

Saúde bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informação em saúde

Oral health in Brazilian primary health care: seeking a health information system

Leonardo Carnut ¹
 Nilcema Figueiredo ²
 Paulo Sávio Angeiras de Goes ³

Resumo

A informação é elemento-chave para a saúde pública. Apesar da relevância da informação como base do processo de trabalho em saúde, autores apontam para o baixo uso da mesma ratificando que o trabalho no SUS ainda permanece se dando de forma pouco embasada. O objetivo desse estudo foi realizar uma avaliação crítica da literatura existente sobre informação em saúde e suas implicações para a saúde bucal. Para tanto se fez uma busca na literatura indexada nacional revisando-se a partir de uma estrutura de tópicos: Introdução (Conceito de Informação), Sistemas de informação em saúde e Sistemas de Informação e Saúde Bucal. Pode-se concluir que apesar dos vultosos investimentos em saúde bucal nos últimos anos, a área ainda não possui um sistema de informação que dê conta das demandas relativas ao monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no nível local, sendo a implantação da Ficha D-SB uma promissora ferramenta nesse sentido.

Descritores: sistemas de informação. atenção primária à saúde. odontologia em saúde pública.

Keywords: information systems. primary health care. public health dentistry.

Abstract

Information is an essential key for public health action. In Brazil, according to law should be highlighted that information is a tool for funding health care. However some authors argue that most of decisions are not based on epidemiological information. It was aimed to carry out a critical review about health information literature and its implication for oral health. In order to do this, the main Brazilian journals in Scielo Library public health were searched and analyzed. The paper was divided in three main parts as follow: Introduction (Concept of Information), Information Health System, Information System and Oral Health. Although the substantial funding from the federal government to Oral Health Policy, the national health system did not have an information system to deal with it. Efforts have been made by the Ministry of Health to implement an Oral Health component in the primary health care information system (SIAB).

¹ Mestre em Saúde Coletiva – Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) – Universidade de Pernambuco (UPE)

² Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-UPE. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

³ Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London – UK. Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – Universidade de Pernambuco – FOP-UPE

Para correspondência:
 Prof. Msc. Leonardo Carnut
 email: leonardo.carnut@gmail.com

Data da Submissão: 24/11/2010
 Data do Aceite: 24/12/20

Introdução

Entende-se por *informação* uma descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo sistemático¹. Etimologicamente, *informação* significa colocar algo em uma forma ou em outra forma diferente, transferindo-a de um estado para outro. Economistas da saúde comparam *informação em saúde* e *informação do cuidado em saúde* como bens que são supridos e demandados dentro de um sistema de saúde². Complementando Thiede e McIntyre², Marteleto³ afirma, sob uma ótica filosófica, que a informação é ao mesmo tempo requerida nos domínios econômicos e tecnológicos por sua potência relacionante e preterida nos campos científicos, ora por sua precária consistência ontológica, ora pela fragilidade da sua condição epistemológica.

Contudo, a *informação* sempre advém de um *dado* que a origina. Uma forma de sistematização do processo de trabalho de produção de informação considera o *dado* como matéria-prima e a *informação* como produto. O trabalhador (profissional de saúde), com um projeto em mente (objetivo), vai manipular (organizar, tabular e analisar) *dados* (matéria-prima) utilizando ferramentas (conceitos, indicadores, técnicas e métodos) de um certo modo (modelo de organização do processo) para a obtenção de um produto (*informação*). Este sujeito que procura a informação busca o *conhecimento* de uma situação que é oriundo dessa informação⁴.

O *dado* tende a ser unidimensional. Dados podem ser a simples enumeração de eventos ou de suas características quantitativas ou ainda, a representação numérica da propriedade de eventos, que necessitam ser consolidados e analisados, conferindo-lhes uma interpretação coerente. Quando estes são submetidos a métodos de agregação, erro e desvio são chamados de *dados estatísticos*. Podem ser obtidos de forma prospectiva ou retrospectivamente, de maneira regular e padronizada ou não e em geral são apresentados em forma tabular como frequências relativas ou brutas⁵.

Já a *informação* é caracterizada pela representação da realidade de acordo com as referências dos campos de saber em saúde; seja da clínica, da epidemiologia, das áreas básicas ou aplicadas, ou operacionais ou profissionais em saúde e de campos diversos que se pretendam articular a descrição, explicação ou entendimento de situações e problemas. A utilização de dados para compor um módulo de informação requer que se

estabeleça uma finalidade ou que se formule uma conjectura ou hipótese a ser testada⁵.

A informação é elemento-chave para a saúde pública⁴, pois a mesma subsidia a tomada de decisões em saúde. O conhecimento sobre situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços, disponibilidade de recursos humanos, de infraestrutura e financeiros. Além disso, na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas coletivos, utilizando-se o conhecimento que gera desde a assistência direta nas unidades de saúde até o estabelecimento de políticas específicas e a formulação de planos e programas⁵. Esses tipos de informações são chamadas de *Informações em Saúde*.

Segundo Mota e Carvalho⁵ as informações que mais comumente se trabalha no âmbito da saúde pública podem ser classificadas de acordo com sua aplicação, com os diversos tipos de ações e serviços e com as práticas de atenção à saúde e gestão. No Brasil, as informações em saúde são dotadas de uma importância legal. A lei 8.080 no artigo 7º, inciso VII versa que deve ser usada a *epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática*⁶, logo o uso da informação em saúde, em especial a *epidemiológica*, tem importância capital na consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente no tocante a operacionalização da equidade.

A preocupação com a informação em saúde pode ter como dos marcos a discussão travada durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, considerando formulações prévias de fóruns específicos definiu-se diretrizes para a confecção de uma política para a área. Entre as recomendações apresentadas vale à pena destacar que: "A política nacional de produção e disseminação de informações deve priorizar a integração entre as diversas bases de dados sociais, econômicos, epidemiológicos, que já estão disponíveis e agregar significativas séries históricas de dados"⁷. Desde então, o desenvolvimento e a implantação de sistemas de informação em saúde de cobertura nacional têm atendido as lacunas na disponibilidade de dados para áreas críticas de suporte aos processos de conhecimento e acompanhamento da situação de saúde em anos recentes⁸. Para Barros⁹, este desenvolvimento permite que seja feito o monitoramento das condições de saúde da população, sendo instrumentos fundamentais balizadores das políticas

de saúde, e servindo para uma visualização global do sucesso dos projetos em curso.

Apesar da relevância da informação como base do processo de trabalho em saúde⁵, Moraes e Santos¹⁰ apontam para o baixo uso da informação no processo de trabalho do SUS, que ainda permanece se dando de forma pouco embasada na realidade apontada pelas informações em saúde existentes. Uma das origens desta constatação é o baixo comprometimento em atender, de forma equânime, as reais demandas da população nos seus problemas de saúde.

Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Atualmente, a melhor forma de se obter informação em saúde é através dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS). Conceitualmente, o Sistema de Informação em Saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados¹¹. Para Moraes e Carvalho¹ um Sistema de Informação em Saúde pode ser entendido como um conjunto de componentes (estruturas administrativas, unidades de produção) que atuam integrada e articuladamente e que tem como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informação, com mecanismos e práticas próprios de coleta, registro, processamento, análise e transmissão de informações. Atualmente, Cohn et al¹² definem sistema de informação como um sistema que engloba todos os componentes da organização e todos os seus níveis de decisão, devendo ser composto tanto pelos sistemas informativos sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação, como também pelas condições de vida e ambiente do entorno, além daquelas sobre as condições de atuação dos serviços de saúde, suas formas de funcionamento e o grau de cumprimento dos objetivos propostos.

Os sistemas de informação são grandes aliados no processo de planejamento e programação. A abrangência e a qualidade dos sistemas de informação administrados pelo Ministério da Saúde vêm aumentando ano a ano, permitindo a elaboração de trabalhos de alto valor acadêmico e

análises de extrema utilidade para o planejamento, organização e avaliação de serviços e programas por profissionais que constroem o dia-a-dia do Sistema Único de Saúde, nos diferentes municípios deste imenso país¹³. Para Medeiros et al¹⁴, os sistemas de informação, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. Hoje em dia a informação em saúde tem sido uma prioridade recente de governo, especialmente com a introdução dos processos de pactuação de indicadores de saúde - Pacto pela Saúde, Pacto da Vigilância em Saúde, etc. - estratégias que fortalecem a informação e as análises de situação de saúde e valorizam os sistemas de informações com a ampliação do seu uso¹⁵.

Historicamente, no setor saúde, o registro de eventos e a produção de sistemas de informações receberam a denominação de Estatísticas Vitais, tendo as suas origens com a Polícia Médica. No século XVII, Gottfried Wilhelm von Leibniz, ao pensar a administração estatal, propunha a contagem do número de cidades, casas e população do país, além da listagem de mortes e suas causas. Inspirava-se na obra *Natural and Political Observations upon the Bills of Mortality* de John Graunt, publicada em 1662 e reeditada sob a supervisão de William Petty. Leibniz enfatizava a importância dos estudos estatísticos com destaque para a "aritmética política". Engels, utilizando os registros, estatísticas e publicações, já apontava para as relações entre saúde e as condições de vida da classe trabalhadora¹⁶.

No Brasil os primeiros Sistemas de Informação em Saúde seguiram a lógica das estatísticas vitais da polícia médica alemã. O primeiro Sistema de Informação em Saúde a ser estabelecido pelo Ministério da Saúde, antes mesmo da existência do SUS, em 1975, foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), cuja base de alimentação era a declaração de óbito (DO). Logo após outros foram surgindo de acordo com as necessidades da época, por exemplo, em 1982, ainda no modelo inampsiano, o governo extinguiu a unidade de pagamento por serviço pelo setor privado contratado pelo INAMPS, implantando as AIH (autorização de internação hospitalar) que hoje alimenta o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Na época do autoritarismo a lógica hospitalocêntrica regia o sistema de saúde¹⁷.

Com a instituição do SUS em 1988, e o foco

na atenção básica à saúde, novos sistemas de informação foram surgindo para dar conta das demandas por informações em saúde. Neste contexto foram criados sistemas de informação que se dedicavam a aspectos específicos do sistema de saúde como alguns programas especiais cuja cobertura populacional variava por área ou região⁵. Foi o caso do Sistema de Informação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs), cuja implantação foi iniciada em 1993 e trata dos dados gerados pelas práticas dos agentes comunitários de saúde e de profissionais instrutores e supervisores. Com vistas à ampliação do Sipacs e em razão da implantação e da cobertura crescente do Programa de Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou, em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que passou a contar com o banco de dados do Sipacs consolidado até aquele ano. Esse sistema de informação está voltado ao suporte operacional e gerencial de coleta, processamento e análise de dados e sua aplicação às atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família¹⁸.

O Siab foi um sistema idealizado para agregar e processar as informações sobre a população visitada¹⁸. Azevedo et al.¹⁹ complementam dizendo que o Siab é um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica, sinalizar a situação de adoecimento e morte na população, avaliar a adequação dos serviços e ações de saúde, além de contribuir para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas. Constitui-se de indicadores e marcadores para acompanhamento e avaliação da qualidade das ações desenvolvidas.

Outro sistema de informação que é alimentado a partir da atenção básica é o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) também conhecido como SIA-SUS. Apesar de mais antigo do que o Siab, o SIA até hoje possui grande uso na consolidação dos dados de produção ambulatorial no âmbito de Sistema Único de Saúde. O SIA-SUS foi implantado formalmente, em todo o território nacional pela NOB/91, em substituição ao sistema de pagamento de serviços ambulatoriais até então vigente. Serviu-lhe de base o Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (Sicaps). O processamento dos dados, a princípio, era feito de forma descentralizada, nos Estados e Municípios. A partir de 1994, frente à necessidade de gerar um banco de dados nacional, o envio de dados ao nível federal passou a ser feito de forma mais

uniformizada, exclusivamente por meio magnético, conforme Portaria do Ministério da Saúde e sua Secretaria de Assistência à Saúde, MS/SAS nº 228/94. Em 1995, o sistema passou a contar com as características que mantém atualmente, em que tanto os quantitativos dos procedimentos quanto seus valores são aprovados e criticados previamente, pelos gestores locais²⁰.

Apesar de todos os avanços na implantação de sistemas de informação que dessem conta do processo de captação de informações relevantes em saúde, os mesmos são alvo de críticas sobre sua lógica e funcionamento. De acordo com Moraes e Carvalho¹, os sistemas de informação em saúde são fragmentados e desconexos, seguem uma lógica biologicista da saúde/doença/cuidado, sendo assim, promovem uma perda da identidade do sujeito pleno e não se articula com outras bases de dados importantes de escolaridade e ocupação; e, quando estas estão presentes na coleta, possuem problemas de qualidade. Outro problema seria a insuficiência e a precariedade freqüentes dos sistemas de informação no tocante à construção dos indicadores necessários para o monitoramento e avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde²¹. Para Cohn et al¹² os grandes bancos de dados são sistematicamente avaliados como desatualizados e defasados. A isso se soma outro fator negativo para a potencialidade de sua atuação: a fragmentação administrativa do estado refletindo-se nesses bancos e nos agrupamentos de dados que apresentam, dificultando assim decisões e ações intersetoriais, e com isso reforçando as estruturas já existentes.

Na visão de Viacava²² e Mota⁸ as necessidades de informação para a gestão de sistemas locais ficam comprometidas com os sistemas de informação nacionais, principalmente quanto à representatividade. Com a descentralização da saúde, os sistemas locais precisam superar os obstáculos para a obtenção de dados por micro-áreas, possibilitando, portanto, um nível adequado de desagregação por área geográfica na análise, dirigindo ao conhecimento da situação local de saúde, seja no nível municipal e ou por setores censitários.

Para Magalhães²³ a incapacidade de trabalho com informações em saúde refletem no processo de trabalho, em especial, na operacionalização da equidade. O trabalho em saúde reconhece a falta de uma "cultura informacional" capaz de produzir o registro acurado de dados regionalizados sobre questões substantivas para a análise das

desigualdades em saúde, como situação ocupacional, étnica e educacional. Ainda que o desenvolvimento recente de novas tecnologias para o processamento e divulgação de dados relevantes seja um avanço inegável, o planejamento de ações voltadas ao enfrentamento das desigualdades em saúde no país ainda é bastante dificultado pela fragilidade das fontes de informação.

Visto desta forma os sistemas de informação que deveriam atuar como parte de uma sociedade panóptica não se estabelecem. Isso ocorre, ora pela fragmentação dos sistemas *per se*; ora pela falta de propriedade na utilização dos sistemas dos diversos atores, profissionais de saúde e gestores; ou pelo governo que despende grande soma de recursos sem conseguir o efetivo exercício do biopoder¹⁶.

Sistemas de Informação em Saúde e Saúde Bucal

Os problemas dos sistemas de informação repercutem em saúde bucal de forma significativa. Em suma, dos vários sistemas utilizados pelas equipes da equipes de saúde da família só é possível obter informações sobre saúde bucal no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) registra dados relacionados à saúde bucal. O SIA foi implantado dentro de uma lógica predominantemente contábil de controle de gastos com a assistência ambulatorial. A unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado de acordo com os atos profissionais (consulta, aplicação de flúor, escariação, restauração, exodontia, etc.); portanto não há dados sobre o diagnóstico, faixa etária da população atendida ou motivo do atendimento. A utilização do sistema de informação ambulatorial (SIA) é proposta para análise quantitativa da descentralização das ações em saúde. Dessa forma a consulta ao SIA permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização de saúde bucal nos municípios²⁴.

Já o Siab pretende uma caracterização da atenção básica reunindo indicadores epidemiológicos e gerenciais de diversas doenças e agravos, no entanto, em relação à saúde bucal, ele é deficitário e inespecífico, agregando as ações preventivas em saúde bucal na área de *atividades*

coletivas de outros profissionais de nível superior. Logo, os SIS usados na atenção básica necessitam de informações de *saúde bucal* que sirvam de base para a análise situacional de saúde do território e auxiliem no processo de monitoramento e gestão visando garantir a resolutividade destas ações.

Visando solucionar a questão, desde 2001, o Ministério da Saúde propôs a formulação de uma ficha (Ficha D-Saúde Bucal) onde o registro das atividades de saúde bucal seria feito no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), utilizando esse instrumento para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes²⁵, no entanto anos se passaram desde a criação do Siab, porém pouco tinha sido feito para resolver as limitações e insuficiências que precisavam ser superadas no processo de seu desenvolvimento. Mais recentemente, o empenho da área técnica do MS, resultou num conjunto de propostas com vistas à definição dos conteúdos do que deveriam vir a ser a Ficha D de Saúde Bucal do Siab. Tais propostas foram sistematizadas e analisadas numa Oficina de Trabalho realizada em agosto de 2007, cujo produto é a proposta de Ficha D-SB que foi submetida à consulta pública²⁶.

A Ficha D-SB apresentada neste momento foi estruturada de modo a proporcionar o registro de ações úteis à construção de indicadores quantitativos para avaliação de serviços. Buscou-se que a “unidade de análise” dos dados gerados pela ficha pudesse abranger, combinando-se com outros registros de natureza administrativa (como jornada de trabalho dos profissionais, por exemplo), desde o trabalho de uma única equipe de saúde bucal até o país inteiro. Mas sua finalidade estratégica é proporcionar ao gestor local, e às equipes envolvidas com a atenção básica à saúde, um instrumento adequado para o planejamento e a avaliação do que se faz em cada local. As ações estão classificadas segundo o alcance (individual ou coletivo), o contexto (programático ou não-programático) e a modalidade (assistência ou vigilância). As ações individuais são classificadas de acordo com sua finalidade (diagnóstica, preventiva ou terapêutica) e o seu grau de resolução (intermediária ou conclusiva)²⁶.

Conclusões

Ante o exposto, fica evidente que apesar dos vultosos investimentos em saúde bucal nos últimos

anos, a área ainda não possui um sistema de informação que dê conta das demandas relativas ao monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no nível local, sendo a implantação da Ficha D-SB uma promissora ferramenta nesse sentido.

Diante da gama de sistemas de informações que se utilizam na atenção básica à saúde, uma alternativa poderia ser a inserção de dados de saúde bucal em bancos de dados pré-existentes. Por exemplo, o cuidado das gestantes de uma área adstrita deve ser prioridade para a equipe de saúde bucal como preconizado na NOAS/2001²⁷, logo dados de saúde bucal poderiam integrar o Sisprenatal, dando um primeiro passo para ruptura do modelo de fragmentação dos sistemas de informação.

Contudo, a importância dessas informações deve ser sempre ressaltada. Não há como planejar sem informações. E é por isso que a informação epidemiológica em saúde bucal se faz necessária, como também a articulação dessas informações com indicadores subjetivos de qualidade de vida. Talvez, essa estrutura informacional seja a parte que falta para organizar o processo de trabalho da saúde bucal na atenção básica em consonância com modelo de vigilância à saúde.

Referências

- Moraes IHS, Gomez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Rev C S Col* 2007; 12(3):553-565.
- Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad S Pub* 2008; 24(5):1186-1173.
- Marteleto RM. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. *Rev C S Col* 2007; 12(3):576-579.
- Júnior MD. Epidemiologia em Serviços de Saúde: Conceitos, Instrumentos e Modo de Fazer. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho, YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p 419-456.
- Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p 505-521.
- Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(4):863-896.
- Mota E. Inquéritos populacionais integrados ao Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(4):884-885.
- Barros AJD. São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(4):872-874.
- Moraes IHS, Santos SRFR. Informação para Gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas. *Inf Epidemiol do SUS* 2001; 10(1):49-56.
- White KL. Information for health care: an epidemiological perspective. *The Journal of Health Care Organization, Provising and Financing* 1980 17:296-312.
- Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev S Pub* 2005; 39(1):114-21.
- Tauil PL. A importância do uso dos sistemas de informação em estudos e pesquisas na área de epidemiologia. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13(1):5-6.
- Medeiros KR, Machado OHP, Albuquerque PC, Junior GDG. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Rev C S Col* 2005; 10(2):433-440.
- Souza DJ et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Odontol em S Col* 2001; (2):7-28.
- Paim JS. Informação e política de saúde. *Rev C S Col* 2007; 12(3):566-567.
- Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ____ *Epidemiologia e Saúde* 2003 Rio de Janeiro: Medsi, 2003 p.1-16.
- Ministério da Saúde. *SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica: Secretaria de Assistência à Saúde*. Coordenação da Saúde da Comunidade, 1998.
- Azevedo ALM, Barbosa MGMM, Santos JS. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da atenção primária a saúde. *Rev Bras Med Fam Com* 2006; 2(6):93-99.
- Carvalho DM. Grandes Sistemas Nacionais de Saúde: revisão e discussão da situação atual. IESUS, 1997 p.7-46.
- Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Rev C S Col* 2006; 11(3):643-655.
- Viacava F. Informação em saúde: importância dos inquéritos populacionais. *Rev C S Col* 2002; 7(4):607-621.
- Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Rev C S Col* 2007; 12(3):667-673.
- Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12(1):41-51.
- Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica n. 7. *A Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde*, Brasília 2001.
- Ministério da Saúde. *Proposta de Ficha D-Saúde Bucal para o SIAB - Documento para Consulta Pública* Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de Janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS 2001). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jan. 2001a.