

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Clara Raquel Battisti¹, Ioná Carreno², Daniel Granada Da Silva Ferreira³, Glademir Schwingel⁴, Eduardo Périco⁵, Jéssica Mazutti Penso⁶, Paola Belé⁷, Luis Felipe Pissaia⁸, Franciele Mattei⁹

Resumo: O objetivo deste artigo é verificar as atividades realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do interior do Rio Grande do Sul. O estudo configura-se como transversal, a partir de dados extraídos do Sistema de Informações de Atenção Básica (Siab) de Lajeado/RS, organizados em planilha Excel e analisados no programa SPSS. As variáveis avaliadas foram as consultas de enfermagem e médicas e os procedimentos realizados. Observou-se aumento da demanda de consultas médicas de 2011 para 2012, os atendimentos da ESF a hipertensos foram maiores do que aos diabéticos e houve aumento dos procedimentos de enfermagem e aplicações realizados pela equipe da ESF no período analisado. Neste estudo, foi possível perceber a demanda de atividades das equipes de saúde, com o intuito de melhorar as ações de saúde, beneficiando o atendimento na Rede de Atenção Básica.

Palavras-chave: Sistemas de informação em saúde. Saúde pública. Políticas públicas de saúde. Estratégia de saúde da família.

1 Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

2 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs) – Porto Alegre/RS, Brasil. Orientadora do artigo. Docente do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

3 Doutor em Etnologia e História pela Université de Paris Ouest Nanterre La Défense/University of Essex. Docente do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

4 Doutor em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) – São Leopoldo/RS. Docente do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

5 Doutor em Ecologia pela Universidade de São Paulo (USP/SP), Brasil. Docente do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

6 Enfermeira pelo Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS. Bolsista Capes. Discente do curso de Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento no Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

7 Acadêmica do curso de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

8 Acadêmico do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

9 Enfermeira pelo Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como fundamento a reorganização da Atenção Básica no Brasil de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde (MS) e os gestores estaduais e municipais, estes representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), têm como estratégia a expansão, a qualificação e a consolidação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). O PNAB tem como objetivo favorecer o processo de trabalho conforme os princípios, as diretrizes e os fundamentos da Atenção Básica, assim como ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

A ESF é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo-se acrescentar a essa composição outros profissionais de saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir o total da população cadastrada com, no máximo, um ACS a cada 750 pessoas e de 12 ACS por ESF. Cada equipe da Estratégia Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe seja adequado considerando o grau de vulnerabilidade das famílias, ou seja, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe de ESF (BRASIL, 2011).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico-tecnológico na área da saúde tem ocorrido de forma acelerada, e muitos investimentos têm sido realizados pelos governos federal, estadual e municipal (MATIDA; CAMACHO, 2004). Dentre as tecnologias, destaca-se o Sistema de Informações de Atenção Básica (Siab), que foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs), para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas na Atenção Básica. O Siab foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território e responsabilidade sanitária, de acordo com a reorganização do SUS no país (BRASIL, 2008).

O Siab é um sistema de informações que utiliza fichas de cadastramento e de acompanhamento, sendo analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados obtidos. Dentre as fichas que compõem o Siab, a ficha D fornece informações do registro diário das atividades e procedimentos realizados pela equipe da ESF, além da notificação de doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático (BRASIL, 2003). A partir da análise das informações do Siab, os resultados geram indicadores das condições de saúde e de vida da população (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

O Siab permite a visualização dos perfis epidemiológico e sanitário da população de sua área de abrangência, oferecendo diagnóstico da situação de saúde e, mesmo diante das fragilidades do sistema, deve-se reconhecer o seu valor. Há potencialidades relacionadas ao Siab que precisam ser destacadas, pois ele é considerado um importante Sistema de Informação da Saúde. Além de facilitar a coleta de dados da população cadastrada na ESF, os dados podem e devem ser utilizados para planejamento das ações de saúde (CARRENO et al., 2015).

A busca de indicadores que tenham o propósito de quantificar as informações de atendimento da população é, portanto, uma etapa importante e imprescindível para planejar ações em saúde. Conhecer as principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada comunidade, os grupos mais vulneráveis, as faixas etárias mais atingidas, os riscos mais relevantes e os mecanismos efetivos de controle para cada caso auxilia a gestão municipal e as equipes de saúde na melhoria da atenção integral à população (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Assim, o objetivo deste estudo é verificar as atividades realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Sul. A partir dessa análise, é possível auxiliar a gestão municipal por meio do planejamento de *ações em saúde e sua execução, conforme a realidade local, visando à melhoria da qualidade de saúde e de vida da população*, assim como o processo de trabalho da equipe da ESF.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo trata-se de estudo transversal, descritivo-exploratório, quantitativo e retrospectivo. A área delimitada deste estudo foi o município de Lajeado, que se encontra no Vale do Taquari, região centro-leste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. O município destaca-se como polo da região, tendo 71.445 habitantes (IBGE, 2010). A Rede de Atenção Básica, em 2012, era composta por 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove equipes de Estratégia Saúde da Família, três serviços de Centro de Atenção Psicossocial (adulto, infantil e álcool/drogas) (CAPS) e a Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Em 2012, o município possuía 71% da população cadastrada no Siab, totalizando 50.726 habitantes.

A população/amostra foi composta pelo total de atividades realizadas pela equipe das ESF do município, totalizando 71.787 atividades no ano de 2011 e 92.636 atividades no ano de 2012, existindo em 2011 seis equipes da ESF em atividade e, em 2012, nove equipes. Em 2015, a Rede de Atenção Básica do município tem 14 equipes da ESF em atividade e encontra-se em plena expansão. Os dados foram coletados da ficha D do Siab, que é o registro das atividades e procedimentos realizados pelas equipes de saúde da ESF, sendo de preenchimento mensal e de responsabilidade de cada equipe de saúde, em especial do enfermeiro.

As variáveis estudadas foram as atividades realizadas pelos profissionais médicos e de enfermagem, sendo o total composto por consultas médicas, atendimentos de enfermagem, procedimentos de enfermagem, procedimentos individuais, curativos, inalações, injeções e retirada de pontos. Observam-se também os atendimentos de usuários com diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) pelos profissionais médicos e enfermeiros.

A coleta de dados iniciou após a liberação do banco de dados do Siab pela Secretaria Municipal da Saúde. Esses dados foram coletados e digitados em planilha Excel. Após essa etapa, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, sendo realizada a análise estatística descritiva e utilizado teste qui-quadrado de tendência linear. Foi adotado o nível de significância de $\leq 0,05$.

Os resultados foram apresentados em tabelas, sendo os meses do ano agrupados em trimestres para facilitar a análise e a compreensão dos resultados. Esta pesquisa segue os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. Foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, sob o Protocolo nº 1860.204.2009.

3 RESULTADOS

O município estudado tem 71.445 habitantes, sendo 71.180 moradores da zona urbana e 265 moradores da zona rural, o que caracteriza o alto grau de urbanização (99,6%), em 2010. Do total de habitantes, 13.512 pessoas têm de 0 a 14 anos de idade, 31.064 pessoas têm de 15 a 39 anos, 18.755 têm de 40 a 59 anos e 8.114 têm 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Em relação às consultas médicas realizadas com indivíduos residentes na área de abrangência das ESF, observou-se que o terceiro e quarto trimestres, em 2011 e 2012, obtiveram o maior número de consultas médicas. Na análise por faixa etária, os resultados mostram que, em 2011, no terceiro

trimestre, houve 8,1% de consultas médicas realizadas com indivíduos entre 15 e 39 anos. Em 2012, na mesma faixa etária e no mesmo trimestre, ocorreram 8,4% de consultas médicas. O maior índice ocorreu no quarto trimestre, em 2012, com 8,9% das consultas médicas com indivíduos de 15 a 39 anos e 9,6% na faixa etária dos 40 aos 59 anos (TABELA 1).

Tabela 1: Proporção das consultas médicas registrado no Siab das ESF conforme faixa etária por trimestre, Lajeado/RS, 2011 e 2012

Faixa Etária	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		4º trimestre	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<1	1,2	1,1	1,4	1,2	1,3	1,5	1,3	1,4
1 a 14	3,6	2,4	7,5	3	3,5	3,8	2,9	3,4
15 a 39	6,7	5,6	7,6	5,8	8,1	8,4	7,4	8,9
40 a 59	6,6	5,7	7,5	5,1	7,5	8,7	7	9,6
60 ou mais	4,6	4,4	5,6	6,1	5,7	6,7	5,5	6,9

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

Sobre as consultas médicas realizadas com os idosos, observou-se aumento no número de consultas de 2011 para 2012 no segundo, terceiro e quarto trimestres. Em 2011, no quarto trimestre ocorreram 5,5% de consultas médicas com idosos acima de 60 anos, e, em 2012, aumentou para 6,9% (TABELA 1).

O atendimento de médicos e de enfermeiros, em 2011 e 2012, é maior em indivíduos com HAS quando comparado ao atendimento aos indivíduos com DM. Observou-se que, em 2012, ocorreram 2,8% de atendimentos por profissionais médicos e enfermeiros a indivíduos com DM e 10,2% em indivíduos com HAS, sendo estatisticamente significativo o resultado (TABELA 2).

Tabela 2: Proporção de atendimento médico e do enfermeiro a diabéticos e hipertensos registrado no Siab das ESF, Lajeado/RS, 2011 e 2012

Atendimento	2011		2012	
	n	%	n	%
DM	1.756	2,5	2.586	2,8
HAS	5.657	7,9	9.407	10,2
p-valor		0,01*		0,001*

* Teste qui-quadrado de tendência linear.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

Na análise por trimestre, em relação ao atendimento médico e de enfermagem aos indivíduos com DM e HAS, observou-se maior proporção nos atendimentos a indivíduos hipertensos, em 2011 e 2012. No quarto trimestre, os indivíduos com DM apresentaram aumento de 6,4% em 2011 para 7% em 2012. Também os indivíduos hipertensos apresentaram aumento de atendimento no quarto trimestre: em 2011 foi de 19,8% e em 2012 ocorreram 24,2% de atendimentos realizados pelos médicos e enfermeiros (TABELA 3).

Tabela 3: Proporção de atendimento médico e de enfermagem a diabéticos e hipertensos agregado por trimestre registrado no Siab das ESF, Lajeado/RS, 2011 e 2012

Atendimento	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		4º trimestre	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Diabetes mellitus	6	4,4	5,9	5	5,5	5,2	6,4	7
Hipertensão arterial sistêmica	19,2	15,8	18,7	17,8	18,5	20,4	19,8	24,2

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

Em relação aos procedimentos registrados no Siab realizados pela equipe de enfermagem nas ESF, observou-se que os procedimentos gerais aumentaram do terceiro para o quarto trimestre, em 2011 e 2012, com 10,6% em 2011 e 13,5% de procedimentos gerais, em 2012. Sobre os curativos, estes são de livre demanda nas ESF, sendo realizado pela equipe de enfermagem, com um total de 3% em 2011 e 3,2% em 2012 (TABELA 4).

Tabela 4: Proporção dos atendimentos de enfermagem registrados no Siab das ESF, Lajeado/RS, 2011 e 2012

Atendimento	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		4º trimestre	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Procedimentos Gerais	11,1	8,4	11,3	9,9	9	12,1	10,6	13,5
Curativo	4,6	2,8	2,7	2,1	2,3	2,5	3	3,2
Inalação	0,34	0,14	0,4	0,22	0,4	0,3	0,2	0,3
Injeção	4,3	4	4,2	2,5	5,1	5,3	5,3	4,9
Retiradas de pontos	0,6	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5	0,6

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

As inalações realizadas nas ESF resultaram em índice abaixo de 1% em todo o período analisado. Houve maior ocorrência de inalações no segundo trimestre do que no primeiro nos dois anos analisados. No primeiro trimestre foi de 0,34% em 2011 e 0,14% em 2012 e no segundo trimestre de 0,4% em 2011 e de 0,22% em 2012 (TABELA 4).

As aplicações de medicamentos injetáveis são realizadas pela enfermagem apenas mediante receita médica válida. Houve aumento das aplicações de medicamentos injetáveis no segundo trimestre em relação ao primeiro trimestre, tanto em 2011 como em 2012. No terceiro trimestre ocorreu aumento de 5,1% em 2011 para 5,3% em 2012. No quarto trimestre, houve diminuição de 5,3% em 2011 para 4,9% em 2012. Em relação à retirada de pontos, manteve-se regularidade no índice, mantendo-se entre 0,4% e 0,6% nos dois anos de estudo, mostrando pouca demanda desse procedimento nas ESF (TABELA 4).

4 DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados que constam no Siab é possível realizar o planejamento, a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde. O planejamento em saúde deve ser realizado de acordo com a necessidade local, os recursos disponíveis e os objetivos propostos; a avaliação pode ser considerada uma das partes do planejamento estratégico; e o monitoramento é o processo de avaliação das ações planejadas, tendo como objetivo medir e corrigir o desempenho e assegurar que o planejamento seja alcançado (CERCHIARI; ERDMANN, 2008).

Os resultados devem alertar gestores e profissionais da saúde para uma forma racional de planejamento e alocação de recursos humanos e materiais. A população vulnerável, sendo identificada, pode ser bem assistida pelos profissionais de saúde, que visam à promoção da saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, proporcionando melhor qualidade de vida (NAVA et al., 2015).

No segundo semestre de 2012, foram implantadas no município de Lajeado três novas ESF, o que representa ampliação na cobertura de ESF do município. Esse fato pode justificar o aumento da realização de consultas médicas de 2011 para 2012 no segundo semestre em todas as faixas etárias deste estudo. Lajeado é um município que ampliou seu atendimento ambulatorial no período pesquisado, fato que segue a tendência relatada no estudo realizado no Estado de São Paulo, entre 2000 e 2007, sobre a população cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). A ampliação da produção de consultas básicas revela a expansão na oferta e na produção de ações da Atenção Básica (TANAKA; DRUMOND JÚNIOR, 2010).

Este estudo mostrou o aumento crescente nos atendimentos a indivíduos com HAS e DM. O maior índice de atendimentos realizados em nível ambulatorial direcionados aos diabéticos e hipertensos melhora o desempenho em relação às ofertas de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento ambulatorial (CERCHIARI; ERDMANN, 2008). Em outro estudo, observou-se a tendência nacional descrita no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em 2002, relatando que a HAS afeta de 11% a 20% da população adulta com mais de 20 anos e o DM atinge todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (BRASIL, 2001).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 2003, sobre as ESF da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), revelou que o acompanhamento dos casos de HAS e DM pela equipe de saúde não corresponde à média anual de cadastros nos diferentes municípios da 13ª CRS (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). Em estudo nacional, observou-se alto grau de desconhecimento da doença: 46,5% dos pacientes diagnosticados desconheciam o fato de serem portadores de diabetes (BRASIL, 2001).

Esta pesquisa apontou que os procedimentos de enfermagem tiveram aumento crescente no decorrer do ano. Em um estudo realizado em uma unidade de ESF de São Paulo em 2011, a equipe estudada foi composta por seis enfermeiros e 11 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo 23,5% e 27,2% das intervenções realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros registradas no sistema informatizado, ou seja, uma pequena parcela das atividades realizadas pela equipe de enfermagem foi contabilizada e cadastrada no Siab (BONFIM et al., 2013). Portanto, os registros analisados neste estudo podem ser apenas uma parcela das atividades realizadas nas ESF.

As aplicações de medicamentos injetáveis no período estudado aumentaram no segundo semestre, tanto no ano de 2011 quanto no ano de 2012, assim como as consultas médicas, mostrando que as aplicações de injeção estão provavelmente interligadas à oferta de consultas médicas. A importância da emissão de relatórios sobre a realização de consultas e de procedimentos é descrita em um estudo realizado na cidade de São Paulo, em 2003, em que foi implantado um cadastro

ampliado em quatro ESF em dois Centros de Saúde-Escola, nas regiões de Barra Funda e Butantã. Considera-se desejável que o sistema informatizado possa emitir relatórios que permitam a fácil visualização da diversidade microrregional, porém, as unidades de saúde não dispõem de profissionais capacitados para manipulação de dados brutos e elaboração de relatórios sistemáticos (SALA et al., 2004).

Neste estudo, em relação às inalações, observou-se maior frequência nos meses de inverno quando comparado com o período do verão. Pode-se justificar esse aumento pelas doenças sazonais da região Sul, que acometem o sistema respiratório nos meses mais frios do ano, tanto em adultos como em crianças. Esse fato pode estar relacionado diretamente com a demanda aumentada de consultas médicas a crianças e idosos, que são mais suscetíveis às doenças respiratórias (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2005, com uma população de aproximadamente 45 mil habitantes, foi verificado que o principal sistema de informações de uma ESF é o prontuário do paciente, no qual são registrados os atendimentos realizados pelos diversos profissionais que o assistem, porém, essas informações não são informatizadas. Esse fato faz com que as informações não tenham uso contínuo que permita apoiar o processo de decisão (GRILBEL, 2005).

Os resultados deste estudo mostram que o município atende usuários, na maioria, adultos jovens e acima de 40 anos de idade, sendo maior o número de atendimentos a usuários com HAS, seguido de usuários com DM, visto que a prevalência dessas morbidades acompanha as taxas nacionais. O aumento gradativo dos atendimentos de enfermagem de 2011 para 2012 mostrou que a enfermagem vem ampliando sua produtividade e oferta de serviços à população. As limitações deste estudo se referem ao fato de que os registros no Siab podem ser apenas uma parcela da realidade do serviço, deixando lacunas sobre os dados emitidos, o que limita a exploração de suas informações (BONFIM et al., 2013).

Há potencialidades relacionadas ao Siab que precisam ser destacadas, pois ele é considerado o principal sistema de informação da saúde. Além de facilitar a coleta de dados da população cadastrada na ESF, os dados podem e devem ser utilizados para planejamentos das ações de saúde (CARRENO et al., 2015).

5 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a demanda de atendimento das equipes de saúde das ESF está relacionada a indivíduos adultos, havendo mais atendimentos a hipertensos do que a diabéticos, e que os procedimentos realizados pela enfermagem são na maioria curativos e injeções. Dessa forma, o atendimento da equipe de saúde torna-se mais efetivo e eficaz quando se conhece o público que se atende, assim como reduz as desigualdades no atendimento e facilita o acesso aos serviços de saúde. As atividades realizadas pelas ESF necessitam de registro contínuo coerente e fidedigno com a realidade local. Essas informações, quando arquivadas corretamente, possibilitam a análise periódica, direcionando ações e recursos conforme a demanda social e beneficiando a população.

REFERÊNCIAS

BONFIM, Daiana; LAUS, Ana Maria; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Comparação entre as intervenções de enfermagem realizadas e os registros em sistema informatizado para atenção básica. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 401-408. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a16.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Secretaria de vigilância em saúde. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**: Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2008. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 21 mai. 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARRENO, Ioná; MORESCHI, Claudete; MARINA, Bruna; HENDGES, Deise Juliana Beckel; REMPEL, Claudete; OLIVEIRA, Monica Maria Celestina. Analysis of the use of data from the Primary Health Care Information System (SIAB): an integrative review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 947-956, mar. 2015.

CERCHIARI, Giovanna S. F; ERDMANN, Rolf Hermann. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 925-948, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a06v42n5.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

GRIBEL, Else Barthold. Atenção Básica: do processo de trabalho ao sistema de informação. Dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, 2005. 115 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000161&pid=S1519-3829201200010000200027&lng=en>. Acesso em 15 mai. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16 (supl.1), p.1383-1388, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700073>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MATIDA, Álvaro Hideyoshi; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n1/17.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (org.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1. ed. São Paulo: ABRASCO, 2011.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

NAVA, Sabrine; CARRENO, Ioná; REMPEL, Claudete; SCHWINGEL, Glademir; PISSAIA, Luis Felipe; BELÉ, Paola. Epidemiology of hypertension and diabetes in women. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n. 1, p. 42-54, jan./jun. 2015.

SALA, Arnaldo; SIMOES, Oziris; LUPPI, Carla Gianna; MAZZIERO, Miryan Cristina. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1556-1564, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/13.pdf>>. Acesso em 21 ago. 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; DRUMOND JÚNIOR, Marcos. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 355-366, out./dez. 2010.