

# Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003

**Normative Evaluation of the Immunization Action in the Teams of the Family Health Program, in the Municipality of Olinda, Pernambuco State, Brazil, in 2003**

**Daniela Maria dos Santos**

Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

**Luciana dos Santos Dubeux**

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Recife-PE

**Paulo Germano de Frias**

Diretoria de Pesquisa, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

**Lygia Cármén de Moraes Vanderlei**

Núcleo de Epidemiologia, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

**Suely Arruda Vidal**

Diretoria de Pesquisa, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife-PE

## Resumo

Este estudo visa avaliar o grau de implantação da ação programática Imunização e verificar suas atividades executadas no Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil. Realizou-se um estudo avaliativo, do tipo normativo de corte transversal, no período de junho a julho de 2003, entre as 40 equipes de saúde da família da localidade. Utilizou-se um instrumento estruturado com questões relativas aos critérios e normas preconizados pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, contemplando tanto aspectos estruturais como de processo. Detectou-se baixo grau de implantação nas equipes (100% parcialmente implantadas). As atividades encontradas com maior freqüência foram: “Disponibilidade das vacinas do esquema básico”; “Realização do esquema completo de imunização”; e “Envolvimento multiprofissional” na execução dessa ação programática (100% para todas). Os resultados indicam que as equipes não seguem as normas e rotinas preconizadas, o que demonstra a necessidade de implementação de ações de caráter político e operacional para o programa alcançar suas metas.

**Palavras-chave:** imunização; saúde da criança; avaliação normativa.

## Summary

*This study aims to evaluate the degree of implantation of the immunization program, and to verify the activities relative to this action carried out in the municipality of Olinda, Pernambuco State, Brazil. A cross-sectional study was performed in the period of June to July of 2003 among the local 40 family health teams. A structured instrument was used, with questions related to the criteria and norms recommended by the Ministry of Health National Program of Immunizations, contemplating both process and structural aspects. Low implantation degree was detected in the teams (100% partially implanted). The activities found more frequently were: “Availability of basic scheme vaccines”, “Complete accomplishment of immunization scheme”, and “Multi-professional involvement” in the execution of this program (100% for all). The results indicate that the teams don't follow the norms and recommended routines, demonstrating necessity of implementing actions of political and operational character to reach the program goals.*

**Key-words:** immunization; child health; normative evaluation.

## Endereço para correspondência:

Rua Helena Cavalcante Ferreira, 61, Casa Caiada, Olinda-PE. CEP: 53130-570  
E-mail: danisantos\_enf@hotmail.com

## Introdução

A imunização é um processo fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis em crianças, principalmente no primeiro ano de vida, e constitui importante fator associado à redução da taxa de mortalidade infantil.

Em 1974, a Organização Mundial da Saúde criou o Programa Ampliado de Imunização (PAI) com o objetivo de, até 1990, colocar à disposição das crianças de todo o mundo as vacinas já disponíveis para o controle de algumas doenças transmissíveis, como difteria, coqueluche, tétano, paralisia infantil, tuberculose e sarampo.<sup>1</sup> No Brasil, o programa foi regulamentado, suas normas organizadas e competências definidas em 1975.<sup>2</sup> Hoje, são suas metas operacionais: 100% dos menores de um ano imunizados por todas as vacinas indicadas para o primeiro ano de vida (BCG, tríplice viral, poliomielite, hepatite B e tetravalente); e 100% das crianças menores de cinco anos de idade – que não tenham sido vacinadas ou que não tenham completado o esquema básico no primeiro ano de vida – atendidas com a aplicação desses produtos vacinais.<sup>2</sup>

Em 1990, o Brasil foi um dos signatários da Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, comprometendo-se a contribuir para a “erradicação da poliomielite em todo o mundo até o ano 2000; eliminação do tétano neonatal; redução de 90% nos óbitos associados ao sarampo e de 90% nos casos de sarampo até 1995; e a preservação de um alto nível de cobertura imunobiológica nas crianças menores de 1 ano (pelo menos 90% até o ano 2000) contra difteria, coqueluche, tétano, sarampo, pólio e tuberculose”,<sup>3</sup> entre outras metas a alcançar.

Nesse sentido, um grande avanço para o alcance desses percentuais de cobertura foi a descentralização dos serviços de saúde a partir de 1990 (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a ampliação das responsabilidades municipais no tocante a saúde. Essa política descentralizadora, provavelmente, facilitou a realização e coordenação das atividades do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no nível local; e seu maior impacto, refletido na melhoria das taxas de cobertura vacinal alcançada em anos recentes.<sup>4-7</sup> Em seguida, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1994, incorporou o Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS), cuja missão é reorganizar as unidades básicas de saúde para que se tornem resolutivas e estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A importância estratégica do PSF consiste na construção de um novo modelo assistencial de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, o SUS.<sup>8,9</sup>

Apesar de tantos avanços alcançados no sistema de saúde brasileiro, são poucas as produções científicas referentes à avaliação dos aspectos organizacionais e operacionais da vacinação no nível de abrangência municipal. Levantamento bibliográfico realizado por Gonçalves e colaboradores<sup>10</sup> sobre esse tema de estudo identificou oito trabalhos, dos quais apenas três abordavam aspectos organizacionais.

Diante de sua escassez na literatura, a realização de avaliações sobre trabalhos afins ao tema é bastante pertinente, haja vista permitir um “*jugamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões*”;<sup>11</sup> ademais, “*vabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade*.<sup>12</sup>”

*A política descentralizadora do SUS, provavelmente, contribuiu para a execução do Programa Nacional de Imunização em nível local e para a melhor cobertura vacinal observada nos últimos anos.*

Esta pesquisa teve por objetivos verificar as atividades executadas relacionadas à ação programática Imunização e avaliar seu grau de implantação em todas as equipes de saúde da família (ESF) do Município de Olinda, Estado de Pernambuco.

## Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo normativo e de corte transversal, realizado nas ESF do Município de Olinda, cidade de 367.902 habitantes<sup>13</sup> situada na Região Metropolitana do Recife, litoral do Estado de Pernambuco.

Sobre as doenças imunopreveníveis, o Município apresentou uma incidência de coqueluche em ascensão, de 0,3 caso por 100.000 habitantes em 2001 para de 1,1/100.000 hab. em 2002; igual fenômeno aconteceu com o tétano acidental (0,6/100.000 hab. em 2001 e 0,8/100.000 hab. em 2002). Olinda não apresentou casos de difteria, poliomielite, sarampo e tétano neonatal nestes últimos anos.<sup>14</sup>

O Município está habilitado na gestão plena do sistema municipal e sua rede pública de saúde distribui-se entre dois distritos sanitários (DS I e DS II). No ano estudado, dispunha de 41 equipes de saúde da família, 25 no DS I e 16 no DS II, lotadas em 15 e 13 unidades de saúde da família, respectivamente. Apenas uma ESF foi excluída da pesquisa, por se encontrar em processo de cadastramento.

Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2003, mediante formulário padronizado pelo Ministério da Saúde em 1994,<sup>15</sup> atualizado e adaptado no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. O instrumento estruturado contempla questões relacionadas à estrutura (normas, equipamentos e insumos) e ao processo (ações e atividades relativas a imunização).<sup>16</sup>

Houve treinamento específico para a aplicação, ajuste do questionário e consolidação das respostas, com definição de regras para consideração da resposta positiva. Assim, para a atividade “Educação em Saúde”, esta considerou-se como desenvolvida se executada, no mínimo, uma vez ao mês.

As entrevistas foram agendadas previamente, realizadas com qualquer um dos profissionais (médico ou enfermeiro) das ESF. Com o objetivo de atestar a qualidade dos dados, após a primeira coleta, o questionário foi repetido em uma amostra aleatória, definida mediante sorteio, de 10% das ESF, nos dois DS. Esse procedimento verificou um percentual de 100% de concordância das respostas.

O processamento e a análise dos dados foram realizados manualmente; após correções e ajustes, os resultados foram digitados e tabulados em planilhas eletrônicas.

Os critérios para julgamento do grau de implantação basearam-se naqueles propostos pelo Ministério da Saúde no documento “Roteiro de Avaliação dos Programas”,<sup>15</sup> adaptados pelos autores do presente

estudo. Os critérios originais propostos pelo Ministério eram os seguintes: Implantada – 100% das respostas positivas; Parcialmente implantada – 40% a 90% das respostas positivas; e Não implantada – menos de 40% das respostas positivas.

Em razão da ampla faixa considerada para o grau de classificação Parcialmente implantada (40 a 90%), adotou-se, para este estudo, a seguinte classificação:

- Implantada – 100% de respostas positivas;
- Parcialmente implantada satisfatória – 80% a 90% de respostas positivas;
- Parcialmente implantada não satisfatória – 40% a 70% de respostas positivas; e
- Não implantada – menos de 40% de respostas positivas.

### **Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Núcleo de Pesquisa do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em 7 de julho de 2003.

### **Resultados**

A Tabela 1 apresenta a distribuição da freqüência das atividades de imunização desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. Observa-se que 100% das ESF dos dois DS dispõem de todas as vacinas do esquema básico, realizam o esquema completo de vacinação e apresentam envolvimento multiprofissional. As atividades menos realizadas foram: “Fichário com cartão de aprazamento das vacinas” (32,0% e 40,0% nos DS I e II, respectivamente); e “Entrosamento da equipe com entidades de apoio” (0 no DS I e 6,6% no DS II), para atuação em parceria na promoção e incentivo à imunização.

A Tabela 2 exibe o julgamento do grau de implantação: em todas as ESF, a ação encontra-se parcialmente implantada. Segundo o critério adotado, porém, no DS I, a ação de imunização classifica-se como “Parcialmente implantada satisfatória” em 60% das ESF, enquanto no DS II, a mesma classificação compreende 86,5% das ESF; dessa forma, o consolidado para o Município de Olinda é de 70% das equipes com a ação classificada como “Parcialmente implantada satisfatória”; e de 30% como “Não satisfatória”.

**Tabela 1 - Distribuição da freqüência das atividades referentes à ação programática Imunização nas equipes de saúde da família dos distritos sanitários do Município de Olinda, Estado de Pernambuco. Brasil, 2003**

Atividades	DS I (n=25)		DS II (n=15)		Olinda (n=40)	
	n	%	n	%	n	%
Dispõe de todas as vacinas do esquema básico	25	100,0	15	100,0	40	100,0
Realiza esquema completo de vacinação	25	100,0	15	100,0	40	100,0
Conservação adequada das vacinas	22	88,0	13	86,6	35	87,5
Busca de faltosos	24	96,0	15	100,0	39	97,5
Educação em saúde	19	76,0	11	73,3	30	75,0
Fichário com cartão de aprazamento das vacinas	8	32,0	6	40,0	14	35,0
Envolvimento multiprofissional	25	100,0	15	100,0	40	100,0
Entrosamento da equipe com entidades de apoio	0	-	1	6,6	1	2,5
Normas do Ministério da Saúde	24	96,0	15	100,0	39	97,5

Fonte: Prefeitura Popular de Olinda, Secretaria de Saúde, 2003

**Tabela 2 - Grau de implantação da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família de acordo com os distritos sanitários do Município de Olinda, Estado de Pernambuco. Brasil, 2003**

Grau de implantação	DS I (n=25)		DS II (n=15)		Olinda (n=40)	
	n	%	n	%	n	%
Implantada	0	-	0	-	0	-
Parcialmente implantada satisfatória	15	60,0	13	86,5	28	70,0
Parcialmente implantada não satisfatória	10	40,0	2	13,5	12	30,0
Não implantada	0	-	0	-	0	-

Fonte: Prefeitura Popular de Olinda, Secretaria de Saúde, 2003

## Discussão

O presente estudo propôs-se a conhecer a situação das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a ação programática Imunização e avaliar o grau de implantação dessa ação no conjunto das ESF do Município de Olinda.

Baseou-se no pressuposto de que vários atores, distintos interesses e cenário político-econômico

existente influenciam sobremaneira a implementação de uma intervenção, tornando-a diferente da planejada inicialmente. O método escolhido foi o de uma avaliação normativa. Segundo Contandriopoulos,<sup>11</sup> essa forma de avaliação, também chamada administrativa, compreende o julgamento da aplicação de normas e critérios pré-estabelecidos, considerados padrão para uma dada situação. Os componentes trabalhados na avaliação foram Estrutura e Processo; este último,

particularmente, é referido por Vuori<sup>17</sup> como o mais importante: “(...) se se quer melhorar a assistência, isso tem que acontecer no nível do processo ou da estrutura. Resultados são, sempre, consequência de alguma coisa. Se os resultados são precários, há que se voltar ao processo e descobrir coisas a serem corrigidas.”

Entretanto, devem-se mencionar as limitações metodológicas deste estudo, haja vista as dificuldades operacionais relacionadas a transporte, reprodução de material e limitação do tempo, além de outros procedimentos complementares que impedirem a adoção, como triangulação, da confirmação das respostas por mais de um meio de verificação.<sup>18</sup> Considere-se, portanto, na análise dos dados, a possibilidade de respostas falso-positivas (referência à execução da atividade, quando não aconteceu) e falso-negativas (relato de não-execução, quando aconteceu). O procedimento de repetir a entrevista em uma amostra, por sua vez, aumentou a confiabilidade do estudo ao afirmar a concordância entre a primeira e a segunda entrevistas.

Outra limitação refere-se ao critério de classificação, por demais rigoroso, no julgamento do grau de Implantado, quando da exigência de execução de 100% das atividades preconizadas, em que se utilizou o mesmo peso para cada questão.

Apesar dessas considerações, o modelo do estudo é útil e adequado para gestores locais, pois, ao identificar a atividade mais frágil, facilita a decisão de cada unidade de saúde da família de redirecionar o planejamento para o alcance de suas metas.

Em relação a cada atividade, analisada separadamente, percebe-se que 100% das equipes cumprem as normas do Ministério da Saúde para o PNI quanto à disponibilidade de todas as vacinas do esquema básico, realização do esquema completo e envolvimento multiprofissional na realização dessa ação programática. Elas são de grande relevância para o cumprimento da meta operacional do PNI.<sup>2</sup> Ademais, o trabalho conjunto dos profissionais da equipe tem papel importante na motivação da vacinação, pois auxilia na busca da participação e na orientação da população acerca de medidas de proteção e promoção da saúde.<sup>2</sup>

Para motivar a população, duas outras atividades contribuem com esse objetivo, “Educação em saúde” e “Entrosamento da equipe com entidades de apoio social”, as quais obtiveram pouca representatividade nas equipes – 75% e 2,5 %, respectivamente. Silva<sup>19</sup>

refere que “(...) *um dos obstáculos à elevação dos níveis de vacinação está nos conhecimentos e crenças dos usuários*”; por isso, é necessário que a equipe de saúde elabore estratégias de ação que despertem o interesse da população e mantenham as coberturas ideais de vacinação. Essas estratégias são tão mais efetivas quando a abordagem da comunidade acontece por intermédio de organizações governamentais ou não governamentais – estas que são formas legítimas de representação e canais de expressão de seus medos e anseios.<sup>2</sup>

*O modelo deste estudo é útil e adequado aos gestores locais, porque permite a identificação de fragilidades e o redirecionamento do PNI no Município.*

No que toca à conservação de vacinas, apenas 87,5% das ESF mantinham-nas em condições adequadas. Nesse sentido, a falha mais encontrada foi o mau estado de funcionamento de geladeiras e termômetros – que pode levar ao comprometimento das propriedades dos imunobiológicos –, em claro descumprimento das normas referentes à cadeia de frio preconizadas pelo PNI.<sup>2</sup>

Observa-se que o fichário com cartão de aprazamento na sala de vacina, também recomendado pelo PNI (desde 1977),<sup>10</sup> foi atestado em apenas 35% das ESF do Município. Esse sistema de arquivo permite e facilita o controle, a identificação e a convocação dos faltosos mediante a separação dos usuários por faixa etária e data de aprazamento das próximas vacinas.<sup>10</sup> Essa ausência, contudo, não impedi a busca dos faltosos às vacinas, pois, segundo os entrevistados, essa atividade é realizada pelos ACS, via “cartão sombra”, em 97,5% das equipes. A julgar pela detecção de casos de coqueluche observados em 2001 e 2002,<sup>14</sup> essa atividade tampouco foi suficiente. O baixo custo das vacinas, porém, associado ao reduzido pessoal necessário para o desenvolvimento do Programa, mostra-se altamente compensador ante o sofrimento e angústia a que está sujeita a população com a doença, a ameaça de incapacidade e a morte, de custo inestimável.<sup>20</sup>

As normas de vacinação do Ministério da Saúde, que dispõem sobre a organização e normalização do atendimento, fazem-se presentes e são cumpridas por

97,5% das equipes de saúde da família. Verifica-se, porém, que a adesão das ESF de Olinda às rotinas preconizadas não se faz a contento. Segundo Pierce,<sup>21</sup> o atendimento das normas contribui para a diminuição nas falhas de vacinação e para o aumento dos níveis de cobertura vacinal.

Observou-se, sem embargo, boa cobertura vacinal do Município em 2002, para as vacinas Sabin (95,7%), anti-sarampo (103,6%), BCG (113,2%), hepatite B (97,5%), entre outras.<sup>22</sup>

Algumas recomendações merecem e devem ser feitas. Uma ação importante diz respeito aos técnicos responsáveis pela supervisão das salas de vacina, na revisão do funcionamento das geladeiras e termômetros, para garantir a qualidade dos imunobiológicos; e na análise e consideração, em conjunto com as ESF, sobre a possibilidade de implementação do fichário de aprazamento das vacinas, para que esse valioso instru-

mento de monitoramento não fique restrito ao “cartão sombra” dos agentes comunitários de saúde.

A ação programática Imunização no Município de Olinda alcançará o grau de Implantada e a meta de 100% da população-alvo imunizada – evitando-se, assim, o surgimento de doenças imunopreveníveis –, quando todo o processo for objeto do máximo cuidado, desde o aspecto operacional do programa até as ações de caráter político com base no compromisso com a saúde da população, especialmente a promoção e proteção à saúde da criança. Um exemplo de atendimento a esta última preocupação estaria na articulação intersetorial da Saúde com outros setores da administração municipal, como a Educação e a Ação Social, e, da mesma forma, com organizações sociais não governamentais, visando ao estabelecimento de parcerias, que, sem dúvida, repercutirão positivamente na comunidade.

## Referências bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Actas Oficiales nº 217. 27<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud - 7 a 23 de mayo 1974. Ginebra: OMS; 1974.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 4<sup>a</sup>. ed. Brasília: Funasa; 2001.
3. Organização das Nações Unidas. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança e plano de ação para a aplicação da declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança no decênio de 1990: cúpula mundial em favor da infância. Nova York: ONU; 30 de setembro de 1990.
4. Batista Filho M, Romani SAM, organizadores. Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco. Recife: Ed. Bagaço; 2000.
5. Veras AACa, Osório MM, Frias PG, Sarinho SW, Romani SAM. Avaliação da atenção à saúde da criança e da gestante em serviços municipais de saúde em Recife. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; 2004. Série de publicações científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, nº 8.
6. Sobral DHS, Galleguillos GB. Avaliação da qualidade do serviço das salas de vacina do Município de São Paulo. Anais da 4<sup>a</sup> Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2004 nov. 23-26; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 45.
7. Souza MF, organizador. A Real-Idade do PSF: conversando com quem faz. Rio de Janeiro: Cebes; 2004. p. 90-94.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
9. Sousa MF. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate 2000;7-14.
10. Gonçalves ML, Almeida MCP, Gera SC. A Municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, 1993. Caderno de Saúde Pública [periódico na Internet]. 1996 [acessado 2003 agosto];12(1). Disponível em: <http://www.scielo.br>
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineaut R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. Cap. 2. p. 29-47.

12. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1997 jan-mar [acesso 2003 agosto];13(1). Disponível em: <http://www.scielo.br>.
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
14. Secretaria de Saúde de Olinda. Diretoria de Vigilância à Saúde. Departamento de Epidemiologia. Olinda: SES; 2003.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Roteiro de avaliação dos programas PAISM/PAISC/PROSAD. Brasília: MS; 1994.
16. Donabedian A. Basic Approaches to Assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. p.75–125.
17. Vuori H. A Qualidade em Saúde. Apud: Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate 2000;15-28.
18. Yin RK. Estudo de casos: planejamento e métodos. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. p. 56.
19. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados a não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, SP, 1994. *Revista de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 [acessado 2003 agosto];33(2). Disponível em: <http://www.scielo.br>
20. Costa AA. Programa de imunização: um desafio continuado [tese de Mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.
21. Pierce C et al. The Impact of the standards for pediatric immunization practices on vaccination coverage levels. *JAMA* 1996;626–630.
22. Ministério da Saúde. Dados e indicadores de saúde [dados na Internet]. Brasília: MS [acessado 2003 outubro]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>