

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO FERRAMENTA PARA TRANSFORMAÇÃO DO PENSAR E AGIR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autores: Irlanda Pontes de Oliveira¹, Raila Souto Pinto Menezes², Ingrid Freire Silva³, Noraney Alves Lima⁴, Maria Socorro Carneiro Linhares⁵, Maria Adelane Monteiro da Silva⁶.

RESUMO

Com a consolidação da implantação do SUS, houve a necessidade de uma melhor estruturação dos sistemas de informação em saúde com o intuito de assegurar a avaliação permanente de situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas, fundamental para o acompanhamento, controle e repasse de recursos. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1998, é alimentado, em sua grande parte, por informações geradas a partir da coleta de dados e repasses das ACSs. Para tanto, deve haver por parte de toda a equipe claro entendimento sobre o que significa cada indicador, assim como promoção de atualizações sobre mudanças que eventualmente venham a ocorrer nas fichas e instrumentos de coleta para as equipes. O objetivo do trabalho foi efetuar a análise dos indicadores produzidos por uma equipe de saúde do município de Ibiapina – CE. A metodologia de base foi de caráter transversal com abordagem quantitativa e a análise descritiva exploratória. A coleta de dados foi realizada através da impressão dos relatórios do SIAB, a análise foi feita pela equipe de discentes e durante uma oficina foi repassado para a equipe da Estratégia Saúde da Família, os dados apresentados foram discutidos e apontaram a existência de dificuldades na coleta de informações, devido à compreensão de alguns dados dos SIAB.

Palavras chave: Sistema de Informação; Estratégia Saúde da Família; Análise de Dados.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS, (BRASIL, 2008). O SIAB é uma ferramenta fundamental ao trabalho na ESF. Tem como objetivo sistematizar todos os dados levantados junto a comunidade da área adscrita, otimizando o processo de trabalho da equipe (LIMA et al, 2012) . Com a proposta da nova Política Nacional de Atenção Básica em 2011, surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS.

Representa, então, potencialmente, uma fonte de dados de grande valor para a realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, norteador o planejamento e avaliação de ações em saúde. Dessa forma, todos os profissionais das equipes de Saúde da Família devem conhecer e utilizar os dados do SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar

intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe.

No entanto, alguns estudos apontam dificuldades das equipes de saúde da família na utilização do SIAB para avaliação e planejamentos das ações, as equipes relatam muitas dúvidas em relação à coleta de dados nas fichas do SIAB; há dificuldade e confusão no preenchimento e manuseio das fichas, o que torna o processo de informação comprometido e questionável, uma vez que essa etapa é fundamental para a obtenção de informações precisas, (FREITAS ET AL 2005; DUARTE et al , 2012).

Nesse contexto, percebemos a importância de pesquisar a utilização do SIAB pela equipe de Saúde da Família, provocando reflexões a partir da análise e discussões de indicadores referentes a sua comunidade, identificando dessa forma as possibilidades e desafios percebidas pelos profissionais com relação ao uso do SIAB. Portanto, esse estudo teve por objetivo geral analisar a utilização dos relatórios do SIAB pela equipe de saúde da Família e por objetivo específico identificar as possíveis dificuldades na coleta e análise dos dados do SIAB pelos profissionais dessa equipe.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo e exploratório, de caráter transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Ibiapina, localizado na Microrregião da Ibiapaba, ao Norte do Estado do Ceará. Possui um contingente populacional de 23.961 (IBGE/2008), com cobertura de 100% de equipes de saúde da família.

A seleção da amostra foi do tipo intencional, onde a equipe selecionada deveria atender aos seguintes critérios de inclusão: equipe atuante na sede do município, que tivesse aderido ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A coleta de dados foi constituída de duas etapas: Na 1ª etapa foi os relatórios do SIAB à Coordenação da Atenção Básica referente aos dados demográficos, socioeconômicos e de produção da equipe coletados foram de janeiro de 2008 a julho de 2012. Quanto às informações de saúde, do período de janeiro a dezembro de 2008 e 2011, anos conclusos e correspondentes ao final de gestões municipais para melhor análise comparativa da população estudada. A equipe de discentes do mestrado realizou uma análise e discussão prévia dos resultados encontrados, de forma a facilitar o planejamento da oficina com a equipe de saúde na etapa posterior. A segunda etapa foi agendada previamente com a gerência da Unidade Básica de Saúde Dr Francisco Marcio Fernandes I, onde foi apresentado o projeto a mesma. A gerência fez o contato com os demais membros da equipe e após o consentimento de todos em participar foi agendada a data para realização da oficina. Utilizou-se para o desenvolvimento da oficina o método da Roda (BRANDÃO, 2006).

Diante do exposto, vale ressaltar que antes da entrada em campo, foram seguidas as normas estabelecidas para desenvolvimento de pesquisa, considerando os cuidados éticos para condução da mesma cumprindo as exigências estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução 196/96.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Na 1ª etapa da execução do projeto solicitamos os relatórios gerados pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) ao responsável pelo sistema de informação e elaborados os indicadores a seguir.

4.1. Indicadores Demográficos e Socioeconômicos – FICHA A

4.1.1. População e Condições de Moradia

Relacionado aos dados demográficos os relatórios nos informa sobre a população coberta pela Equipe da ESF Dr. Francisco Márcio Fernandes I em 2012 são de 3.502 pessoas e 1.059 famílias.

O conhecimento das condições do meio em que vivem as pessoas, pertinente à saúde, como saneamento e moradia, é de singular relevância no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades (AZEREDO, 2007).

Sobre as características socioeconômicas dos usuários do território se observa no Gráfico 1 as condições de abastecimento de água dos domicílios estudados, em 2012 constituiu-se de rede pública (90,84%), de poço ou nascente (33,06%) e outros tipos (0,52%), enquanto no ano de 2008 era rede pública (66,42%), de poço ou nascente (9,16%) e outros tipos (0,0%). Houve uma melhora considerável na condição de abastecimento de água da rede pública no território.

No gráfico 2, onde são apresentados os dados de tratamento de água no domicílio os anos de 2012 que revelam 93,86% domicílios com filtração, 0,57% fervura e 3,97% dos domicílios com cloração. Salientamos que comparando esses percentuais com os dados apresentados em 2008, respectivamente 81,24%; 0,1%; e 12,02%, observamos o quanto esses dados melhoraram a condição do consumo de água devidamente tratada no território estudado. É importante ressaltar que, se a água não for devidamente tratada, pode afetar a saúde do homem de várias maneiras: pela ingestão direta, na preparação de alimentos, na higiene pessoal, na agricultura, na higiene do ambiente, nos processos industriais ou nas atividades de lazer (AZEREDO, 2007).

O lixo é um problema básico de saneamento, sendo que sua disposição final a céu aberto é um fator de degradação ambiental e de proliferação de vetores e doenças, cabendo ao município organizar e disciplinar os serviços de coleta e disposição final de resíduos (FEAM; 2002). Conforme se pode observar no gráfico 3 o destino do lixo se apresenta em 2008 com coleta pública (38,96%) e em 2012 (86,21%), conseqüentemente diminui o percentual de domicílios que

queimam/enterram o lixo, que se apresenta em 2008 (18,76%) e em 2012 (4,91%) e os domicílios que deixam o lixo produzido a céu aberto reduziu em 2008 (42,28%) para (8,88%) em 2012.

No gráfico 4 observamos que o percentual de domicílios que destinam as fezes/urina em fossa séptica em 2008 (81,35%), enquanto em 2012 se apresenta (97,36%). Domicílios com fezes/urina a céu aberto reduziu de 17,41% em 2008 para 1,89% em 2012. O destino das fezes/urina também se apresenta como um problema básico de saneamento. No território analisado houve melhoria de 16,01% de domicílios com fossa séptica.

Gráfico 1

Abastecimento de água no território da Equipe da ESF Dr. Francisco Márcio Fernandes I de 2008 a Jul/2012. Ibiapina, 2012

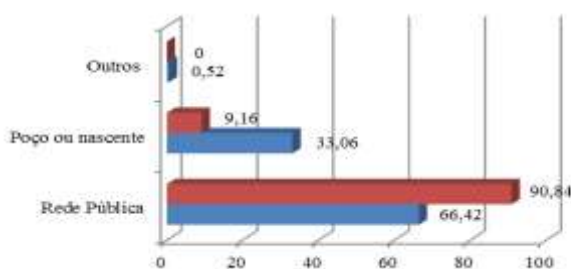


Gráfico 2

Tratamento de água no domicílio no território da Equipe da ESF Dr. Francisco Márcio Fernandes I de 2008 a Jul/2012. Ibiapina, 2012

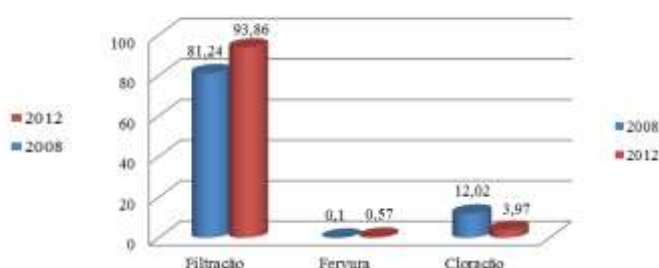


Gráfico 3

Destino do lixo no território da Equipe da ESF Dr. Francisco Márcio Fernandes I de 2008 a Jul/2012. Ibiapina, 2012

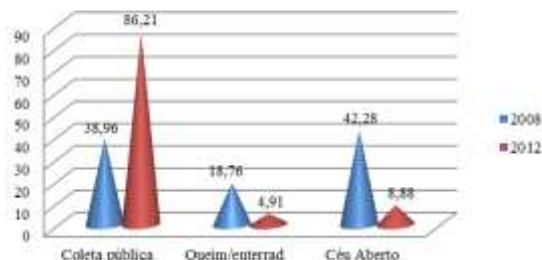


Gráfico 4

Destino das fezes e/urina no território da Equipe da ESF Dr. Francisco Márcio Fernandes I de 2008 a Jul/2012. Ibiapina, 2012



4.1.3. Algumas Doenças Referidas

Na tabela 1 observamos que nos anos estudados de 2008 e 2012 o alcoolismo se apresenta respectivamente com 48, 17, 15, 14 e 22, tendo uma variação inconstante no número de casos no decorrer dos anos.

Relacionado à diabetes comparando os anos de 2008 a 2012, observamos um dado crescente apresentando 55 casos em 2008 e 102 em 2012. O mesmo percebeu-se com a hipertensão arterial que se apresenta com 227 casos em 2008 e 271 em 2012. Não havia registros de pessoas no

território com as doenças hanseníase e tuberculose. De acordo com a Enfermeira houve um caso de hanseníase em 2001, por transferência, mas que não foi cadastrado na Ficha A.

Tabela 1

Doenças Referidas	2008	2009	2010	2011	Jul/2012
Alcoolismo	48	17	15	14	22
Diabetes	55	58	66	67	102
Hipertensão Arterial	227	225	255	258	271
Hanseníase	0	0	0	0	0
Tuberculose	0	0	0	0	0

4.2. Produção da Equipe – PMA2 (Produção e Marcadores para Avaliação)

O Relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área. Considerando o que se apresenta na tabela 1, as consultas médicas variam, pois se considera períodos em que a equipe ficou sem o profissional médico. Quanto à puericultura, observamos dados variantes, como 11 atendimentos em 2008 e 71 em 2010, variando também nos demais anos.

Ainda na tabela 2, observamos variações na consulta de pré-natal apresenta-se uma média de atendimentos de 77 em 2008 e 32 em 2011, e prevenção do câncer cervico-uterino apresenta uma média de 15 em 2008 e 35 em 2010. Na tabela 3 apresentam dados apenas a partir de 2012 do relatório PMA2 Complementar os atendimentos passaram a ser informados, apresenta atendimentos de saúde de Usuário de Álcool (9,3%), Usuário de drogas (9,3%) e Saúde Mental (81,4%) que representa a maioria dos atendimentos.

4.2.1. Produção e Marcadores para Avaliação

Tabela 2

Produção	Ano									
	2008		2009		2010		2011		Jul/2012	
	Total	Méd	Total	Méd	Total	Méd	Total	Méd	Total	Méd
Tipo de Atendimento										
Consulta Médica	3.458	288	1739	145	3.959	330	3.712	309	1.635	136
Puericultura	127	11	317	26	851	71	651	54	95	8
Pré-natal	920	77	489	41	505	42	380	32	128	11
Prevenção CA Cervico-uterino	183	15	346	29	419	35	413	34	179	15
Visitas Domiciliares										
Médico	130	11	440	37	366	31	354	30	254	21
Enfermeiro	79	7	464	39	441	37	315	26	240	20
Outros prof. Nível sup.	0	0	202	17	372	31	68	6	2	0
Prof. Nível médio	231	19	219	18	662	55	464	39	383	32
ACS/Outros Prof.	8258	688	4928	411	7889	657	7712	643	5.520	460

4.2.2. Produção e Marcadores para Avaliação – Ficha Complementar (PMA-C)

Tabela 3

Informações de Saúde	Dez/2011		Jan a Jul/2012	
	Total	%	Total	%
Atendimento Méd e Enf	0	0,0	43	100
Usuário de Alcool	0	0,0	4	9,3
Usuário de drogas	0	0,0	4	9,3
Saúde Mental	0	0,0	35	81,4
Encaminhamento da SB	0	0,0	228	100
Atend. Secundário da SB	0	0,0	228	100
Marcador de SB	0	0,0	3	100
Diag. de Alteração da mucosa	0	0,0	3	100

4.2.3. Informações de Saúde – SSA2 (Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área)

O Relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimentos são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área (BRASIL/2000).

Sistematizamos as informações de situação de saúde e acompanhamento das famílias na área (Ficha SSA2) de acordo com as áreas de atenção da saúde da criança e da mulher, esses dados, foram analisados os anos de 2008 e 2011. Os dados relacionados à saúde da criança apresentam-se recém-nascidos pesados ao nascer (100%) em 2008 e 2011, recém-nascidos com baixo peso ao nascer (7,1%) em 2008 e (8,1%) em 2011. Quanto ao aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 4 meses, apresenta redução no ano de 2011(77,7%), comparando com o ano de 2008 (88,8%). Relacionado à criança menor de 1 ano, 100% foram vacinadas em ambos os anos, observamos redução no indicador de crianças pesadas (98%) 2008 e (92,3%) 2011 e aumento discreto no indicador de crianças desnutridas (2%) 2008 e (2,1%) 2011.

Sobre a saúde da mulher (gestante), quanto as gestantes acompanhadas e com vacinas em dia ambos demonstram (100%) 2008 e (100%) 2011, pré-natal no mês (96,6%) 2008 e (100%) 2011, gestantes cadastradas com início do pré-natal no 1º trimestre (90%) 2008 e (91,3%) 2011 e gestantes menores de 20 anos (adolescentes) apresentam (30%) 2008 e (8,7%) 2011. A gravidez na adolescência no território estudado diminuiu consideravelmente, isto é, uma redução de 21.3%, o mesmo tem se apresentado no estado do Ceará. Em 2002, de cada mil jovens na faixa etária de 10 a 19 anos, 40,2 engravidaram. No ano de 2003, esse número caiu para 37,3 adolescentes, isto é, uma redução de 7,2%. (ARCANJO, 2007).

Quanto à morbidade nos detemos as hospitalizações por complicações de diabetes não houve registro em 2008, enquanto em 2011 aconteceram 10 hospitalizações.

Na **2ª etapa** da execução do projeto, foi realizada oficina para análise dos relatórios extraídos do SIAB. Participaram deste momento a equipe participante do estudo, a coordenadora da Unidade e os discentes do mestrado que facilitaram o processo. Ao todo participaram 13 profissionais: 02 enfermeiras, 01 odontólogo, 06 Agente Comunitários de Saúde - ACS e 04 discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família/ UVA.

Os facilitadores da oficina proporcionaram um momento de acolhimento inicial onde todos ficaram distribuídos em roda, com apresentação do grupo e esclarecimento dos objetivos do momento. Em seguida foram apresentados os indicadores que seriam analisados naquela atividade: Indicadores demográficos e socioeconômicos – população, condições de moradia e algumas doenças referidas; Indicadores de produção – Tipos de atendimento e visitas domiciliares e Indicadores de cobertura – Saúde da criança (nascidos vivos e crianças de 0 a 2 anos), Saúde da mulher (gestantes). Mortalidade, morbidade e acompanhamento de grupos e famílias.

Durante a oficina de análise dos indicadores de saúde, a equipe demonstrou interesse, um bom nível de integração, contribuindo com as discussões, prestando esclarecimentos quando necessários e sugerindo as saídas adequadas a cada problemática apontada. Foi consenso à percepção na melhoria significativa nas condições de saúde da população a partir dos indicadores.

Os membros da equipe referiram dificuldades na coleta de informações e preenchimento das fichas que alimentam o SIAB, principalmente pelos ACS, apontaram como um dos motivos da variação dos indicadores no decorrer dos anos. Essa atividade fica ainda mais difícil quando o profissional não conta com a participação da população que nega ou omite alguns dados que devem ser coletados durante as visitas domiciliares.

O reconhecimento de cada instrumento/ficha que o profissional irá manusear no seu cotidiano de trabalho com o SIAB constitui-se em primeiro e indispensável conteúdo a ser disponibilizado aos ACS no curso preparatório para iniciar o trabalho na ESF, uma vez que sem essa devida aproximação o preenchimento adequado das fichas poderá ser comprometido (LIMA et al, 2012). A educação permanente bem como a avaliação constante das dificuldades de utilização do SIAB, enquanto instrumento na programação local do trabalho da ESF, são requisitos fundamentais para o alcance dos objetivos e metas propostas, (FREITAS & PINTO, 2005).

Os ACS também relataram dificuldades no acompanhamento das crianças menores de dois anos com relação à identificação dos desnutridos. Segundo eles isso ocorre porque o acompanhamento no cartão da criança disponibilizado pelo Ministério da Saúde difere da avaliação de alguns pediatras. Diante do exposto, ficou determinada no grupo que seja realizada uma atualização relacionada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Os ACS manifestaram em forma de desabafo ao grupo sua insatisfação com relação ao descrédito que a população em alguns momentos faz ao seu trabalho. Eles relataram que isso é

percebido quando são negados a eles informações importantes por parte da população. Para isso emergiu do grupo a necessidade da organização de um Conselho Local de Saúde no território, com o intuito de envolver a participação popular e promover a co-responsabilidade sanitária entre a equipe e os representantes da população.

Para a melhoria na organização dos serviços, o grupo apontou algumas saídas: organização de uma contra-referência entre os serviços como garantia da continuidade da assistência, fortalecendo as relações entre os níveis de atenção; momentos para análise dos instrumentos do SIAB para melhor operacionalidade; construção de um roteiro de visita domiciliar tipo checklist, como recurso para otimizar a assistência as famílias, norteando o ACS na condução da visita de forma a priorizar algumas informações que são significativas para acompanhamento das famílias.

Todas as sugestões e encaminhamentos apontados pelo grupo foram entregues a gerente da unidade para que em outro momento fossem retomadas, no sentido de dar o seguimento necessário para que as soluções sejam efetivadas. Os gráficos e tabelas utilizados na análise foram disponibilizados para a equipe de forma a complementar a sala de situação em exposição na unidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a visita institucional e a oficina de avaliação dos indicadores de saúde, a equipe percebeu uma melhora significativa da maioria dos indicadores principalmente os relacionados aos aspectos demográficos / socioeconômicos e de produção.

A partir da análise desse indicador alguns integrantes da equipe, principalmente os ACS, comentaram que tem muitas dúvidas relacionadas a alguns conceitos de dados coletados para o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Percebemos que havia por parte da equipe de saúde dificuldades na coleta de informações, assim como também havia dúvidas em compreender o preenchimento de alguns dados contidos nos instrumentos de coleta do SIAB. Elas relataram que fica difícil coletar informações, quando as mesmas não contam com a participação da população que negam ou omitem alguns dados que devem ser coletados durante as visitas domiciliares, apontando como uma fragilidade a comunicação da equipe com a população repercutindo consideravelmente na qualidade das informações.

Diante desta realidade, compreendemos a necessidade do aprimoramento do uso dos sistemas de informação em saúde para a melhoria da qualidade e da organização dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma pretendemos contribuir para a qualificação e sistematização da coleta e análise de informações em saúde e com o fortalecimento do vínculo de corresponsabilidade sanitária entre a equipe e as lideranças locais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCANJO, C.M, Gravidez em adolescentes: unidade municipal , Fortaleza – CE, 20% dos partos do SUS são de adolescentes. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 2004 mar 10; 1981 (2006): 10.

AZEREDO, C.M, Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família, *Ciência & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, 12(3):743-753,2007.

____BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da saúde. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.**Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília:Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=03>. Capturado em: 10/07/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DUARTE, M.L.C et al. Uso do Sistema de Informação na Estratégia Saúde da Família: percepções dos enfermeiros, **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto ; 13(4):547-54.

FREITAS, FP & PINTO ,IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem**, julho-agosto; 13(4):547-54, 2005.

Fundação Estadual do Meio Ambiente. *Manual de Saneamento e Proteção Ambiental para os Municípios– Município e Meio Ambiental.* 3ªed. Belo Horizonte: FEAM; 2002.

LIMA AP, Corrêa ACP, OLIVEIRA QC. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIABRev Bras Enferm, Brasilia 2012 jan-fev; 65(1): 121-7.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 13/09/12.

SILVA, A.S, Laprega MR, *Avaliação crítica do SIAB e de sua implantação*, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005.

¹ Discente do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. irlandapontes@yahoo.com.br;

² Discente do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. railasouto@hotmail.com

³ Discente do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. ingrid.f.silva@gmail.com

⁴ Discente do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. noraneylima@gmail.com

⁵ Docente do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. socorrocarneiro1@gamil.com

⁶ Docente do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. adelanemonterio@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAU
Pro-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Coordenação de Iniciação Científica



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

À
COMISSÃO CIENTÍFICA DO VII ENCONTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAU-UVA

DECLARAÇÃO

Eu, **Irlanda Pontes de Oliveira**, para fins de direito e sob as penas da lei, declaro que o trabalho **O Sistema De Informação Da Atenção Básica Como Ferramenta Para Transformação Do Pensar E Agir Na Estratégia Saúde Da Família**, inscrito no VII Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA é de minha autoria e assumo total responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Sobral – CE, 30 de agosto de 2013.

Irlanda Pontes de Oliveira
Irlanda Pontes de Oliveira
CPF:726.378.203-06