

Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB

Production and record of information in health in Brazil: a descriptive landscape through PMAQ-AB

Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves¹, Luiz Albérico Araújo Montenegro², Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt³

RESUMO Este estudo tem o objetivo de descrever condições de produção e registro das informações geradas nas Unidades Básicas de Saúde, por regiões agregadas e por porte populacional no Brasil. Fez-se uma análise de indicadores do banco de dados gerado pelo ciclo I do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), enfatizando as seguintes dimensões: condições de infraestrutura e informática, educação permanente e processo de trabalho. Encontraram-se diferenças nas variáveis analisadas. Aponta-se um sistema carente de recursos tecnológicos para elaboração de políticas de saúde mais equânimes.

PALAVRAS-CHAVE Sistema de informação em saúde; Saúde da família; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT *The aim of this study is to describe conditions for production and record information engendered on basic unit health in Brazil, by aggregated region and by population size. An analysis of indicators of the database generated by cycle I of the Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) has been made, stressing the following dimensions: infrastructure and informatics conditions, permanent education, and labor process. Differences on the analyzed variables were found. The analysis suggests that the system that needs technological resources for the development of more equitable health policies.*

KEYWORDS *Health information systems; Family health; Primary Health Care*

¹ Mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro, Brasil. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. tecrineves@gmail.com

² Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor Substituto da Universidade Federal Fluminense - (UFF) - Niterói (RJ), Brasil. luiz.montenegro@gmail.com

³ Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. bittencourtsonia@gmail.com

Introdução

A atual configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) responsabiliza e reconhece os entes municipais no planejamento, gestão, avaliação e controle dos serviços e ações de saúde por eles ofertada. Para tanto, faz-se necessário um sistema de informação em saúde capaz de gerar dados precisos e confiáveis que orientem ações resolutivas voltadas às necessidades locais.

O Ministério da Saúde estrutura essa base pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como mecanismo de coleta, processamento, análise de dados e transmissão da informação. O objetivo é diagnosticar as situações de saúde individuais e coletivas de uma população norteando as ações dos profissionais e dos sistemas locais na perspectiva de se tornarem mais efetivos, minimizando desigualdades. Além disto, a apropriação adequada dessas informações é de extrema importância para que o gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos em todos os níveis de atenção do sistema de saúde no País sejam feitos com parâmetros confiáveis.

Com o trabalho desenvolvido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua acentuada expansão, a discussão em torno do montante de dados por elas coletadas impulsionaram a necessidade da criação de um sistema que abrigasse e transformasse esses dados em fonte de informação e assim direcionar de forma mais factual as ações de saúde. Foi criado, então, em 1998 o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), cujo propósito foi de se tornar o instrumento gerencial dos SIS Locais. Para isso teve que incorporar conceitos como: território, problema e responsabilidade sanitária que estão afinados com a proposta de reorganização dos serviços de saúde do SUS a partir da Atenção Básica (AB), distinguindo-se, nesses aspectos, dos demais SIS existentes até então no País.

Sua função é processar os dados

recolhidos pelas equipes multiprofissionais, armazenando-os eletronicamente e desdobrando-os em relatórios. Possui um elenco de indicadores que caracterizam a situação sócio-sanitária, o perfil epidemiológico, a atenção aos grupos de risco e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas localmente. Pode-se considerar que o Siab se transformou numa importante fonte de informações para a realização de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações locais de saúde. Assim, para Barros (2006), com esse instrumento é possível às equipes e gestores realizar o monitoramento das condições e ações objetivas de saúde, em bases mais sólidas para nortear políticas públicas e monitorar a eficiência e eficácia das mesmas.

O Siab produz informações a partir da emissão de relatórios compostos por dados recolhidos pelos diversos instrumentos de coleta das unidades de saúde, advindos de visitas domiciliares realizadas diariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como, do atendimento do médico, do enfermeiro e de outros profissionais de saúde efetuados tanto na unidade como, também, nos domicílios. O suporte de registro desses dados se dá através do preenchimento das fichas de cadastramento - ficha A - e de acompanhamento - ficha B, C e D - nas quais eles são lançados e agrupados nos relatórios de consolidação para análise e utilização por todos os profissionais da AB (RODRIGUES ET AL., 2008).

Desta forma, o Siab não só se apresenta como recurso tecnológico e gerencial, mas também gera reflexão sobre o corpo de suas informações. A análise de seus dados deve ser capaz de fomentar e consolidar uma cultura avaliativa nas três instâncias do SUS. Para que isso ocorra, é necessário, permanentemente, identificar e acompanhar como os dados são coletados, produzidos, transformados em informações e utilizados por aqueles que estão atuando nos serviços de saúde (FELISBERTO, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; SILVA, 2004).

Publicações na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde tratam o Siab

como importante instrumento de planejamento local, porém apontam algumas deficiências com relação ao uso desse sistema (FRANÇA, 2001). São apontadas as seguintes limitações: ele apresenta pouca flexibilidade e número limitado de doenças referidas não comportando dados de diferentes regiões epidemiológicas; falta de treinamento dos profissionais de saúde para a utilização do sistema acarretando na inadequação do preenchimento e falhas na interpretação dos dados; há atraso nas atualizações dos cadastros e dificuldades no entendimento da finalidade desse sistema pelas equipes de saúde; carência de infraestrutura de informática nos municípios, o que dificulta a alimentação e o processamento adequado dos dados (FRANÇA, 2001; SILVA; LAPREGA, 2005).

Marcolino (2008) afirma que de acordo com o manual do Siab todos os dados coletados devem ser periodicamente revisados pelos supervisores das equipes, pois a qualidade dos registros é parte essencial na conformação dos sistemas de informação em saúde. O autor aponta ainda que um processo de capacitação eficaz e dinâmico adequado às necessidades dos profissionais possibilita o aperfeiçoamento profissional e desempenho do trabalho em equipe. É destacada a importância da periodicidade das reuniões de equipe em prazos curtos e a valorização da informação para o planejamento das ações.

Ademais, Radigonda *et al.* (2010) sugerem que as informações contidas no sistema muitas vezes não são utilizadas nem para a avaliação e nem para o planejamento das ações no território por motivos como: ausência de discussão dos dados nas rotinas diárias das equipes de saúde; os profissionais de saúde apresentam dificuldades em entender o significado de preencher os formulários que manejam; o sistema tem um padrão nacional e muitas vezes não atende às especificidades locais dificultando a coleta e uso dos dados; as informações muitas vezes não condizem com a realidade local gerando uma subutilização do sistema de informação da AB; há incorreções

no preenchimento dos formulários.

Para além das questões apontadas acima, Bittar *et al.* (2009), sinalizam a necessidade de uma ampliação de dados sociodemográficos disponíveis no sistema, uma vez que o trabalho da ESF dentro de uma área geograficamente delimitada, preestabelece ações que visem combater os determinantes sociais do processo saúde-doença, controle social e a construção de hábitos saudáveis. A extensão desse conhecimento poderia ser incorporada ao planejamento e ao diagnóstico situacional identificando maior exposição às iniquidades socioculturais e econômicas. Para isso o autor vê a necessidade de estabelecer espaços nos formulários para incluir dados subjetivos tais como: estilo de vida; modo de pensar, atitudes comportamentais e afins, de cada grupo familiar.

Outras pesquisas apontam ainda lacunas no Siab com relação à coleta de dados, ao preenchimento/manuseio das fichas, à capacidade de tomada de decisão por parte dos profissionais e, sobretudo, ao modo de notificação do registro de atividades e procedimentos. Este último pode gerar inúmeras implicações no campo da gestão local do SUS como a má aplicação de recursos, e um planejamento aquém do desejado no campo da prevenção e promoção da saúde (BARBOSA; FOSTER, 2010).

Davenport (1998) concebe sistema de informação como processo de produção de informação e sua comunicação a atores, possibilitando sua análise com vistas à geração de conhecimento. Trata-se de um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, recupera e apresentam dados, gerando informações para usos diversos. Aponta que independente da grande disponibilidade de informações e dos aparatos tecnológicos envolvidos nesse processo são as pessoas que os utilizam e, por intermédio e responsabilidade delas que o sentido das informações geradas é apresentado. Ou, dentro de uma visão mais pragmática, como afirmado por Viacava (2002), o SIS pode ser

entendido como um instrumento utilizado para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde.

Diante do exposto, esse trabalho tem por objetivo descrever algumas condições de produção e registro das informações em saúde por regiões agregadas e por porte populacional no Brasil com base em indicadores do banco de dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo I. A partir dessa descrição, disponibilizar um panorama nacional de alguns parâmetros relativos a processos de registro e gestão da informação e poder repensar investimentos necessários para essa área no País.

PMAQ-AB e o banco de dados

O PMAQ-AB foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria N° 1654 de 19 julho de 2011 no contexto da estratégia Saúde Mais Perto de Você, de âmbito nacional, tendo como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O programa foi organizado em quatro fases complementares que funcionam como um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização (BRASIL, 2011).

Foram incluídas no processo de avaliação externa, equipes de AB que tiveram o pedido de adesão ao PMAQ-AB homologado e publicado na Portaria 2.812 de 29 de novembro de 2011 do MS. O instrumento utilizado para a realização da avaliação externa foi organizado em três módulos: I, II e III (BRASIL, 2011). Cada módulo trazia uma especificidade:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS): infra-estrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. Esta parte representa o censo de todas as UBS no território nacional.

Módulo II - Entrevista com o profissional

de nível superior, integrante de equipe de AB, que aderiu de forma voluntária a avaliação externa. Além disso, realizou-se verificação de documentos na UBS que comprovassem informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário.

Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e percepção destes quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

O banco de dados é componente da Avaliação Externa, composto pelos três módulos de coleta. As informações derivadas do módulo II são representativas apenas para as equipes de AB que aderiram voluntariamente ao programa, não retratando o total das equipes de AB existentes no País, o que representou 51% das equipes cadastradas pelo MS no ano de 2012. As do módulo III são o resultado das entrevistas de quatro usuários por equipe de AB/saúde da família, que por razões metodológicas não serão utilizadas no presente estudo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, com parecer n° 32.012 em 06/06/2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa a partir da análise das variáveis dos módulos I e II do banco de dados resultante da fase avaliação externa do primeiro ciclo PMAQ-AB como descrito acima. Segundo Samaja (1993), as teorias descritivas apresentam como valores conceitos classificatórios, comparativos, métricos e outros.

Segundo Fausto e Souza Junior (2013), o banco de dados contabilizou ao final da avaliação externa 17.202 equipes de saúde da família, que atuam em 14.111 UBS, presentes em 3.944 municípios brasileiros. Salienta-se que as equipes avaliadas corresponderam a 51% das

equipes implantadas no território nacional.

Para alcançar os propósitos desse artigo utilizou-se algumas variáveis dos módulos I e II, relacionadas às condições estruturais de informática das UBS e da cultura informacional contextualizada à equipe de saúde da família dessas unidades, e com elas constituir o panorama temporal da produção e registro das informações em saúde no cenário brasileiro.

No módulo I, em que constam variáveis referentes à estrutura de informática e de insumos para coleta de dados pelas equipes, elaboramos as categorias: Estrutura Informacional e Material de Suporte de Registros. Para a categoria Estrutura Informacional selecionamos as variáveis: tem computador na unidade? Há pelo menos um em funcionamento? Tem acesso a internet? Essas perguntas só poderiam ser respondidas com sim ou não ou não sei. Neste trabalho agregamos as opções não e não sei.

Quanto à categoria Material de Suporte de Registro selecionamos as variáveis que correspondiam à disponibilidade das fichas: A – Cadastramento das Famílias; B – Grupos prioritários de acompanhamento domiciliar que são: BGES de gestantes, BHA de hipertensos, BDIA de diabéticos, BTB de tuberculose, BHANS de hanseníase; C – Acompanhamento de crianças (cartão da criança); D – Registro de atividades, procedimentos e notificação de agravos do Sinan; requisição de exames citopatológicos como, também, os relatórios da situação de saúde e acompanhamento das famílias Situação de Saúde e Acompanhamento (SSA2) e relatório de marcadores para avaliação, isto é, eventos mórbidos que devem ser notificados Produção de Marcadores para Avaliação (PMA2). No instrumento de avaliação externa foram verificadas se elas estão sempre disponíveis, parcialmente disponíveis, ou nunca disponíveis. Para análise neste estudo os dois últimos valores foram agregados.

No módulo II, foram incluídas variáveis referidas a reunião de equipe e a troca de informações contínua sobre monitoramento e análise

dos indicadores produzidos na unidade, sendo essas: há realização de reunião de equipe? Que periodicidade, semanal, quinzenal, mensal e sem definição? A equipe de AB realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde? A equipe recebe apoio da gestão para discussão dos dados e monitoramento do Siab? A escolha dessas variáveis se deu por reconhecer que uma das atribuições da equipe é realizar reuniões a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis no sistema, nas fichas e nos relatórios de forma que as demandas sejam atendidas o mais rápido possível. As opções de respostas para todas as questões foram: sim, não, não sei, não respondeu. Para fins do estudo agregaram-se as três últimas opções de resposta.

Para composição e análise das *tabelas* oriundas do banco de dados do PMAQ-AB utilizou-se o *software* IBM SPSS versão 21. A análise compreendeu a distribuição de frequência relativa das variáveis estudadas de acordo com as respostas dadas pelos entrevistados tanto no censo como as das equipes de saúde da família certificadas.

A pesquisa se deu no âmbito do território nacional, sendo a amostra estratificada segundo três grandes regiões do País: Norte/Nordeste; Sul/Sudeste; Centro-Oeste e por porte populacional: Pequeno (até 20.000 hab.); Médio (de 20.001 a 200.000 hab.); Grande (mais de 200.001 hab.).

Resultados e discussão

Estrutura informacional da UBS

ESTRUTURA DE INFORMÁTICA E ACESSO À INTERNET NA UBS

Na *tabela 1*, do total das unidades básicas visitadas, 64% dispunham de computador, destas 98,3% declararam ter pelo menos um

computador em uso, porém apenas 45,1% possuem acesso à internet. Quanto à disponibilidade de computador, os melhores resultados foram observados nos municípios de grande porte do Centro-Oeste 87,5%, seguidos pelos do Sul/Sudeste 84%. Quanto à disponibilidade de computador,

os melhores resultados foram observados nos municípios de grande porte do Centro-Oeste 87,5%, seguidos pelos do Sul/Sudeste 84,7%. Para essa região é importante destacar que este percentual é menor para as equipes dos municípios de menor porte.

Tabela 1. Frequência relativa da disponibilidade de computador e acesso à internet das Unidades Básicas de Saúde segundo grandes regiões e porte populacional. Brasil, 2012

Região	Porte populacional*	Disponibilidade de computador	Pelo menos um computador em uso	Acesso à internet
		%	%	%
Norte e Nordeste	Pequeno (n=2114)	35,1	96,0	18,4
	Médio (n=2585)	30,2	96,2	12,6
	Grande (n=1192)	62,0	96,2	37,3
Sul e Sudeste	Pequeno (n=1643)	81,3	98,5	66,6
	Médio (n=2473)	83,4	99,0	62,4
	Grande (n=390)	84,7	99,3	67,0
Centro - Oeste	Pequeno (n=390)	77,2	99,0	59,2
	Médio (n=340)	75,9	98,8	53,5
	Grande (n=208)	87,5	98,9	45,2
Brasil (n=13.843)		64,0	98,3	45,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

*Porte populacional P (pequeno) - (até 20.000 hab.)

Porte populacional M (médio) - (de 20.001 a 200.000 hab.)

Porte populacional G (grande) - (mais de 200.001 hab.)

No que diz respeito a ter pelo menos um computador em uso, essa variável apareceu de maneira homogênea inter e intra regiões. Nota-se, ainda na *tabela 1*, unidades básicas com acesso à internet foram mais frequentes no Sul/Sudeste com pouca variação por porte populacional. Situação diferente à observada no Norte/Nordeste, que além de

apresentar as coberturas mais baixas do País, estas variaram bastante segundo o porte populacional.

De forma geral, os dados apontam a necessidade de maiores investimentos na estrutura de informática nas UBS. É inegável o potencial das ferramentas computacionais na estrutura, organização e funcionamento

dos sistemas e serviços de saúde. Sua utilização além de agilizar o armazenamento das informações em nível local, possibilita aos profissionais das unidades consultarem de maneira dinâmica assuntos relevantes para suas práticas, auxiliando-os na reorganização do processo de trabalho, nas tomadas de decisões, na assistência aos usuários, bem como nos processos de referência e contra-referência. Quanto ao acesso a internet, deve-se considerar que o estudo não possibilitou averiguar qual o tipo existente, banda larga ou discada.

Disponibilidade das fichas do Siab por regiões agregadas no Brasil

A *tabela 2* mostra a disponibilidade das fichas do Siab por regiões agregadas no Brasil. A ficha C (acompanhamento de crianças), foi a menos disponível 58,5% entre as fichas analisadas no território nacional, variando de 48,8% a 56,2% entre as unidades dos municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste. Nos municípios de grande porte na região Sul/Sudeste a faixa de disponibilidade variou de 61 % a 66,1%.

Em seguida, a ficha com menor disponibilidade em território nacional, foi a B-Hans (73,1%), variando de 56,1% das equipes dos municípios de pequeno porte a 87,8% dos de grande porte do Norte/Nordeste, seguida pela B-TB que apresenta taxas de 75% variando também de 59,0% dos municípios de pequeno porte no Norte/Nordeste a 82,2% nos municípios de grande porte. Nos dois casos as menores taxas ocorreram em municípios de pequeno porte dos valores agregados das três grandes regiões do Brasil.

Os relatórios SSA2 e as requisições e resultados de exames citopatológicos foram as mais disponíveis, com 91,1%, seguidos pela PMA2 com 89,9%. Ressalta-se que, para essas três fichas, as menores disponibilidades

foram declaradas nas unidades dos municípios de pequeno porte, pertencentes à região Norte/Nordeste.

Novamente observa-se o mesmo padrão, as melhores disponibilidades das fichas elencadas no estudo, estão nas unidades de saúde dos municípios de grande porte populacional em comparação com os de pequeno e médio porte. Com exceção apenas para o relatório PMA2, em que a disponibilidade entre as unidades de municípios de médio porte das regiões Sul/Sudeste, foi acima dos de grande porte. O panorama apresentado acima demonstra preocupação no tocante à disponibilização de algumas fichas que constituem o instrumento de coleta. A ficha C presta-se ao acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos. Sua baixa disponibilidade pode indicar subnotificações. Ou como apontam Marcolino e Schochi (2010), os dados podem estar registrados fora das fichas padrão. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de mortalidade infantil vem caindo nos últimos anos. Apesar da melhora, o resultado apontado no Brasil ainda está aquém do verificado em países desenvolvidos, onde esta taxa situa-se em torno de cinco óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos em 2012. A falta ou a falha no registro de dados específicos dessa natureza pode suscitar subnotificações, erros na detecção de fatores de risco para morbimortalidade infantil, comprometendo a interpretação causal do seu surgimento e, nas estratégias de assistência e prevenção realizadas pelas equipes no acompanhamento do crescimento dessas crianças. Torna-se importante, então, o desenvolvimento de estudos que analisem a sugestão dessas hipóteses.

As fichas do grupo B são utilizadas para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários como gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. No caso das gestantes estas recebem uma carteira com as informações atualizadas

sobre sua gestação, assim a ficha B e a carteira podem garantir o vínculo com o profissional de saúde na UBS, e também servirá de elo entre o serviço que prestou assistência pré-natal e o hospital (FESCINA, 2007; BRASIL, 2006). Pelos resultados encontrados, verifica-se que as menores porcentagens (73,7%) estão nos municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste, estando os de grande porte da mesma região com melhores resultados (92,9%).

As fichas relativas ao atendimento de pré-natal contêm informações do acompanhamento da gestante, assim essas fichas, também chamadas de prontuário da AB, aliadas ao cartão da gestante são utilizadas rotineiramente no Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumentos de registro do seguimento da gestante. Para essas fichas os índices para todas as regiões aumentam de acordo com o porte populacional, ficando os menores índices nacionais na região Sul/Sudeste sendo 79,1% nos de pequeno porte; 82,7% nos de médio porte e 90,2% nos de grande porte. O maior índice encontra-se nos municípios de grande porte da região Centro-Oeste 94,2%.

No tocante as fichas B-HAS e B-DIA, estas dizem respeito ao acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e o diabetes mellitus. São de fundamental importância na UBS, pois são doenças crônicas, que quando não acompanhadas por profissional de saúde podem se agravar e ter como desfecho amputações de membros e infartos, repercutindo negativamente na qualidade de vida (ROCHA, 2010). Nacionalmente, constatou-se que 85,2% das UBS dispunham das fichas B-DIA e 83,7% das fichas B-HAS, estando os municípios da região Sul/Sudeste com melhores

percentuais em todos os estratos populacionais e os piores percentuais são verificados nos municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste.

No momento da pesquisa a situação das fichas D em termos nacionais foi de 85,8% não havendo grandes variações entre as regiões, ficando a região Norte/Nordeste nos municípios de pequeno porte com os menores índices e os de grande porte com os melhores índices. Essa ficha é utilizada para o registro diário das atividades e procedimentos realizados por todos os profissionais da equipe de saúde, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Sua utilização permite um consolidado das atividades executadas diariamente pela equipe.

Os percentuais apresentadas na *tabela 2* com relação às fichas B-Hans (hanseníase) mostram que em 73,1% das UBS estão disponíveis, chama atenção os municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste em que foram encontradas em 56,1%. De acordo com o MS, áreas do Brasil que concentram mais casos de hanseníase são as cidades com mais de 100 mil habitantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além da baixada fluminense, das regiões metropolitanas de São Paulo e Belo Horizonte e o norte de Minas Gerais. A indisponibilidade dessas fichas, principalmente na região Norte/Nordeste, causa preocupação por se tratar de uma doença infecciosa de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante físico, assim é muito importante que as áreas apontadas pelo MS sejam sempre monitoradas pelas autoridades sanitárias.

Tabela 2. Frequência relativa da disponibilidade de fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica segundo grandes regiões e porte populacional. Brasil, 2012

Fichas do Siab	Região									
	Norte e Nordeste			Sul e Sudeste			Centro-Oeste			Brasil
	Porte populacional									
	P (n=2114) %	M (n=2585) %	G (n=1192) %	P (n=1643) %	M (n=2473) %	G (n=2897) %	P (n=390) %	M (n=340) %	G (n=208) %	(n=13.843) %
A	75,6	85,2	89,6	89,8	94,2	91,1	87,2	89,7	90,9	87,8
B-GES	73,7	85,3	92,2	84,5	90,4	90,9	79,0	83,5	85,6	85,9
B-HA	70,9	82,6	88,3	82,5	88,6	89,1	79,5	82,4	86,1	83,7
B-DIA	72,6	84,8	89,8	83,4	90,4	90,3	80,3	84,1	85,6	85,2
B-TB	59,0	73,8	89,5	74,6	78,4	83,3	66,9	74,1	82,2	75,7
B-Hans	56,1	71,2	87,8	71,3	75,9	79,5	68,5	74,4	83,2	73,1
C	48,8	57,9	62,1	55,2	59,2	66,1	56,2	58,5	61,5	58,5
D	80,9	86,9	92,4	81,8	87,4	87,0	82,1	85,9	88,9	85,8
SSA2	86,8	92,3	95,1	89,8	93,2	91,1	87,4	90,9	91,3	91,1
PMA2	86,0	91,5	94,5	87,0	91,8	90,0	86,9	89,7	90,9	89,9
Notificação e investigação de agravos do Sinan	81,6	88,9	92,9	83,2	97,8	91,8	86,2	89,4	93,8	87,9
Requisição e resultado de exame citopatológico (Siscolo)	84,1	90,3	82,6	91,4	93,9	93,9	87,9	89,7	95,2	91,1
Atendimento pré-natal	87,9	92,9	93,8	79,1	82,7	90,2	87,7	91,5	94,2	88,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

*Porte populacional P (pequeno) - (até 20.000 hab.); Porte populacional M (médio) - (de 20.001 a 200.000 hab.); Porte populacional G (grande) - (mais de 200.001 hab.)

Em relação à ficha B-TB (tuberculose), encontramos 24,30% dessas fichas indisponíveis no território nacional. Quando analisados por região os municípios de pequeno porte em todas as regiões apresentam os menores percentuais, sendo a região Norte/Nordeste com o menor valor 59%. Segundo o MS, o Brasil reduziu em 3,54% os casos de tuberculose no País. Apesar dos avanços, a doença ainda preocupa as autoridades de saúde por representar a quarta causa de óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com Aids no País.

O Relatório SSA2 consolida informações

sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de um território. Trata-se do consolidado de acompanhamentos e assistências executadas mensalmente. É um instrumento em que os profissionais da equipe podem discutir e avaliar suas ações na microárea de atenção. A região Norte/Nordeste apresenta os menores e maiores percentuais nacionais, ficando os municípios de menor porte com 86,8% e de maior porte com 95,1%.

O Relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de

doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, sendo estes eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, em médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita. Os dados necessários ao seu preenchimento são constantes das fichas D e dos relatórios SSA2. Seus percentuais apontam semelhança aos resultados encontrados em relação a dos relatórios SSA2, em que os maiores e menores percentuais nacionais se encontram na região Norte/Nordeste, ficando os municípios de pequeno porte com 86% e de grande porte com 94,5%.

O Sinan constitui a principal base para o cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais do País, que podem ser administrados diretamente pelas UBS, quando estas dispõem de computadores e acesso à internet, ou encaminhados para secretaria municipal/estadual de saúde e em seguida para a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. A disponibilidade dessas fichas ficou bem evidenciada na região Centro-Oeste, nos três portes populacionais verificados, quando comparada as demais regiões. Os municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste apresentam os percentuais mais baixos 81,6%.

De acordo com Girianelli, Thuler e Silva (2009) o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), destina-se ao armazenamento de dados sobre identificação da mulher, informações demográficas, epidemiológicas e dos exames citopatológicos e histopatológicos realizados no SUS. O Siscolo possibilita que as coordenações dos programas municipais e estaduais de saúde acompanhem as mulheres com resultados dos exames alterados. De acordo com os achados, 91,1% das UBS em termos nacionais dispõem da ficha referente ao exame. Embora os melhores índices sejam verificados nos municípios de grande porte da região Centro-Oeste (95,2%), verifica-se uma menor variação intra-regional na região Sul/Sudeste ficando os municípios de médio e grande porte com os mesmos percentuais

(93,9%). Já os municípios de pequeno porte da região Norte/Nordeste apresentam os menores índices (84,1%).

Monitoramento, análise e apoio da gestão sobre os indicadores do Siab

Ao questionar se há monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde os municípios da região Norte/Nordeste apresentam os maiores valores e também tendência de homogeneidade para todos os portes, com percentuais obedecendo a um pequeno padrão de crescimento segundo o porte, sendo os valores relativos a 80,9%, 81,6% e 84,1%, ficando mais próximos do valor nacional de 80,9%. Destaca-se nesta variável que apenas os municípios de grande porte da região Sul/Sudeste apresentam percentuais superiores ao da região Norte/Nordeste com 86,5%. Já os municípios de grande porte da região Centro-Oeste apresentaram os menores percentuais com 61,9%.

Os achados da *tabela 3* sugerem preocupação por grande parte das equipes no monitoramento dos dados coletados. É fundamental que as informações geradas pelas equipes sejam analisadas de maneira compartilhada na tentativa de solucionar, minimizar ou evitar eventuais problemas, auxiliando as equipes em seus processos de trabalho, pois como afirmam Colomé e Lima (2006) é necessário um esforço conjunto das equipes no planejamento e implementação das ações de saúde.

Além disso, intui-se uma conexão com o campo da educação permanente vislumbrado por Ceccim (2005) como forma de excelência para qualificação profissional através da análise cotidiana do trabalho em saúde, pois é permeabilizada pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das atividades desenvolvidas por equipes de saúde segundo grandes regiões e porte populacional. Brasil, 2012

Região	Porte populacional*	Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	A poio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do Siab
		% (n)	% (n)
Norte e Nordeste	Pequeno	80,9 (1825)	78,5 (1770)
	Médio	81,6 (2637)	77,9 (2517)
	Grande	84,1 (938)	71,7 (800)
Sul e Sudeste	Pequeno	76,2 (2124)	74,7 (2082)
	Médio	79,4 (2524)	74,9 (2380)
	Grande	86,5 (3049)	80,9 (2850)
Centro - Oeste	Pequeno	77,6 (325)	75,4 (316)
	Médio	77,2 (328)	75,8 (322)
	Grande	61,9 (164)	50,2 (133)
Brasil		80,9 (13914)	76,6 (13170)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

*Porte populacional P (pequeno) - (até 20.000 hab.); Porte populacional M (médio) - (de 20.001 a 200.000 hab.); Porte populacional G (grande) - (mais de 200.001 hab.)

Para os que responderam não realizar monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde (19,1% em termos nacionais), estes podem estar em sintonia com os achados de pesquisa de Marcolino e Scochi (2010) sobre o uso do Siab em uma UBS de Maringá, em que sugerem que os profissionais não valorizam os registros das atividades de sua competência, visto que grande parte deles não faz o registro diário.

Quanto ao apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do Siab, percebem-se maiores índices de forma geral e homogênea nos municípios de pequeno e médio porte em todas as regiões com padrões semelhantes ao nacional (76,6%). A exceção ficou por conta dos municípios de grande porte da região Sul/Sudeste que tiveram maior percentual 80,9%. Já os de grande porte da região Centro/Oeste ficaram com menor percentual entre todos os extratos 50,2%.

O apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do Siab é de fundamental importância, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), este sistema disponibiliza indicadores sociais, permitindo aos gestores municipais a obtenção de dados sociodemográficos das áreas de cobertura da ESE, que só estão disponíveis neste nível de desagregação. Isso pode conduzir a um processo de gestão municipal com maior articulação intersetorial, promovendo um cuidado integral em saúde e maior agilidade no processo de trabalho. Embora os números apontem para um maior ou menor apoio da gestão, não é possível averiguar como se dá esse apoio. O que podemos inferir é que investimentos na capacitação dos profissionais das equipes tornam-se fundamentais para que estes possam não apenas coletar os dados, mas que possam ser capazes de interpretar, avaliar e atuarem de forma mais resolutiva.

O funcionamento adequado dos sistemas

de informação requer um aparato tecnológico, além de insumos disponíveis para seu efetivo manuseio. As ferramentas tecnológicas são fundamentais no armazenamento dos dados e na busca otimizada por informações capazes de auxiliar os profissionais de saúde em todas as etapas da assistência. Nesse sentido, dotar as UBS de computadores e acesso à internet pode trazer racionalidade nos serviços e de recursos humanos.

É papel do ente municipal disponibilizar esses instrumentos de maneira permanente para que o processo de trabalho não seja prejudicado em qualquer de suas etapas. A ausência de qualquer insumo analisado pode prejudicar a dinâmica na assistência e pode levar a equívocos epidemiológicos que reverberam no planejamento das ações e avaliação das necessidades locais de saúde.

O possível desconhecimento de profissionais acerca da importância da coleta adequada dos dados da população sob sua responsabilidade pode gerar dúvidas quanto à sua real utilidade, encarando-a como instrumento burocrático de trabalho. O adequado monitoramento e análise dos indicadores requerem uma cultura epidemiológica permanente.

Há necessidade de maiores investimentos na capacitação das equipes no tocante a redimir possíveis equívocos na coleta, interpretação e utilização de forma coerente das informações coletadas pelas próprias equipes.

É importante que os gestores locais comunguem da mesma ideia e que subsidiem as equipes sob sua responsabilidade através de programas de capacitação permanente quanto ao uso da informática e da importância dos dados coletados.

Realização de reunião de equipe e sua periodicidade

Mediante a *tabela 4*, quase que a totalidade das equipes 98,2% afirmou que realiza reuniões. Esta variável apresentou-se de maneira homogênea para todos os portes populacionais e em todas as regiões brasileiras. Entretanto, ao analisar-se a periodicidade dessas, evidenciou-se heterogeneidade. De um modo geral, apresenta-se maior frequência de realização de reuniões semanais no território nacional (42,6%), seguidas da quinzenal (18,8%) e mensal (28,2%).

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa da realização de reunião de equipe e sua periodicidade segundo grandes regiões e porte populacional. Brasil, 2012

Região	Porte populacional*	Realiza reunião de equipe	Periodicidade			
			Semanal	Quinzenal	Mensal	Sem definição
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Norte e Nordeste	Pequeno	97,5 (2200)	15,0 (331)	22,8 (502)	50,5 (1111)	11,5 (252)
	Médio	98,8 (3193)	22,1 (706)	23,6 (754)	42,8 (1368)	11,3 (362)
	Grande	98,4 (1097)	52,4 (575)	19,8 (217)	20,6 (226)	7,1 (78)
Sul e Sudeste	Pequeno	96,7 (2697)	27,0 (729)	20,2 (545)	35,7 (962)	16,9 (457)
	Médio	98,7 (3136)	51,8 (1624)	19,3 (604)	19,2 (601)	9,8 (306)
	Grande	99,3 (3500)	80,8 (2828)	10,8 (378)	4,5 (157)	3,9 (135)
Centro - Oeste	Pequeno	94,7 (397)	25,7 (102)	13,1(52)	41,8 (166)	19,1 (76)
	Médio	96,9 (412)	28,6 (118)	25,0 (103)	34,7 (143)	11,4 (47)
	Grande	98,9 (262)	71,0 (186)	10,3 (27)	14,5 (38)	4,2 (11)
Brasil		98,2 (16894)	42,6 (7199)	18,8 (3182)	28,2 (4772)	10,2 (1724)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

*Porte populacional P (pequeno) - (até 20.000 hab.); Porte populacional M (médio) - (de 20.001 a 200.000 hab.); Porte populacional G (grande) - (mais de 200.001 hab.)

Quando estudados por porte populacional, os municípios de grande porte demonstraram ter maior frequência semanal, ficando a região Sul/Sudeste com melhores percentuais (80,8%), seguida da região Centro-Oeste (71,0%) e Norte/Nordeste (54,4%). Há uma tendência crescente de realização de reuniões semanais seguindo o porte populacional para todas as regiões analisadas. Estes municípios também demonstram menores percentuais na variável sem definição da frequência de realização, crescendo este percentual quando se diminui o porte populacional em todo o País.

Os municípios de médio porte apresentam maior frequência quinzenal, destacando-se a região Centro-Oeste (25,0%) como a mais frequente para este variável, seguida da região da região Norte/Nordeste (23,6%), e Sul/Sudeste (19,3%). Analisando os municípios de pequeno porte, verifica-se que na região Centro-Oeste apresenta o pior percentual (13,1%).

Nos municípios de pequeno porte populacional a frequência de reuniões mensais em todas as regiões estudadas apresentaram os melhores percentuais, ficando a região Norte/Nordeste com 50,5%, a região Centro-Oeste com 41,8% e a região Sul/Sudeste com 35,7%. Já para municípios de médio porte houve uma queda na frequência indo de 42,8% no Norte/Nordeste, 19,2% Sul/Sudeste e 14,5% Centro-Oeste. Nos de grande porte populacional, os números relativos aos municípios do Sul/Sudeste somam 41,8%, no Norte/Nordeste, 20,6% e na região Centro-Oeste 14,5%.

A reunião de equipe é o momento de encontro dos seus membros para o planejamento, organização, análise e avaliação crítica dos processos de trabalho. A periodicidade da realização dessa reunião está atrelada ao modelo de gestão instituído na unidade de saúde, responsável por direcionar a forma de conceber o processo de trabalho. Alguns modelos de gestão estão focados no cumprimento de metas. Neles, a avaliação dos profissionais se

dá pelo quantitativo de procedimentos realizados e pela produtividade, não havendo espaço dialógico para refletir sobre suas práticas nem sobre o processo de trabalho sujeito ao modelo por produtividade, causando, muitas vezes, problemas nas relações entre os gestores e os profissionais de saúde.

Há também que se levar em consideração as diversas configurações geográficas, sociais, culturais e étnicas das regiões onde as UBS estão instaladas, pois estes fatores implicam na definição da periodicidade das reuniões. Oliveira, Gonçalves e Pires (2011) apontam UBS e comunidades que para serem acessadas pelos profissionais levam-se muitos dias impossibilitando reuniões com mais frequência.

Conclusões

As descrições realizadas nesse artigo apontam para necessidade de maiores investimentos na estrutura informacional das UBS, pois o panorama nacional demonstra que apenas 64,0% das UBS com disponibilidade de computador. Destas, 45% dispõem de acesso à internet. Esses instrumentos são fundamentais para o funcionamento adequado do sistema de informação que requer aparato tecnológico e de insumos disponíveis para seu efetivo manuseio. Também é imprescindível que todos os suportes de registros sobre as doenças, cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, sejam sempre supervisionados. Devem ser checados e analisados pelos profissionais de saúde, no sentido de aprimorar a construção de indicadores e nortear com mais eficácia e eficiência a alocação de recursos para as ações de prevenção e controle dos agravos no País. O processo de capacitação das equipes no manuseio desses instrumentos pode trazer racionalidade e reflexão crítica no processo de trabalho em todas as etapas da assistência, bem

como facilitar o planejamento, a avaliação e o gerenciamento do processo de trabalho comprometido com as realidades locais. As reuniões de equipe devem ser incentivadas pela gestão local, pois através destas pode-se checar os dados epidemiológicos e agilizar as soluções, evitando-se agravamento dos quadros de saúde da população adscrita.

Com a Estratégia Saúde da Família em

expansão no Brasil, tornam-se imprescindíveis investimentos nesta área, assim como estudos que analisem de maneira mais detalhada os diversos cenários aqui contextualizados de forma agrupada.

Agradecemos a Katherine Knurt, bolsista Pibic pelo apoio no processamento dos dados e elaboração das tabelas. ■

Referências

BARBOSA, D.C.M.; FOSTER, A.C. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto. *Cadernos de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, 2010, p. 424-33.

BARROS, A. J. D. São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out./dez. 2006, p. 872-874.

BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília; v. 62, n. 3, p. 447-50, maio/jun. 2009.

BITTAR, T.O. et al. Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. *Revista da Faculdade de Odontologia*. Fortaleza, v. 14, n. 1, 2009, p. 77-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de Implantação do Sistema e-sus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Documento que institui o

PMAQ e o financiamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *STAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-167, set. 2004/fev. 2005.

DAVENPORT, T. *Ecologia da informação*: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 1998.

FAUSTO, M.C.R.; SOUZA JÚNIOR, P.R.B. Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção Básica e censo das Unidades Básicas de Saúde no âmbito do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Mimeo, 2013.

FELISBERTO, E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FESCINA, R. Saude sexual y reproductiva: guías para el continuo de atencion de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

FRANÇA, T. *Sistema de Informação em Atenção Básica*: um estudo exploratório. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GIRIANELLI, V.R.; THULER, L.C.S.; SILVA, G.A. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. *Revista Saúde Pública* [internet]. v. 43, n. 4, p. 580-588, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2014.

MARCOLINO, J. S. Informação e saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das equipes de saúde da família. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2008.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 35-45, jan. 2011.

RADIGONDA, B. et al. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua Utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 12, n. 1, p. 38-47, dez. 2010.

ROCHA, A. A Importância do Hiperdia na Redução dos Agravos em Pacientes Cadastrados no PSF IV, do Município de Barreiras-BA, e a significância do Profissional de Enfermagem neste Programa [internet]. *PROBEX*, 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

RODRIGUES, C. G. et al. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. CEDEPLAR. 2008. Disponível em: <http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/index.php?option=com_content&view=article&id=570&Itemid=428&limitstart=1>. Acesso em: 12 abr. 2014.

SAMAJA, J. *Epistemología y metodología*: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1993.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e de sua implementação na região de Ribeirão Preto, *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo. v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, C. A. B. Os dez anos do Programa de Saúde da Família – PSF. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*. Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 97-98, 2004.

VIACAVAL, F. Informação em saúde: importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve