

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Implementação do protocolo de acompanhamento,
rastreamento e diagnóstico de Hipertensão Arterial em uma
USF de Cubatão/SP**

Especializanda: Maria Elena Farinas Gonzalez

Orientadora: Marília Simon Sgambatti

Cubatão/São Paulo

2014

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Identificação e apresentação do problema	3
1.2 Justificativa da intervenção	4
2. Objetivos	
2.1 Objetivos Geral	5
2.2 Objetivos Específico	5
3. Revisão Bibliográfica	6
4. Metodologia	
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	10
4.2 Cenários da intervenção	10
4.3 Estratégias e ações	10
5. Resultados Esperados	12
6. Cronograma	13
7. Referências	13

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a hipertensão arterial é a condição que mais afeta a saúde da população adulta de todo o mundo. Ela é uma doença e também um fator de risco para outras comorbidades, evoluindo de formas assintomáticas até graves (1).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma morbidade habitualmente silenciosa em suas apresentações mais frequentes, definida pela presença de níveis tensionais elevados, com repercussões clínicas importantes para o sistema cardiovascular e renal, acompanhadas frequentemente de comorbidades de importante expressão nos indicadores da população.

Ocupa um lugar importante no contexto epidemiológico que tem uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como a principal causa de morbimortalidade na população (1).

Trabalhos populacionais bem conduzidos em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da hipertensão arterial em nosso meio é preocupante. As taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 23,3% e 43,9%. Seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (3).

A prevalência de hipertensão em São Paulo, em indivíduos maiores de 20 anos de idade é de 25,8 %, com discreta variação entre os sexos, mais com ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39 anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos (7,12). Estes dados correspondem com vários estudos feitos com populações urbanas em grandes cidades do Brasil.

1.1 Identificação e apresentação do problema

O atendimento dos usuários hipertensos pela equipe de saúde da Unidade de Saúde (USF) do bairro Água Fria, Cubatão/SP, ocorre desde o acolhimento pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem. Os mesmos são agendados e encaminhados para a consulta médica, de acordo com suas necessidades. É priorizado o atendimento médico imediato às crises hipertensivas, os usuários descontrolados que mantém níveis pressóricos elevados mesmo com uso correto da medicação prescrita e aqueles com queixas agudas. São agendados para consulta médicas posteriormente aqueles usuários que necessitam de

renovação de receitas, os usuários controlados que necessitam avaliação ou solicitação de exames periódicos (2,9).

A cada mês é realizado pelo médico e pela enfermeira grupos operativos com os usuários hipertensos juntamente com o grupo de usuários diabéticos, planejados na primeira quinta-feira de cada mês. Neste grupo se fala sobre temas diversos: hábitos de vida saudáveis, uso correto da medicação prescrita, importância da presença na consulta médica, atividades físicas de alongamento com todos os participantes, controle do peso corporal, verificação da pressão arterial e outros temas de interesse coletivo e individual.

Quando é constatado níveis pressóricos elevados com uso correto da medicação é agendada uma consulta médica para reavaliação da prescrição medicamentosa. Aqueles usuários que têm dificuldades de tomar a medicação com horários certos recebem apoio de enfermagem para orientações, sendo convocada a presença de um familiar responsável para ajudar no tratamento medicamentoso.

1.2 Justificativa da intervenção

Na área de abrangência da equipe de Água Fria, a hipertensão arterial é a morbidade mais prevalente, acometendo aproximadamente 16,1 % da população maior de 20 anos. Em segundo lugar temos o alcoolismo em 13,4 % da população adulta, seguido por diabetes 8,3 % da população maior de 40 anos. A falta de registro de acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial impossibilita levantar uma realidade de quantos e quais deles estão controlados e acompanhados segundo protocolo de hipertensão arterial com risco cardiovascular.

Mesmo com as ações realizadas pela equipe de saúde da USF, constata-se que não existe um registro sistematizado e um controle regular no atendimento ao usuário hipertenso, sendo observada falta de registro de acompanhamento desse grupo que tem uma alta prevalência na comunidade. Apesar desta alta prevalência existe um sub diagnóstico de hipertensão arterial na comunidade, constatado diariamente em nossas atividades de trabalho, quando comparamos os dados da prevalência da hipertensão na população adulta da área de abrangência com a média das taxas de prevalência de hipertensão na população brasileira adulta, tendo em conta que a população tem muitos fatores de risco (nível educacional baixo, carências, uso de drogas, prostituição, pouca participação de programas sociais, entre outros).

Este é um problema preocupante que merece um estudo para a implantação do protocolo de hipertensão arterial com risco cardiovascular, além de atingir as metas com relação ao controle dos portadores de hipertensão, preconizado no manual de atenção a saúde no adulto, pelo Ministério da Saúde/Brasil.

Considerando a necessidade de propor a realização de um projeto para organizar o atendimento e reduzir o sub diagnóstico de hipertensão arterial, ganhar esperança, estilos e qualidade de vida para a população. Esta é minha proposta que justifica-se pelas razões e comentários anteriores, favorecendo adequado controle e adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso com o apoio familiar e no acompanhamento da equipe de saúde da família. Com uma sistematização do atendimento e busca ativa de usuários hipertensos, estaremos garantindo o acompanhamento e o controle dos usuários com hipertensão e o planejamento das atividades educativas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Implementar um plano de acompanhamento e diagnóstico em usuários hipertensos maiores de 18 anos da Unidade de Saúde da Família Água Fria.

2.2 Objetivos específicos

Acompanhar 100% dos usuários hipertensos em consulta médica, de acordo com indicações do Ministério da Saúde.

Pesquisar ativamente em 100% de pessoas adultas com riscos de hipertensão arterial na população da área de abrangência.

.Aumentar o número de diagnóstico de hipertensos na população adulta e sem acompanhamento na área de abrangência.

Reduzir os riscos cardiovasculares dos usuários hipertensos da área de abrangência.

3. Revisão bibliográfica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) segundo Ribeiro (2003) é definida como uma pressão arterial sistólica (PAS) superior a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior que 90 mmHg, baseada em duas ou mais mensurações de pressão arterial, sendo os mesmos níveis definidos no consenso brasileiro de hipertensão arterial. É uma morbidade habitualmente silenciosa em suas apresentações mais frequentes, se definindo pela presença de níveis tensionais elevados, com repercussões importantes para o sistema cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de significativa expressão nos indicadores de saúde da população. É considerada um problema de saúde no Brasil e no mundo. O diagnóstico e tratamento precoces dessa doença são fundamentais para a redução dos riscos cardiovasculares associados (1).

Hipertensão arterial é uma doença que eleva os níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue a através dos vasos sanguíneos. Ela envolve duas medidas, sistólica e diastólica referente ao período em que o músculo cardíaco está contraído (PAS) ou relaxado (PAD) (1).

Com o processo de envelhecimento das pessoas ocorre uma perda da elasticidade da parede dos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e dessa maneira aparece um aumento progressivo na pressão sistólica.

Segundo Saiture (2006), com o envelhecimento os indivíduos se tornam mais vulneráveis a diferentes tipos de patologias principalmente crônicas degenerativas, devido a hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares ricos em comidas gordurosas, sal e açúcar, obesidade entre outros.

A hipertensão arterial é considerada uma doença crônica, com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para complicações. Sendo um dos principais fatores de morbidade cardiovascular e cerebrovascular (4).

Também se descrevem outras causas, tais como:

- Atividade aumentada do sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, com aumento do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada.

- Reabsorção renal de sódio, cloreto e água aumentada relacionada a uma variação genética na forma como os rins manuseiam o sódio.

-Resistência a ação da insulina, que pode ser um fator comum ligada a hipertensão, diabetes tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância a glicose.

-Vasodilatação diminuída das arteríolas relacionadas com a disfunção do endotélio vascular.

-Disfunção do sistema nervoso autônomo com hiperatividade simpática.

A hipertensão arterial tem muitas formas de classificar-se, descritas na literatura, sendo as mais utilizadas: hipertensão essencial e hipertensão secundária. Outra classificação: ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3 (5).

A pressão arterial muito elevada (PAS superior a 120 mmHg), de aparecimento súbito, é designada por Urgência hipertensiva e pode acarretar muitas complicações e requiere de tratamento médico urgente (24 horas).

Emergência hipertensiva é o aumento severo, súbito de pressão arterial que põe em perigo iminente a vida do paciente e precisa do tratamento médico emergente (1 hora). A emergência hipertensiva se acompanha geralmente de lesões em órgãos alvos entre eles: encefalopatias hipertensivas, retinopatias hipertensivas com hemorragias e exsudatos e o papiledema, cardiopatia hipertensiva, insuficiência cardíaca do ventrículo esquerdo, dispnéia, insuficiência renal aguda e edema pulmonar (7,9,10,11).

As doenças cardiovasculares são as maiores responsáveis pela mortalidade de usuários idosos no Brasil, o que corresponde a um 40% entre todas as causas de mortalidade nessa faixa etária (4,6,12).

A HAS é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidentes vascular cerebral, tromboembólicos ou hemorrágicos, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial (aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca (7,4).

Segundo a American Heart Association a HAS é a doença crônica que ocasiona maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social.

O diagnóstico de HAS é basicamente realizado pela presença de níveis pressóricos permanentemente elevados acima dos limites de normalidade estabelecidos como normais. A pressão artéria tomada com métodos e condições apropriadas constitui o elemento mais importante do diagnóstico (7).

O procedimento de mensuração da pressão arterial deve ser realizado com o paciente na posição sentada, após repouso de pelo menos cinco minutos e com o braço posicionado na altura do coração (11).

Em pessoas sem diagnóstico prévio e com níveis de pressão arterial elevadas em única aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos antes de confirmar a presença de hipertensão arterial. A aferição da pressão arterial em mais de uma ocasião na unidade de saúde é recomendável para reduzir a ocorrência da "hipertensão do eventual branco" que consiste na elevação da pressão arterial diante da simples presença do profissional de saúde no momento da medida da pressão arterial (12).

O controle da hipertensão arterial é geralmente insatisfatório a despeito os protocolos e recomendações existentes e do maior acesso aos medicamentos. Os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão arterial são: curso assintomático na maior parte dos casos de sub diagnóstico e tratamentos inadequados, além da baixa adesão por parte dos usuários ao tratamento, constituindo uma questão problemática, pois na maioria das vezes a HAS é assintomática e os usuários não a encaram como um problema de saúde que necessita de tratamento. É difícil que eles aceitem que são doentes e necessitam de tratamento contínuo (13).

A taxa de controle a usuários hipertensos é insatisfatória no mundo inteiro. No Brasil, 50,8% de indivíduos adultos sabiam ser hipertensos, 40,9% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada. Idade avançada, obesidade, baixo nível educacional, mostraram-se associados a menores taxas de controle, menos adesão a informações sobre doenças crônicas e o tratamento que podem servir de base para a adesão do paciente ao tratamento.

O Ministério de Saúde em correspondência com as políticas de promoção e proteção a saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissional na atenção primária à saúde como o combate a hipertensão arterial e onde o equipe da saúde da família tem responsabilidade pela população adscrita. A organização da assistência com competência bem definida e integrada com os membros da equipe multiprofissional e centralizada no binômio médico-enfermeiro, estendido ao agente comunitário como elo entre o domicílio e a unidade de saúde (14).

O enfoque diferenciado do médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica.

A hipertensão arterial exige abordagem multidisciplinar por ser ela uma doença multicausal e multifatorial.

A família também tem um papel fundamental ao compartilhar a responsabilidade no tratamento com o usuário hipertenso. Este apoio pode ser na forma de lembranças ao hipertenso do horário dos medicamentos e de orientações sobre a dieta hipossódica e acompanhamento a consultas (14).

Também se verificou uma maior adesão ao tratamento e controle dos níveis pressóricos os usuários que percebem a família como apoio e só aporte social (17).

Tem fatores que podem influenciar negativamente no comportamento e controle de usuários hipertensos: serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficazes, sobrecarga dos profissionais com redução de tempo nas consultas, aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço, falta de conhecimento e de treinamento de profissionais administrativos de saúde, incapacidade do sistema para educar usuários e prover seguimento, além de outros fatores individuais, ambientais e sociais.

Por isso é fundamental a reorganização do cuidado primário de saúde fundamentado na integração de uma equipe multiprofissional com competência definida (6,9,18).

A maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é vivida por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessário a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada, assim como reduzir a necessidade de terapia à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de iniciar qualquer tratamento, recomendam-se alterações do estilo de vida, como meio de prevenção primária da hipertensão arterial.

As alterações dos hábitos / estilos de vida, quando feitas corretamente, podem baixar, na maioria das vezes, a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores (4,7,21).

Com a evolução da investigação sobre a genética da hipertensão arterial será possível no futuro estudar geneticamente a população, detectar os fatores de risco geneticamente relacionados com a doença e fazer a profilaxia desta.

Por agora temos um desafio pesquisar esta doença entre grupos de risco e prestar cuidado integral a todos os usuários hipertensos com ou sem riscos de agravos.

4- METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A população alvo deste estudo são todos os usuários maiores de 18 anos, cadastrados no PSF, do Bairro Agua Fria (1391 pessoas), sendo destes, 224 usuários hipertensos. Esperamos encontrar novos casos com o desenvolvimento de nosso trabalho.

4.2 Cenários da intervenção

A presente a realidade da equipe de saúde da USF Água Fria conta com uma população pequena da área metropolitana, muito carente, que fica em área de invasão, com inundações no ano passado, com nível sócio cultural muito difícil, necessitando muito de acompanhamento em saúde. A equipe de saúde da USF está mobilizada frente às propostas de ações interventivas, para organizar o acompanhamento aos usuários hipertensos e pesquisa ativa de usuários hipertensos, ainda sem diagnóstico.

4.3 Estratégias e ações

4.3.1 Organização do registro de acompanhamento dos usuários hipertensos

- Fazer um levantamento de todos os usuários hipertensos;
- Elaborar um arquivo rotativo (nome, endereço, data de última consulta, data de retorno e medicação em uso);
- Realizar levantamento de todos os usuários ausentes às consultas agendadas no final de cada mês e fazer busca ativa dos mesmos;
- Agendar retorno após cada consulta médica e de enfermagem, sendo que o profissional que o atendeu o fará de acordo com sua classificação e periodicidade estabelecida pelo protocolo de hipertensão SMSA, (2009);
- Resgatar todos os usuários faltosos.

4.3.2 Ações de práticas educativas em grupos para facilitar o levantamento de possíveis hipertensos

Serão realizados grupos operativos mensalmente, com temas programados previamente, referentes à prevenção em saúde, tratamento, riscos da hipertensão e estímulo para melhorar os hábitos/estilos de vida, abandonar hábitos inadequados para a saúde. Terá a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, nutricionista,

fisioterapeuta, preparador físico e outros) de acordo com o tema preparado para cada grupo.

- Mensurar a pressão arterial em todos os usuários atendidos pela equipe, independente de ser ou não diagnosticado como hipertenso seja na USF ou em Visita Domiciliária;
- Oferecer informações aos usuários hipertensos e familiares relacionadas ao tratamento, definindo metas e resultados esperados;
- Monitorar o tratamento através de visitas domiciliares e grupos operativos;
- Trabalhar em grupos com participação de familiares, especificamente aqueles usuários que tem dificuldade para tomar seus medicamentos em horários certos;
- Buscar ativamente usuários hipertensos sem diagnóstico entre a população de risco da área de abrangência;

4.3.3 Para rastreamento de pressão arterial

- Verificar a pressão arterial de todo usuário maior de 18 anos que procurar a USF;
- Verificar a pressão arterial média de duas medidas no mesmo dia, estando atento para a medida de circunferência braquial e o tamanho do manguito;
- Orientar o usuário normotenso (com pressão arterial < que 120/80 mmHg) que deverá medir a pressão arterial novamente em até dois anos;
- Orientar o usuário pré-hipertenso (com pressão arterial entre 120/80 e 139/89 mmHg) e sem fatores de risco sobre mudanças de hábitos/estilos de vida e a medir a pressão arterial novamente em um ano. Na presença de fatores de risco a confirmação deverá ser feita em uma semana, assim como também em usuários com leituras anteriores > que 140/90 mmHg;
- Orientar toda a equipe e os usuários em relação aos fatores modificáveis de vida, que contribuem para doenças cardiovasculares: tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, idade maior de 55 para homens e maior de 65 para mulheres, sedentarismo, obesidade, história familiar de doença cardiovascular, microalbuminúrica, fatores psicossociais (estresse, depressão, ansiedade e baixa autoestima). Estes últimos aumentam o risco de agravos e suas complicações, além disso, quanto maior o número de fatores de risco, maior será o risco absoluto para doença cardiovascular.

4.3.4 Sistematização da assistência de enfermagem

- Coletar a história (entrevista), realizar exame clínico, levantar hipóteses diagnóstica e fazer a prescrição de enfermagem;
- Agendar para todo usuário hipertenso no mínimo uma consulta de enfermagem ao ano;
- Agendar para todo usuário hipertenso com riscos maior para doenças cardiovasculares no mínimo duas consulta no ano;
- Realizar grupos operativos aos usuários hipertensos, com participação de toda a equipe de saúde;

5. RESULTADOS ESPERADOS

Pretende-se com a implantação deste projeto de acompanhamento e diagnóstico a usuários hipertensos que inclui ações de promoção e educação em saúde, detecção precoce, tratamento e acompanhamento dos mesmos, inclusive detectar outros fatores de risco para doenças cardiovasculares nesta população residente na área de abrangência. A sensibilidade da equipe, e implantação de protocolo de acompanhamento, diagnóstico e rastreamento do destes usuários, consolidará um conjunto de ações sistematizadas para captar novos casos e ampliar a adesão dos já diagnosticados, se reduzirá a morbimortalidade por hipertensão arterial e suas complicações, a população ganhara em qualidade de vida.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Mai à Out 2014	Nov 2014	Dez 2014	Jan 2015	Fev à Jul 2015	Ag e Set 2015	Ot 2015
Elaboração do Projeto	X						
Aprovação do Projeto		X					
Discussão e planejamento do Projeto junto a Equipe da USF			X				
Identificação da população				X			
Implantação e Operacionalização do projeto					X		
Análise dos resultados						X	
Divulgação dos resultados							X

7. REFERÊNCIAS

- 1- Ribeiro R, C:/meus documentos/SMSA/saúde do adulto/protocolo/protocolos AAS-epidemiologia doc- versão 2003.
- 2- Felipe GF, Abreu RNDC, Magalhães TM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no programa saúde da família. Rev Esc enferm.USP. São Paulo: 2008. 4(42).
- 3- Marcon SS et. al. Comportamento preventivo de servidores da saúde em hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. Ciência Y Enfermeria. 1995. 1 (1), 33-42.
- 4- Oigmam W & Neves MFT. Hipertensão arterial no idoso. Rev Bras Medicina. 1999. 12 (56), 193-206.
- 5- Barbosa PJ, Lessa JAFN, Magalhaes LAMJ. Prevalência de hipertensão arterial sistólica isolada em uma capital brasileira. Rev Bras Hipertens. 2006.

- 6- Zaiture MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandin AL, GoBau MM. Hipertensão em idosos: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas, São Paulo: 2006. Cad Saúde Pública.
- 7- Guimarães, AC et. al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, Arq Bras Endocrinol Metab. São Paulo: 1999. 4(43).
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção a Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: 2001.
- 9- Fisher ND, Willians GH. Hypertension Arterial. Kasper DL, New York: 2005.
- 10- Carreiro OA, Oparil S. Circulation. 101 (3), 35-329, janeiro, 2000.
- 11- Fernández B, Rodrigues JE, Castillo Herrera JA. El centro de investigaciones e referencias de arterioesclerosis. La Habana: 1998. Rev. 17 (2), 11-101.
- 12- Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. SMSA, Belo Horizonte: 2009.
- 13- Matteo MR, et. al. Physicians Characteristics patient adherence top medical outcomes study. Health psychol., 2(12), 93-102,1993.
- 14- Araujo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da Família. São Paulo: 2007. Rev.Saúde Pública. 3 (41).
- 15-Clar MJ, NOJL A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension, identification and control Público. Rev Health Nursing. 6 (17), 452-9, 2000.
- 16- Pereira MR, et. al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007. 10 (3).
- 17- Medel ES. Adherencia al control de los usuarios hipertensos y factores que la influenciam. Ciência y Enfermería. (3), 49-58, 1997.
- 18- Campos EP. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. Folha Med. 2(13), 153-6,1996.
- 19- Araújo TL, et. al. Reflexo da Hipertensão Arterial no sistema familiar. Rev Soc Cardiol. Estado de São Paulo: 1998. 2(8), 1-6.
- 20- Castro VD, Carmen RO. Cotidiano da vida de hipertensos: Mudanças, restrições e reações. Rev. Esc. Enf. USP. 2(43), 145-153, 2000.

21- Cardoso FC, et. al. Módulo 3: planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, coopmed, 2008.