a ERF-CS corroborou, em nível local e micro-regional no município de Contagem os dados do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, nas equipes em estes estavam disponíveis ⁵. Este índice "evidencia as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos" ¹³ e é utilizado em nível macro-regional, nos municípios de Belo Horizonte e Contagem.

Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

Quadro 2. Cálculo do risco familiar ¹

Segundo Costa et al (2009) ⁶ a ERF-CS oferece uma visão ampliada da família, vislumbrando ações no sentido de minimizar os agravos detectados pela Escala. Estabelece uma maneira simples, fácil e clara de priorizar as VD de acordo com o grau de risco familiar e em microáreas de maior necessidade, sem deixar de realizar a cobertura de todas as famílias. E estratégias para direcionar o investimento de recursos humanos e financeiros de acordo com a necessidade das microrregiões, mobilizando a equipe para atender as necessidades das famílias em risco, direcionando o atendimento para as demandas levantadas pela escala.

O instrumento também se apresenta como uma opção viável para o entendimento da dinâmica e do planejamento das ações da ESF no campo do ensino, sendo útil para familiarizar acadêmicos das áreas da saúde com o planejamento de ações e compreensão da interrelação entre situação de saúde,

vulnerabilidade e análise de riscos ^{7,14} .

O uso da escala favorece o exercício de desmanchar o raciocínio linear causa-efeito, problema-solução que, em geral, o aluno traz, pois as situações inquiridas pela ficha A desenham o grau de risco e o grau de priorização das VDs, mas o tipo de intervenção quase sempre não se desenha de maneira simplificada, tampouco depende somente da ação e da tecnologia médica (...) pensar no projeto singular destinado a cada família (Pereira et al, 2009, p.103) ¹⁴

Trata-se, portanto, de um instrumento que auxilia na avaliação da vulnerabilidade das famílias, com importante potencial de utilização no planejamento das ações da equipe. Embora inicialmente designada para a estratificação do risco para fins de atendimento no domicílio, percebe-se que a escala pode se prestar ao papel de ser um instrumento de planejamento que incorpora critérios claros e de fácil aplicação, e também serve como ponto de partida para o mapeamento da rede social para o núcleo familiar ¹⁴ .

Tendo como referenciais as diversas experiências de aplicação no campo da prática de saúde da família, é importante destacar que a ERF-CS não classifica riscos individuais, nem tem a pretensão de classificar todos os riscos presentes em uma família. A ERF-CS pode ser também utilizada como um instrumento de apoio ao diagnóstico e compreensão do território e sua dinâmica. Tendo em vista esta dinâmica do território, das famílias e dos indivíduos, não há como existir uma classificação única e estática da vulnerabilidade dos núcleos familiares.

Embora seja uma escala de classificação de risco familiar, também é importante destacar que não foi desenvolvida para fins de abordagem da dinâmica familiar, embora possa contribuir para selecionar famílias com maior potencial de se beneficiar dos instrumentos de abordagem familiar disponíveis no campo da Medicina de Família e Comunidade, tais como abordagem familiar sistêmica ¹⁵ .

A ERF-CS responde aos princípios da APS: oferece acesso na medida em que prioriza a atenção no domicílio e favorece a integralidade e equidade das ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Além disto, torna-se mais fácil

coordenar o cuidado tendo nas mãos os dados que permitem entender cada família e suas necessidades.

Metodologia

Desenvolvimento

Para esta revisão, as sentinelas de risco foram analisadas e discutidas individualmente quanto a: 1) definição precisa, baseada preferencialmente no manual da ficha A do SIAB e, quando inexistente nele, na literatura; 2) justificativa para a inserção de cada evento como um indicador a ser pontuado pela Escala.

Foram descritos os critérios de pontuação, definindo-se a forma de aplicação dos pontos conforme as sentinelas de risco presentes em cada família e a obtenção do score familiar final. Foram sugeridas, ainda, formas de utilização prática da ERF-CS nas equipes de saúde. Também foram feitas recomendações sobre a aplicação em situações peculiares.

a. Definições técnicas das sentinelas de Risco

1. Acamado: segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se como “toda pessoa restrita ao seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde” ¹⁶ .
2. Deficiências Física e Mental: conforme o manual para preenchimento da ficha A do SIAB, é o “defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isto inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades” ²
3. Baixas condições de saneamento: o conceito utilizado é o de saneamento

ambiental, que segundo a OMS define: "Saneamento constitui o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre seu estado de bem estar físico, mental ou social" ¹⁷.

São utilizados os seguintes itens relacionados no verso da ficha A do SIAB: destino do lixo, tratamento da água no domicílio e destino de fezes e urina e a sentinela é pontuada como (3) quando presentes ao menos uma das seguintes situações: lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto.

4. Desnutrição Grave: segue a classificação por percentil de Peso/Idade proposta pelo Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) estabelecidos para crianças menores de 7 anos: Percentil menor que 0,1: Peso Muito Baixo para a Idade; ¹⁸
5. Drogadição: Utilização compulsiva de drogas lícitas e /ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química. Neste grupo incluí-se o álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas. ^{2,3}
6. Desemprego: segundo a definição do manual da ficha A do SIAB, o item *ocupação* refere-se a: "tipo de trabalho que exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo. A realização de tarefas domésticas caracteriza o trabalho doméstico, ainda que este não seja remunerado. Se o indivíduo referir mais de uma ocupação, deverá ser anotada aquela a que ele dedica o maior número de horas na semana, no seu período de trabalho" ². Portanto, define-se como desemprego qualquer situação que não se encaixe neste critério.
7. Analfabetismo: o manual da ficha A do SIAB define como alfabetizado "o indivíduo que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que

apenas assina o nome não é considerado alfabetizado" ². Toda situação distinta a esta definição é considerada como analfabetismo, a partir da idade escolar.

8. Menor de seis meses: todo lactente com idade até 5 meses e 29 dias.
9. Maior de 70 anos: toda pessoa com 70 anos completos.
10. Hipertensão Arterial Sistêmica: "Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estejam em uso de medicação antihipertensiva" ¹⁹.
11. Diabetes Mellitus: "grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos" ²⁰
12. Relação morador/cômodo: É definida pelo número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. O número de cômodos é contado conforme descrito no manual da Ficha A do SIAB: "todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais como garagens, depósitos etc." ².

b. Justificativa para as sentinelas de risco adotadas

A utilização das sentinelas de risco da ERF-CS justifica-se com base nas características relacionadas no quadro 3.

c. Critérios de pontuação

Justificativa	Relevância epidemiológica	Relevância sanitária	Impacto na dinâmica familiar
Sentinelas de Risco			
Acamado	x		x
Deficiências física e mental	x		x
Baixas condições de saneamento	x	x	
Desnutrição grave	x	x	x
Drogadição	x		x
Desemprego	x	x	x
Analfabetismo	x	x	x
Menor de seis meses	x		x
Maior de 70 anos	x		x
Hipertensão arterial sistêmica	x		x
Diabetes mellitus	x		x
Relação morador/cômodo	x	x	x

Quadro 3: Sentinelas de risco e suas justificativas

Fonte: Pesquisa Direta

As famílias são avaliadas a partir da Ficha A do SIAB, sendo que para cada sentinela de risco presente corresponde o valor definido na ERF-CS. No caso das sentinelas de caráter individual (por exemplo acamado, deficiência física, etc.), quando ela estiver presente em mais de um indivíduo na mesma família, esta recebe a pontuação referente a cada indivíduo portador da condição. Veja o exemplo:

Box 1. Exemplo

Uma família possui dois acamados, sendo que um deles é um idoso de 75 anos de idade e hipertenso. O outro acamado é deficiente físico (amputação traumática de membros inferiores). Ambos são analfabetos. Não existem outras sentinelas de risco nesta família. O escore familiar final é 13 (3+3+1+1+3+1+1).

d. Sugestões para aplicação da Escala nas Equipes de Saúde da Família

Sugere-se a seguinte metodologia de aplicação da Escala:

- Um ou mais membros da equipe familiarizar-se com o instrumento, sendo possível, inclusive, o intercâmbio com os autores da Escala.

Este membro encarrega-se de apresentar a Escala à equipe, inclusive com introdução dos conceitos de sentinela de risco, situação de risco, risco familiar, planejamento de ações, organização de demanda, entre outros que forem pertinentes à discussão;

- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) encarregam-se de aplicar a Escala nas famílias adscritas a sua micro-área. Verificou-se nas equipes nas quais os autores aplicaram a Escala, que este procedimento torna a avaliação mais confiável, pois este profissional é o que geralmente mantém um contato mais estreito com todas as suas famílias. Recomenda-se que as primeiras famílias sejam classificadas sob supervisão do profissional familiarizado com a Escala, para que eventuais dúvidas possam ser sanadas^{1,3}.
- A Equipe deve ter em mente que esta classificação tem um caráter dinâmico. Portanto, é importante que

periodicamente, as famílias sejam revisadas para verificar-se se seu risco modificou-se ou manteve-se.

- A inserção do risco familiar no prontuário da família mostrou ser uma informação importante e significativa no trabalho diário da equipe⁴.

Algumas situações peculiares podem acontecer e assim recomenda-se:

- Áreas com alta prevalência de determinadas sentinelas de risco, como por exemplo, baixa condição de saneamento: recomenda-se que a sentinela seja desconsiderada para fins de priorização, sendo feita a devida ressalva no relatório final. A classificação passa a ser de área de risco para aquela sentinela.
- Áreas onde as famílias apresentem escore familiar final muito elevado, como por exemplo, zona rural precária, ou aglomerados não urbanizados: recomenda-se elevar o ponto de corte para a priorização das famílias, e considerar aquela microárea (ou área) como de risco.

Discussão e Conclusões

Este artigo pretende esclarecer as principais dúvidas que podem surgir na aplicação da ERF-CS em equipes de saúde da família, baseado nas dificuldades apontadas por profissionais que a utilizaram em suas respectivas equipes: o conceito de cada sentinela de risco e a pontuação para cada uma delas observada em cada indivíduo afetado na família.

Ao se preconizar a aplicação da Escala envolvendo os ACS, destaca-se que ela proporciona uma rica experiência de reflexão e prática, a partir de um conjunto de fatores que nem sempre estão explícitos para os membros das equipes de saúde. Ao incluir componentes sociais, ambientais e clínicos, mobiliza a relação equipe-paciente-família, e fomenta o uso do conceito de risco ampliado na abordagem das necessidades de saúde da população adscrita. A equipe como um todo pode identificar conexões entre riscos que se potencializam em um contexto de vulnerabilidade ao qual estão expostos os indivíduos.

A relação demonstrada entre a ERF-CS e o

índice de vulnerabilidade aponta para o potencial de aplicabilidade da ERF-CS e, conseqüentemente, para a necessidade de sua sistematização, visando à padronização para ampliação de seu uso. Esta sistematização visa a sua utilização de maneira independente por profissionais e equipes de saúde, familiarizados com o SIAB, em especial a ficha A, e abre perspectivas quanto ao seu uso em um número ampliado de equipes. Ambas as características são fundamentais para a verificação e determinação de sua aplicabilidade como instrumento de estratificação de risco familiar.

A ERF-SC é um instrumento que precisa ser validado, ampliado e consolidado no âmbito da Atenção Primária brasileira, e para isto é fundamental o entendimento de suas sentinelas como marcadores de risco. Permanecem atuais os questionamentos acerca pontos de corte mais flexíveis, áreas de risco e inclusão de novas sentinelas. Com a nova conformação do SIAB, que inclui a opção de assinalar se a família é beneficiária do Bolsa-família e de outros programas sociais do governo federal, abrem-se novas possibilidades de pesquisa.

Referências

1. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. RBMFC, vol. 1, número 2, p.19-26.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica/ Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. 2ª Versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 29 p.
4. Lage JL et al. Aplicação da Escala de Coelho em equipe de saúde da família. In: Anais do 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo, 15 a 18 de junho de 2006.
5. Lage JL, Hadad SC. Utilização de indicadores no planejamento de ações de saúde em centro urbano. In: Anais do 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo, 15 a 18 de junho de 2006.
6. Costa ACI et al. Aplicabilidade e limitações da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi para o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica em saúde. Relato de experiência na Unidade de Saúde da Família Macaxeira/Buriti. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica a Saúde. Recife: ABEn, 2009. [Anais]. P. 98-

100. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id58r0.pdf
7. Ferraz TAC et al. Diagnóstico de Saúde da Micro-área 01 da Unidade de Saúde da Família da Macaxeira/Alto do Burity. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica a Saúde. Recife: ABEn, 2009. [Anais]. P. 232-234. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id109r0.pdf
 8. Vieira MHS et al. Viabilidade da escala de Coelho como critério isolado para classificação de risco familiar. São Paulo: II Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade, 06 a 09 de Setembro de 2007. Anais. P. 10.003.
 9. Pacagnella RC et al. Aplicação da escala de coelho para classificação de risco familiar. São Paulo: II Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade, 06 a 09 de Setembro de 2007. Anais. P. 10.009.
 10. Bicudo SDS et al. Diagnóstico Situacional de Atlântica Ville-Jardim Camburi: Classificação de Risco das Famílias. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Brasília: SBMFC, 2011. P. 963. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/index.php/anaisbmf/article/view/385/282>
 11. Pedroso C et al. Risco Familiar das Visitas Domiciliares (USF Parque Selecta - São Bernardo do Campo-Sp). Anais do 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Brasília: SBMFC, 2011. P. 1729. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/index.php/anaisbmf/article/view/385/282>
 12. Mendonça MK. Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitário de Saúde e Saúde da Família e a integralidade. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008. Tese. 350 p.
 13. Belo Horizonte. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Epidemiologia e Informação - GEREPI. [ONLINE] [Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf>] [acesso em 30/11/2012]
 14. Pereira JG, Martins WRV, Campinas LLSL, Cheiri PS. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em Medicina na atenção básica no município de São Paulo. Mundo Saúde. 2009;33(1):99-107
 15. Schlithler ACB, Ceron M, Gonçalves DA. Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. Especialização em Saúde da Família, Módulo Psicossocial, Unidade 18. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010. P-43-69.
 16. Lichtenfels P, Santos LT, Fernandes CLC. Percepção da Doença: A Visão do Paciente Acamado. Mom. & Perspec. Saúde - Porto Alegre 17 (1): 13-19.
 17. Heller L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc. saúde coletiva [online]. 1998, vol.3, n.2, pp. 73-84.
 18. Ministério da Saúde. SISVAN. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120 p
 19. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, SAS, DAB. Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Cadernos de Atenção Básica, 15)
 20. Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2006. 64p. il. (Cadernos de Atenção Básica, 16).