

**Characterization of dental health care
in primary health through using oral
health form-D: preliminar results**

| Caracterização das ações de saúde bucal na atenção básica por meio do uso da ficha-D saúde bucal: resultados preliminares

ABSTRACT | *Introduction: Information is key concept in public health because it must support health policy decision making process. Objective: To use an standard form for oral health to get oral health data from oral health primary health care teams from communities covered by the health family strategy. Methodology: It was a descriptive and exploratory study based on secondary data collection thought out an standard form created by the ministry of health in order to register oral health practices from the oral health care team in the family health strategy. Results: It was observed that 57,9% (723) of regular attenders to the dentist were from those above 15 years old and 71,4% (20) of the total home dental care visits were made by the dentist. Considering the individual procedures carried out by the dentist 63,3% (1231) were registered as conclusive (Dental fillings, dental extractions and scalling among others), moreover among preventive actions 42% (372) were of supervised tooth brushing. From oral health surveillance point of view, dental pain was the main condition informed with 69,7% (67) of all cases. Conclusion: The oral health standard form seems to be ready as a tool to demonstrate activities developed by the teams. It was show that the regulars visitor were not the priority group for the oral health national policy, in addition the regular visitor have all their needs satisfied. Dental pain was the main complain registered under oral health surveillance which could reflect unmeet treatment needs for other groups.*

Keywords | *Information systems; Primary health care; Oral health; Family Health Program; Epidemiologic surveillance.*

RESUMO | *Introdução: A informação é elemento-chave para a saúde pública, pois subsidia a tomada de decisões em saúde. Objetivo: Utilizar a ficha D-SB como instrumento de captação de dados geradores de informações em saúde bucal de área adstrita à estratégia de saúde da família. Metodologia: Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório com coleta de dados secundários, por meio das Fichas D-SB preenchidas no mês de dezembro de 2007 por 12 equipes de saúde bucal das unidades de saúde da família. Resultado: Observou-se que 57,9% (723) das consultas programáticas foram realizadas em indivíduos maiores de 15 anos e 71,4% (20) das visitas domiciliares foram feitas pelos cirurgiões-dentistas. Em relação às ações individuais, 63,6% (1.231) foram do tipo “terapêutica conclusiva” (restaurações dentárias, extrações e raspagens periodontais, entre outros) enquanto, dentre as ações coletivas, 42% (372) foram escovações dentais diretas. Das ações de vigilância, a dor de dente foi a ocorrência mais registrada com 69,7% (67) dos casos. Conclusão: A ficha D-SB parece servir para caracterizar as atividades desenvolvidas pelas equipes. A população que possui mais acesso não é a preconizada pela Política Nacional de Saúde Bucal. Entre os que acessam, as ações conclusivas foram predominantes. A dor de origem dental é o agravo sob vigilância mais frequente, o que aponta para acúmulo de necessidade de tratamento.*

Palavras-chave | *Sistemas de informação; Atenção primária à saúde; Saúde bucal; Programa Saúde da Família; Vigilância epidemiológica.*

¹Mestrando em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE) Área de Saúde Coletiva.

²Professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (DMS-UFPE).

³Professor adjunto do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – Universidade de Pernambuco (FOP-UPE).

INTRODUÇÃO |

Em termos de densidade tecnológica, a atenção básica apoia-se no uso de tecnologias leves para orientar o processo de cuidado⁹. Uma dessas tecnologias leves¹⁶ é a *informação em saúde*. O uso da informação é essencial para a construção de um modelo de vigilância à saúde que, ao ser operacionalizado dentro do aporte teórico preconizado²², finda por fortalecer o Sistema Único de Saúde. No entanto, os cirurgiões-dentistas, por terem sido inseridos tardiamente na estratégia de saúde da família⁷, vêm demonstrando dificuldades no manejo dessa tecnologia e, conseqüentemente, encontrando problemas para consolidar o seu processo de trabalho na atenção básica, principalmente no tocante ao acesso do usuário²³. Contudo, para entender a causa dessas dificuldades, faz-se necessário um aprofundamento conceitual sobre as categorias: *informação*, *informação em saúde* e *informação epidemiológica*.

Entende-se por *informação* uma descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo sistemático¹⁷. Etimologicamente, *informação* significa colocar algo em outra forma diferente da original, transferindo-a de um estado para outro²⁷. A *informação* sempre advém de um *dado* que a origina. Analogamente a um processo fabril, o *dado* atua como matéria-prima e a *informação* como produto. O *dado* caracteriza-se pela simples enumeração de eventos, enquanto a *informação* representa o tratamento matemático ou estatístico de determinado dado e reflete uma situação específica da realidade observada. Essa informação, quando aplicada à área de saúde, é chamada de *informação em saúde* que pode ser classificada quanto à sua natureza (clínica, epidemiológica, administrativa e condições e vida), tendo como objetivo entender a situação de saúde de forma quantitativa e ainda articular descrições, explicações ou entendimento de situações e problemas relacionados com outras áreas¹⁵.

A informação é elemento-chave para a saúde pública, pois subsidia a tomada de decisões em saúde. O conhecimento sobre situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade (*informações epidemiológicas*), os principais fatores de risco, seus determinantes e as características demográficas (*informações de condições de vida*), informações sobre os serviços, procedimentos, disponibilidade de recursos humanos, de infraestrutura e financeira (*informações administrativas*) e as relativas ao atendimento individual (*informações clínicas*)⁸. Dentre os tipos de informações em saúde aqui exemplificados, a *informação epidemiológica* goza de maior relevância para o Sistema Único

de Saúde (SUS), haja vista o disposto na Lei nº. 8.080, no art. 7º, VII (*uso da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática*)⁶.

Didaticamente, pode-se dizer que há duas formas de se obter informações epidemiológicas no SUS: a primeira com a *coleta de dados primários*. Um exemplo clássico desse caso são os *inquéritos (ou levantamentos) de saúde*^{29,20}. É fundamental frisar que, em saúde bucal, informações epidemiológicas válidas podem ser obtidas pela análise dos levantamentos nacionais, como o SBBrazil 2003, por exemplo¹⁹. Todavia para o planejamento das ações locais de saúde bucal (nas Unidades de Saúde da Família), os dados nacionais apresentam limitações quanto à inferência estatística para o nível local¹⁴, forçando a Equipe de Saúde Bucal a realizar seu próprio levantamento local, caso queira dispor de informação epidemiológica confiável.

A segunda forma é por meio da *coleta de dados secundários*. Um exemplo deste caso é o uso dos *Sistemas de Informação em Saúde (SIS)*²⁶. Conceitualmente, o Sistema de Informação em Saúde pode ser entendido como um instrumento utilizado para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde²⁹. Com a implantação do SUS, foi catalizada a criação de vários desses sistemas de modo a oferecer informações regulares aos diversos níveis de gestão do sistema à tomada de decisão¹⁸.

Mesmo com o avanço desses sistemas, a falta de dados de morbidade bucal nos Sistemas de Informação em Saúde correntemente implantados no SUS ainda persiste⁴. Esse fato compromete aspectos importantes da atenção à saúde bucal na atenção básica, como o planejamento das ações², organização da demanda por serviços de assistência¹¹ e avaliação do impacto da atenção à saúde bucal sobre a população do território adstrito¹.

Com o intuito de dirimir essa situação, o Ministério da Saúde, em 2007, após extensas discussões com gestores estaduais e municipais, consulta pública via internet com ampla participação de entidades e serviços de saúde e após o aval do Comitê Nacional de Vigilância à Saúde Bucal, propôs a formulação da Ficha D-Saúde Bucal (Ficha D-SB) na qual o registro das atividades de saúde bucal seria agregado ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizando essa ficha para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes⁸. Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou relatar os resultados obtidos a partir da utilização da ficha D-SB, como instrumento de captação de dados geradores de *informações em saúde bucal* de áreas adstritas à estratégia de saúde da família.

METODOLOGIA |

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, com coleta de dados secundários, por meio das Fichas D-SB preenchidas no mês de dezembro de 2007, nas próprias unidades de saúde. O estudo ocorreu no Distrito Sanitário II da Cidade do Recife, com 12 Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As ESBs usaram, como instrumento de coleta de dados, a Ficha D-SB, na qual se registrava todo o processo de trabalho relacionado com a saúde bucal diariamente. A Ficha D-SB é dividida em duas grandes seções:

a) na frente da ficha, observam-se os campos relacionados com o registro do *acesso aos serviços de saúde bucal por tipo de acesso e faixa etária*. Seis tipos de acesso (conceitualmente diferentes) podem ser registrados no instrumento, visando a compreender como está sendo o fluxo de consultas, que podem ser de primeiro acesso ao cirurgião-dentista (primeira consulta programática) ou retorno a

um tratamento que foi abandonado (consulta programática de manutenção). O Quadro 1 sintetiza como as consultas odontológicas estão associadas aos conceitos diferentes do acesso.

b) no verso da ficha, encontram-se caselas para registro das atividades procedimentais não programáticas (“da área” ou “fora da área”), visitas domiciliares (“realizadas pelo CD”, “realizada pelo TSB” e “realizadas pelo ASB”), atividades coletivas, atividades individuais (“preventivas”, “intermediárias” e “conclusivas”) e de vigilância de algumas doenças bucais (“fluorose dentária”, “alterações da mucosa bucal”, “deformidades craniofaciais”, “casos de dor de dente”, “casos de abscesso dentoalveolar”).

O preenchimento da Ficha D-SB foi compulsório para todos os cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família localizadas no território do Distrito Sanitário II do município de Recife. Ao término desse período, os dados

Quadro 1 – Tipos de consultas odontológicas programáticas: classificação e definição

| Classificação | Tipos de Consultas Odontológicas | Definição |
|---------------------------------------|---|---|
| Primeiras Consultas Programáticas | Tratamento Iniciado do Ingressante (TII) | É o primeiro contato do usuário (aqui entendido com “ingressante”) a ESB. Admite-se que o usuário nunca tenha tido acesso ao dentista da Unidade de Saúde da Família. As atividades relacionadas com essa consulta são o exame odontológico inicial e a elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT) |
| | Consulta sem Alta no Tratamento Programático | Trata-se de uma consulta odontológica entre a TII e a consulta final do tratamento do usuário (TCI) |
| | Tratamento Concluído do Ingressante (TCI) | É a última consulta do usuário para finalizar o seu tratamento. Deve ser entendida como a consulta de alta clínica do paciente, em que ele não tem mais nenhuma necessidade clínica <i>normativa</i> a ser executada |
| Consultas Programáticas de Manutenção | Tratamento Iniciado de Manutenção (TIM) | Definida como a consulta inicial da retomada de um tratamento que não foi concluído pelo usuário (o termo <i>manutenção</i> aqui é entendido como o usuário que já acessou o dentista da ESB e esse novo tratamento <i>não</i> é o primeiro contato com ele). Não deve ser confundida com o primeiro acesso do usuário à ESB da sua área adstrita, logo não se deve registrar o código de primeira consulta odontológica no SIA-SUS. Trata-se de um reinício de um tratamento que foi abandonado, portanto deve-se proceder a novo exame odontológico inicial e novo plano preventivo-terapêutico |
| | Consulta sem Alta no Tratamento de Manutenção | Trata-se de uma consulta odontológica entre a TIM e a consulta final do tratamento do usuário de manutenção (TCM) |
| | Tratamento Concluído de Manutenção (TCM) | Neste caso, é a última consulta do usuário para finalizar o seu tratamento odontológico, que <i>não</i> foi o primeiro tratamento que ele realizou com o cirurgião-dentista da ESB. Deve ser entendida como a consulta de alta clínica desse usuário, em que ele não tem mais nenhuma necessidade clínica <i>normativa</i> a ser executada |

foram inseridos no programa Excel for Windows XP para análise descritiva. Esta pesquisa foi parte do projeto: “Efetividade da informação epidemiológica de saúde bucal como instrumento de planejamento, gestão e controle social”, que esteve isenta de conflito de interesse, e as considerações éticas foram realizadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco. A pesquisa foi aprovada pelo Parecer nº. 01840097000-08.

RESULTADOS |

Ao término do período analisado, pôde-se observar que 1.248 consultas programáticas foram realizadas pelas 12 equipes de saúde bucal localizadas no território. Como se observa na Tabela 1, a maioria desses atendimentos foram em maiores de 15 anos (57,9%) enquanto 42,1% foram realizados na população de 0-14 anos.

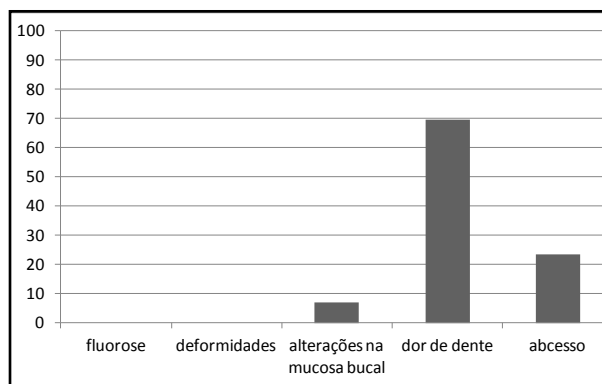
Em relação aos atendimentos não programáticos, 70,9% (78) foram de usuários que pertenciam à área adstrita e 29,1% (32) foram de usuários fora da área adstrita das unidades de saúde da família. Quanto ao profissional da ESB que fez visita domiciliar no período do estudo, percebe-se que 71,4% (20) das visitas foram feitas pelo cirurgião-dentista, 17,8% (5) realizadas pelo técnico em saúde bucal (TSB) e 10,7% (3) pelo auxiliar de saúde bucal (ASB).

Quanto às *ações coletivas*, 49,1% (434) dos registros foram relativos à escovação dental supervisionada indireta, seguida de 42% (372) escovações dentais diretas e 8,8% (78) educações em grupo. Já nas *ações individuais*, 63,6% (1.231) dos procedimentos individuais foram do tipo “terapêutica conclusiva” (restauração de dente decíduo e/ou permanente; exodontia de dente decíduo e/ou permanente; raspagem, alisamento e polimento coronorradicular por sextante;

aplicação terapêutica individual de flúor em cárie incipiente; controle clínico da dor ou infecção odontogênica; pequena cirurgia odontológica; instalação e adaptação de prótese dental); 15,3% (297) foram procedimentos individuais do tipo “terapêutica intermediária” (selamento provisório de cavidade dentária; acesso à polpa dentária e medicação; moldagem dentogengival para confecção de prótese dental); e 20,9% (405) foram do tipo “preventivas” (aplicação de selante por dente; aplicação de flúor nos arcos dentários).

Dentre as ações de vigilância à saúde bucal, observa-se que a maioria dos casos registrados referem-se à “dor de dente”, compondo 69,7% (67) dos casos que demandaram das unidades de saúde da família sob estudo, como pode ser visto no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Proporção de ações de vigilância em saúde bucal registrados na ficha D-SB, Distrito Sanitário II, Recife/PE, dezembro-2007



DISCUSSÃO |

O presente estudo demonstrou como a utilização de um instrumento de registros de dados pode ser uma

Tabela 1 – Proporção de consultas odontológicas programáticas por faixa etária de 0-14 anos e de 15 anos acima registradas na ficha D-SB, Distrito Sanitário II, Recife/PE, Dezembro-2007

| Tipos de Consulta Programática | 0-14 anos | | ≥ 15 anos | | TOTAL | |
|---|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Primeiro tratamento odontológico programático (TII) | 249 | 42,3 | 339 | 57,6 | 588 | 100 |
| Consulta sem alta do primeiro tratamento odontológico programático | 152 | 42,6 | 204 | 57,3 | 356 | 100 |
| Primeiro tratamento odontológico programático concluído (TCI) | 31 | 72,0 | 12 | 27,9 | 43 | 100 |
| Tratamento odontológico programático de manutenção (TIM) | 75 | 35,1 | 139 | 64,9 | 214 | 100 |
| Consulta sem alta no tratamento odontológico programático de manutenção | 12 | 36,4 | 21 | 63,6 | 33 | 100 |
| Tratamento odontológico programático concluído de manutenção (TCM) | 6 | 42,8 | 8 | 57,1 | 14 | 100 |
| TOTAL | 525 | 42,1 | 723 | 57,9 | 1248 | 100 |

fonte de obtenção de informações em saúde bucal. A informação em saúde, como insumo (tecnologia leve) para o trabalho das ESB, funciona de forma a guiar as equipes na percepção da sua prática sanitária¹⁰. Esse instrumento, quando bem incorporado ao processo de trabalho, favorece boas práticas de planejamento⁵, monitoramento, avaliação¹³ como também o controle social²⁵.

No caso da Ficha D-SB, todos os grupos etários podem ser alvo de acompanhamento, em especial, o grupo prioritário para a saúde bucal (população de 0-14 anos)⁷, que deveria ser monitorado do ponto de vista do acesso aos serviços de saúde em seu sentido amplo²⁸, tanto pela utilização da assistência odontológica mensurada pela primeira consulta odontológica programada do ingressante (TII) como pelas ações coletivas focadas nesse grupo.

Ainda referente ao dado da primeira consulta odontológica programada do ingressante, ela mesma pode servir para acompanhar o atendimento assistencial à população coberta. Apesar de a realidade internacional da cobertura de equipes de atenção primária ser entre 1.000 e 2.000 indivíduos²⁴ no Brasil, uma ESB na estratégia de saúde da família, em proporção de 2:1, cobre em média 6.000 habitantes, o que torna a informação condição essencial ao processo de trabalho da equipe. O dado de “primeira consulta odontológica” pode ser utilizado para gerar indicador de cobertura de primeira consulta e ainda servir de acompanhamento da meta ministerial de 20% anual da população e também permitir que, ao longo de cinco anos, toda a população já possa ter tido a oportunidade de utilizar o serviço, minimizando, assim, o percentual de indivíduos que nunca visitaram um dentista na vida, o que, segundo Barros e Bertoldi³, pode ser considerado um grave problema no sistema único de saúde.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, favorecer o processo de mudança para o paradigma da vigilância à saúde é fundamental¹². A ficha D-SB permite essa possibilidade ao propiciar um monitoramento dos casos de *dor de dente* e *abscessos dentoalveolares*, eventos agudos da saúde bucal que, quando em alta frequência, podem significar a inefetividade das ações de saúde bucal do ponto de vista preventivo-promocional. Nesse caso, o monitoramento dessas condições pode resultar na construção de uma série temporal que facilitará a percepção do problema a ser enfrentado. Com uma prática caracteristicamente baseada na promoção da saúde, essas condições tenderão a diminuir ao longo da intervenção da equipe.

No entanto, a ficha D-SB possui certas limitações. A primeira

delas é a incapacidade de identificação dos indivíduos em relação às ações terapêuticas e de vigilância. Isso impede de se perceber quais grupos estão sendo mais ou menos privados da assistência e também em que grupos etários se concentram as morbidades sob vigilância, o que obrigaria ao profissional possuir registros à parte, como fichas específicas. A outra limitação refere-se ao fato de os dados registrados não serem de base populacional, ou seja, referem-se apenas aos indivíduos que conseguem ter acesso aos serviços de saúde bucal, sejam eles procedimentos clínicos (assistência propriamente dita), sejam preventivos (atenção aos escolares), ficando à margem dos registros aqueles que não conseguem acessar os serviços por essas vias.

Contudo, formas alternativas de buscar informações em saúde bucal devem ser encorajadas no intuito de dirimir as limitações do instrumento. Carnut et al.¹¹ elaboraram e validaram o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB), que pode ser utilizado como forma de especificar os indivíduos de 0-14 anos que devem ser prioridades na atenção, levando-se em consideração a capacidade desse índice em estimar lesões de cárie nessa faixa etária. Outra alternativa para resolver a necessidade de individualização dos dados (quando isso for necessário) seria recorrer às estratégias de coleta de dados primários. Apenas com os levantamentos epidemiológicos é que se consegue observar a distribuição das doenças em sua base populacional e, assim, estimar a real necessidade de tratamento²¹.

CONCLUSÃO |

A ficha D-SB parece servir para caracterizar as atividades desenvolvidas pelas equipes. Ficou demonstrado que o grupo priorizado pela PNSB obteve um menor acesso a consultas programáticas. Dentre as ações individuais, houve uma predominância de ações conclusivas; e, entre os eventos e agravos sob vigilância, a dor de origem dental é a mais frequente, o que aponta para acúmulo de necessidade de tratamento. É importante frisar que a implementação da ficha D-SB deve ser viabilizada pelo Ministério da Saúde, em termos de sua inserção nos SIS e pactuação como ferramenta do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:360-5.

- 2 - Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1026-35.
- 3 - Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(4):709-17.
- 4 - 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; 12:41-51.
- 5 - Barros, AJD. São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(4):872-3.
- 6 - Brasil. 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 República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set 1990.
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 267, 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 2001.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Proposta de Ficha D-Saúde Bucal para o SIAB – Documento para Consulta Pública. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2007.
- 9 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007, 68 p.
- 10 - Cardoso JP, Rosa VA, Lopes CRS, Vilela ABA, Santana AS, Silva ST. Construção de uma práxis educativa em informática na saúde para ensino de graduação. *Ciênc Saúde Colet*; 13(1): 283-8.
- 11 - Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(7):3083-91. (No prelo).
- 12 - Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6):1171-81.
- 13 - Goes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas em saúde bucal. In: Pereira AC. *Tratado de odontologia em saúde coletiva*. São Paulo: Editora Napoleão; 2009. p 395-412.
- 14 - Goes PSA. Vigilância à saúde bucal para o nível local: uma abordagem integrada para as equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família. In: Moysés ST, Kriger L; Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 258-287.
- 15 - 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*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p 419-56.
- 16 - Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- 17 - Moraes IHS, Gomez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(3):553-65.
- 18 - Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. P. 505-21.
- 19 - Narvai PC, Antunes JLF, Moysés SJ, Frazão P, Peres A, Peres KG, Sousa MLR, Roncalli AG. Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:647-57.
- 20 - Narvai PC, Biazevic MGH, Junqueira SR, Pontes ERCJ. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. *Rev Bras Epidemiol* 2001; 4(2): 72-80.
- 21 - Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(2):177-89.
- 22 - Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ____ *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- 23 - Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12): 2871-80.

24 - Savassi LCM, Dias RB. Planejamento de ações na Equipe. Grupo de Estudos em Saúde da Família. [citado 2010 out 19]. Disponível em: URL: <<http://www.smmfc.org.br/gesf2007/gesf2007.htm>> .

25 - Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(3):683-8.

26 - 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.

27 - Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5): 1173- 86.

28 - Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(supp 2):S190-8.

29 - Viacava F. Informação em saúde: importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(4):607-21.

Correspondência para / Reprint request to:

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Rua Engenheiro Clóvis de Castro, nº. 210, apto. 804,

Parnamirim, Recife – PE

CEP: 52060-180

e-mail: psagoes@uol.com.br