
O sistema de informação da atenção básica (SIAB) como ferramenta para verificar possíveis indicadores de câncer bucal

System information (SIAB) as a tool to verify possible indicators of oral cancer

¹Althea Ratti, ¹Regiane Cristina do Amaral, ²Cassius Torres-Pereira

¹Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba-SP, Brasil; ²Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil.

Resumo

Objetivo – Utilizar no Programa de Saúde da Família, para o planejamento e avaliação das ações em nível local. O câncer bucal tem sua etiologia fortemente influenciada por fatores de risco, entretanto há inexistência de ações de prevenção e detecção precoce da doença sendo que estes indicadores podem estar presentes na ficha do SIAB. **Métodos** – Foi realizado no município de Colombo-PR, um estudo transversal, observacional (jan-dez/2005) no qual foi quantificada a população de risco para o desenvolvimento do câncer bucal (homens, acima de 40 anos, tabagistas e etilistas) residente em duas áreas de abrangência da Unidade de Saúde Atuba, Colombo-PR. Foram identificados 620 usuários do sexo masculino, com idade superior a 40 anos (25,27%) e 22 registros de alcoolismo. **Resultados** – Embora os relatórios gerados pelo sistema não tenham permitido a delimitação exata do universo populacional sob maior risco, possibilitaram estimar um público alvo para estratégias de promoção de saúde, prevenção primária e secundária do câncer da boca. O estudo permitiu ainda vislumbrar possibilidades de “busca ativa” do câncer bucal baseada no grupo de alto risco, a partir de um Sistema de Informação já existente. **Conclusão** – Há necessidade de reformulação das fichas e do software do sistema SIAB, principalmente em relação aos itens tabagismo e etilismo que não estão presentes na mesma. O SIAB possui um importante potencial como instrumento de planejamento e avaliação de ações de prevenção do câncer bucal que ainda não foi devidamente explorado.

Descritores: Assistência odontológica; Neoplasias bucais; Atenção à saúde; Programa saúde da família.

Abstract

Objective – To use in Family Health Program, used to plan and evaluate actions at the local level. The oral cancer etiology is strongly influenced by risk factors, however there is no prevention and early detection of disease and that these indicators may be present in the form of SIAB. **Methods** – In Colombo-PR, a cross-sectional, observational (jan-dec/2005) was quantified in the population at risk for developing oral cancer (men over 40 years, smokers and drinkers) resident in two areas next of the Health Unit Atuba, Colombo-PR. Identified 620 male users, aged over 40 years (25.27%) and 22 records of alcoholism. **Results** – Although the reports generated by the system have not allowed accurate delineation of the universe at higher risk population, estimating a possible target for strategies for health promotion, primary and secondary prevention of cancer of the mouth. The study allowed us to glimpse the possibilities of "active pursuit" of oral cancer based on high-risk group, from an existing Information System. **Conclusion** – There is need for a revision of the forms and system software of SIAB, particularly in relation to smoking and drinking. The SIAB has potential as an important appliance for planning and evaluation of prevention of oral cancer has not yet been adequately explored.

Descriptors: Dental care; Mouth neoplasms; Health care; Family health program

Introdução

O câncer bucal compreende uma série de neoplasias malignas localizadas em diferentes regiões anatômicas, apresentando como principal subtipo histológico o carcinoma espinocelular ou de células escamosas, responsável por cerca de 90 a 95% dos casos. As localizações mais frequentes são, nesta ordem, lábio, língua e assoalho de boca, sendo do lábio mais comumente encontrado em pessoas brancas e ocorre com maior frequência no lábio inferior. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer – INCA¹, foram diagnosticados cerca de 14.120, sendo 10.330 homens e 3.790 mulheres (2010), sendo número de mortes em 2008 de 4.898 homens e 1.316 mulheres. No Paraná, em relação à mortalidade, a taxa ajustada para 100.000 foi de 14,78 no ano de 2005, tendo sido gastos aproximadamente três milhões de reais com internações desses pacientes. No Município de Colombo, a taxa de mortalidade foi de 12,70 no ano de 2005². Sabe-se que o

desenvolvimento do câncer de boca é induzido por uma combinação de fatores, entre eles, hábitos pessoais, atividade profissional e indicadores sócios demográficos. Sartori (2004)³ ressalta que 90% dos cânceres bucais estariam associados ao tabagismo e etilismo, sendo que além do efeito sinérgico entre tais hábitos, observa-se proeminente efeito dose-resposta. Constata-se, ainda, que o tabaco é o principal fator de risco. Como outros agentes, autores citam mais fortemente a exposição solar prolongada, e também outros fatores tais como hábitos de higiene bucal, fatores nutricionais, estados de imunodeficiência, e até infecções virais⁴⁻⁵. A incidência é maior no sexo masculino⁶ e ocorre mais comumente em indivíduos acima dos 40 anos de idade⁴. Assim, o câncer bucal tem se caracterizado como uma morbidade que acomete principalmente homens de quarenta e mais anos de idade, estreitamente relacionada aos hábitos de fumar e consumir bebida alcoólica⁷.

Visando a detecção precoce do câncer bucal, encon-

tram-se na literatura estudos que avaliam a possibilidade de realização de rastreamentos (screening ou prevenção secundária), que consistiriam na aplicação de testes diagnósticos de baixo custo, simples e sensíveis, em indivíduos de alto risco assintomáticos⁸. O rastreamento de indivíduos sob risco, além de otimizar e reduzir gastos nas ações preventivas ofereceria oportunidades educativas que possibilitariam mudanças de comportamento⁹. O Ministério da Saúde atribui atividades específicas aos profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF). Entre outras atribuições, cabe ao cirurgião-dentista executar ações de assistência integral às famílias e coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal. Para Sartori (2004)³, o rastreamento do câncer de boca no PSF, fundamentado nos conceitos da Epidemiologia e da Saúde Pública, é importante instrumento que contribui para a prevenção e controle da doença.

Considerando os conceitos acima apresentados e a partir da observação de que não há qualquer ação relacionada à prevenção e detecção precoce do câncer bucal em Colombo-PR, propôs-se a realização do presente trabalho, cujo propósito foi estudar a possibilidade de uso de informações da população adscrita no PSF no intuito de identificar, conforme os fatores mais associados ao desenvolvimento do câncer bucal, quais indivíduos poderiam receber atenção mais próxima e pomenorizada por parte da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, observacional, no qual foram utilizados dados secundários pertencentes ao SIAB de duas áreas de abrangência do PSF da Unidade de Saúde Atuba, localizada no município de Colombo-PR.

O projeto da pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e, registrado CEP/SD: 260 SI 37-06-06.

O município de Colombo-PR possuía em 2005 uma população de 203.526 habitantes, 21 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 5 Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade tipo I 1¹⁰.

A Unidade de Saúde Atuba foi escolhida como modelo pelos pesquisadores, já que nesta Unidade desenvolveram-se atividades de bolsista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, entre março de 2005 e fevereiro de 2007. É uma Unidade de

Saúde denominada "mista", pois embora possua um território delimitado por duas áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família, denominadas de áreas 104 e 114, também realiza o atendimento de usuários por livre demanda, independentemente da procedência, totalizando um contingente de aproximadamente 14.000 usuários cadastrados. A equipe de saúde responsável pela área 104 do PSF é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 1 auxiliar. A equipe 114, além desses profissionais, possui ainda 1 cirurgião-dentista e 1 técnica de higiene dental, os quais acumulam as tarefas de atenção à saúde bucal da área 104 e dos demais usuários que buscam a unidade por demanda espontânea.

Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi composta por relatórios "A2" e "SSA2" gerados pelo SIAB, na Secretaria Municipal de Saúde do município. Assim, obtiveram-se os dados referentes aos usuários cadastrados nas áreas 104 e 114 do PSF, no período de janeiro a dezembro de 2005, os quais se constituíam nos relatórios mais atualizados disponíveis para consulta. Os relatórios consolidam informações coletadas através das Fichas "A" e "B" do SIAB, ambas preenchidas pelos ACS, durante o cadastramento e acompanhamento das famílias.

Das fichas denominadas "A" foram coletados: número de famílias cadastradas, idade, sexo, situação de moradia e saneamento (tipo de casa, destino do lixo, tratamento da água no domicílio, abastecimento de água, destino das fezes e urina), pessoas com 15 anos e mais alfabetizadas, pessoas cobertas com plano de saúde, ocupação, doença ou condição referida (alcoolismo). O número de hipertensos e diabéticos cadastrados/acompanhados foi obtido a partir da Ficha "B". Dessa ficha também foi proposto o registro do número de tabagistas, já que a variável fumante pode ser obtida através das características atribuídas a hipertensos e diabéticos segundo a ficha.

Resultados

De acordo com os relatórios do SIAB, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2005, o número de famílias cadastradas na área 104 era de 708 e na área 114 era de 643, correspondendo a uma população de, respectivamente, 2684 e 2361 usuários. Assim, a população coberta pelo PSF era de 5045 pessoas dos 14.000 usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde Atuba (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição por sexo e faixa etária da população residente nas áreas 104 e 114 da Unidade de Saúde Atuba, Colombo-PR-2005

Unidade	Sexo	Faixa etária									Total	
		<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59		>60
104	masc	4	94	52	79	149	149	425	149	92	105	1298
	fem	3	90	66	90	139	129	448	173	118	130	1386
114	masc	2	93	66	83	128	112	397	115	90	69	1155
	fem	2	84	48	71	122	107	410	149	116	97	1206

Fonte SIAB: consolidado 2005

Desse contingente, 2453 usuários são do sexo masculino e 2592 do feminino.

Dentre os 2592 habitantes do sexo feminino, 783 (30,2%) situam-se na faixa etária acima dos 40 anos. Dos homens, 620 possuem idade superior a 40 anos, o que corresponde a 25,27% do total de usuários do sexo masculino, com diferença estatisticamente significativa entre as idades ($p < 0.0001$ – Teste qui-quadrado – Gráfico 1).

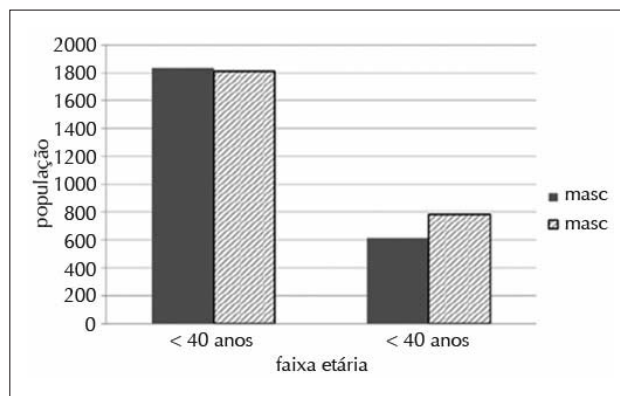


Gráfico 1. Distribuição etária da população de acordo com gênero coberta pelas áreas 104 e 114 da Unidade de Saúde Atuba, Colombo-PR, 2005 (Consolidado SIAB, 2005)

Em relação aos indicadores sociais e demográficos, a coleta de lixo, abastecimento de água, o esgotamento sanitário e a proporção de pessoas acima de 15 anos alfabetizadas contemplam mais que 90% da população estudada (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores sociais e demográficos da população residente nas áreas 104 e 114 da Unidade de Saúde Atuba, Colombo-PR, 2005 (SIAB-2005)

Indicadores	Área 104	Área 114
Abastecimento de água de rede	98.87	99.22
Coleta pública de lixo	99.15	99.69
Construção de tijolo	69.07	72.32
Esgotamento sanitário da rede	96.19	94.25
Energia elétrica	95.76	97.51
População coberta por plano de saúde	6.74	5.46
Proporção de pessoas acima de 15 anos alfabetizadas	97.29	98.19

O software no qual os dados do SIAB são armazenados não permite a emissão de relatórios que consolidem a variável “ocupação” (profissão dos usuários), a mesma é visualizada ao consultar cada família individualmente no sistema. Em relação à doença referida alcoolismo, os relatórios gerados pelo SIAB não fazem distinção por sexo e idade, sendo apenas apontado o total de 22 casos para as duas áreas. Embora as áreas de abrangência possuam estrutura populacional e condições socioeconômicas semelhantes, os números referentes ao alcoolismo foram bastante díspares, já que 21 registros foram obtidos para a área 104 e apenas 1 para a área 114.

O número de tabagistas seria supostamente obtido, de forma indireta, através das fichas dos usuários por-

tadores de hipertensão ou diabetes, cadastrados pelas Fichas “B”, conforme ilustra o Gráfico 2.

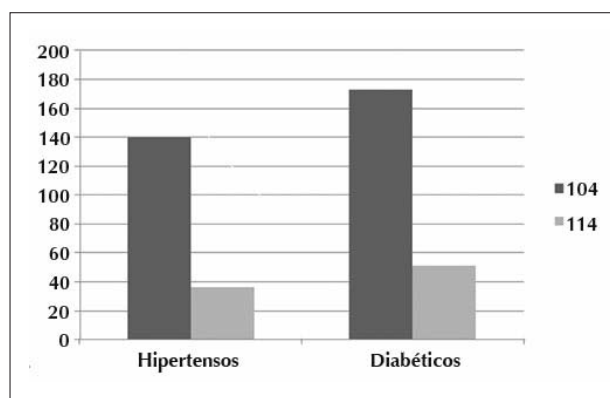


Gráfico 2. Número de Hipertensos e Diabéticos nas Unidades de Saúde de Atuba (104 e 114) do Município de Colombo-PR, 2005

Nas duas áreas, 400 indivíduos são hipertensos ou diabéticos. A figura 03 mostra a média anual do número de portadores de hipertensão e diabetes acompanhados nas áreas 104 e 114 do PSF da Unidade de Saúde Atuba, sendo que os resultados não diferem estatisticamente entre as Unidades avaliadas ($p = 0,57$ – Teste qui-quadrado).

A variável fumante, apesar de pertencente ao formulário de cadastro de pacientes hipertensos e diabéticos (Ficha B), não possui campo específico no software do SIAB para ser armazenada, e, conseqüentemente, não pôde ser obtida nos relatórios consolidados, restando apenas à possibilidade de recuperação manual desta informação em cada Ficha B disponível para uma determinada área de abrangência.

Discussão:

Da população de interesse para o estudo, classificada como de alto risco para o desenvolvimento do câncer bucal, isto é, homens, acima de 40 anos, tabagistas e/ou etilistas, foi possível obter segundo a metodologia proposta, as variáveis idade, sexo e alcoolismo a partir dos relatórios do SIAB. Foram identificados 620 cadastros de usuários do sexo masculino com idade superior a 40 anos e 22 registros de alcoolismo.

Em relação à variável “alcoolismo” dever-se-ia observar quais são os métodos que os agentes comunitários usam para coletá-la. Não existindo acompanhamento dos ACS pelos supervisores e critérios claros na própria Ficha “A”, essa informação é registrada de acordo com as impressões subjetivas dos próprios agentes comunitários. Fato que pode ser constatado pela discrepância do número de casos, 21 para a área USF 104 e de apenas um caso para a USF 114. Contraditoriamente ao baixo número de casos, publicações do MS, apontam o Paraná como sendo o estado brasileiro de maior proporção de hospitalizações por abuso de álcool (correspondendo a 2,6% do total de hospitalizações)¹¹. A falta de supervisão e controle dos dados produzidos parece comprometer a confiabilidade das

HIPERTENSO/Nome:											Sexo:		Idade:		Fumante:	
Endereço:																
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OBSERVAÇÕES			
Data da Visita do ACS																
Faz Dieta																
Toma Medicação																
Faz Exercícios Físicos																
Pressão Arterial																
Data da Última Consulta																
HIPERTENSO/Nome:											Sexo:		Idade:		Fumante:	
Endereço:																
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OBSERVAÇÕES			
Data da Visita do ACS																
Faz Dieta																
Toma Medicação																
Faz Exercícios Físicos																
Pressão Arterial																
Data da Última Consulta																
DIABÉTICO/Nome:											Sexo:		Idade:		Fumante:	
Endereço:																
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OBSERVAÇÕES			
Data da Visita do ACS																
Faz Dieta																
Toma Hipoglicemiante																
Toma Insulina																
Faz Exercícios Físicos																
Data da Última Consulta																
GESTANTE/Nome:											Idade:					
DUM: / /	Fatores de Risco: 6 ou + gestações: natimorto/aborto: 36 anos ou +: menos de 20 anos:					sangramento: edema: diabetes: pressão alta:					Resultado Gestação Atual: NV: NM: A: Data cons. de Puerpério: 1ª. 2ª.					
DPP: / /																
Mês de Gestação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			OBSERVAÇÕES			
Data da Visita do ACS																
Estado Nutricional																
Vacinas																
Data da última consulta Pré-natal																

Figura 1. Modelo da ficha do SIAB onde consta campo para registro de informações referentes ao hábito de tabagismo

informações geradas. Tais observações são semelhantes àquelas obtidas pelo trabalho de Sousa, Souza e Scochi (2006)¹².

Ao avaliar a atenção aos portadores de hipertensão arterial usando informações contidas nas Fichas "A" do

SIAB, no caderno dos ACS, nos prontuários e nas entrevistas domiciliares, observaram que existiam discordâncias entre os registros do SIAB e o caderno dos ACS. Segundo os autores, a baixa confiabilidade dos dados refere-se à ausência de uma prática de supervisão dos

ACS. Conclusão semelhante foi proposta por Silva e Laprega (2005)¹³, que também discutiram a confiabilidade dos dados gerados nos relatórios do SIAB, a partir de pesquisa qualitativa, realizada através de entrevistas semi-estruturadas com “indivíduos chave” no manejo do SIAB (equipes do PSF). Outros autores observaram inconsistências nos relatórios do SIAB, ao compará-los com outros sistemas de consolidação de dados tais como Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM), gerando subnotificações ou sobre notificações¹⁴⁻¹⁶.

Archetti (2002)¹⁷ acredita que tais inconsistências sejam produto do tratamento ineficaz dos dados, resultado da desqualificação profissional dos envolvidos nas etapas de coleta e consolidação. Sala (2004)¹⁸ alerta que os dados utilizados para traçar perfis de grupos de pacientes devem ser avaliados com bastante cautela e França (2001)¹⁹ aponta a necessidade de investigações mais acuradas para avaliação da qualidade das informações disponibilizadas por este sistema.

Os valores dos indicadores sociais e demográficos, gerados pelo SIAB, da população residente na área de abrangência da Unidade de Saúde Atuba, também podem ser questionados quanto aos critérios de coleta e confiabilidade, uma vez que estão distantes da realidade local observada pela autora. Ademais, estão muito além das proporções nacionais divulgadas pelo MS. O percentual dos domicílios com esgotamento sanitário da rede no Estado do Paraná é 34% e a média da Região Sul do país 27,5%¹¹. Já nas duas áreas do PSF da Unidade de Saúde Atuba, os relatórios apontaram que aproximadamente 95% dos domicílios possuem rede de esgoto; a proporção de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas seria próxima de 97% e 99% da população residente na área de abrangência da referida Unidade teria coleta pública do lixo. Os índices dos órgãos oficiais apontam entretanto para a Região Sul, índices de respectivamente, 92,6% e 81,2%; não sendo superados por nenhuma outra macrorregião¹¹.

Outra dificuldade para obtenção da população sob maior risco segundo as variáveis propostas neste estudo para o câncer de boca na área de abrangência da Unidade de Saúde Atuba, foi a inexistência de dados tabulados em relação ao tabagismo. Na categoria de estilos de vida, o tabagismo seria o fator de risco de maior impacto para a saúde²⁰, sendo crucial para desenvolvimento de diversas doenças e não apenas de hipertensão. Haveria necessidade, portanto, de reformulação das Fichas e do próprio software do SIAB, incluindo a variável fumante para todos os indivíduos cadastrados e não apenas para os hipertensos e diabéticos.

Em suas considerações, Silva e Laprega (2005)¹³ também apontam a necessidade de reformulações nas Fichas do SIAB. Tais mudanças contribuiriam também para obtenção da variável ocupação de forma consolidada, permitindo a ESB avaliar quantos dos usuários estariam mais expostos profissionalmente à exposição solar, por exemplo, o que possibilitaria a “busca ativa” desses para avaliação, aconselhamento e eventual instituição de tera-

pêutica adequada. O próprio MS reconhece algumas das limitações do SIAB (impossibilidade de realização de análises que requerem a individualização de dados, problemas de natureza tecnológica) e afirma que se encontra em curso um processo de reformulação do Sistema¹¹. Contudo, apesar das evidentes limitações das Fichas e software do SIAB, foi possível estimar no presente estudo uma população alvo para o câncer da boca. Ao utilizarmos a variável idade acima 40 anos e sexo masculino, chegou-se ao número de 620 indivíduos. Foram registrados 22 casos de alcoolismo.

O número de hipertensos e diabéticos (n=400) permitiria a busca manual, através da Ficha “B”, dos fumantes existentes em tais grupos; levantamento não realizado por não ser propósito do presente estudo preliminar. Ainda, através da literatura corrente, é possível comparar os valores obtidos e delimitar universos ainda menores que poderiam servir como ponto de partida para as ações da ESB. Exemplificando, ao tomarmos por base os 620 usuários do sexo masculino, com idade superior a 40 anos e, considerando que o número de tabagistas da população masculina é estimado em 33,8%²⁰, o número esperado de tabagistas na área de abrangência da Unidade de Saúde Atuba, seria de 209 indivíduos. Igualmente, em relação ao consumo de álcool, no primeiro levantamento domiciliar realizado no Brasil, encontrou-se uma prevalência de 11,2% para dependência de álcool entre maiores de 12 anos²⁰, o que corresponderia a 69 pessoas. Valor três vezes maior ao registrado no SIAB no presente estudo (n=22 casos).

Na análise do uso concomitante do tabaco e álcool, cuja prevalência na população masculina é estimada em 9,6%²¹, o contingente populacional sob alto risco para o câncer da boca seria de 59 habitantes. Assim, a utilização do SIAB enquanto ferramenta no planejamento de ações de prevenção do câncer bucal permitiu o levantamento de alguns números que, apesar das dificuldades relacionadas aos recursos humanos e limitações da informação gerada, seriam úteis na delimitação de um público-alvo para estratégias de promoção de saúde, prevenção primária e secundária do câncer da boca. Estratégias iniciais de “busca ativa” ou rastreamento poderiam ser planejadas a partir de tais números, sejam através de visitas domiciliares, campanhas de vacinação de idosos, através de consultas agendadas ou da prática clínica diária.

O exercício proposto pelos objetivos do presente estudo pode ser repetido por quaisquer municípios ou ESF/ESB que tenham acesso aos relatórios consolidados do SIAB. Em relação à atenção odontológica, existe apenas um cirurgião-dentista para 14.000 usuários na Unidade de Saúde Atuba. Segundo a Portaria nº 673/2003, cada ESB deve ser responsável por uma média de 3450 pessoas. Ou seja, a equipe não consegue sequer acompanhar a população cadastrada no PSF, havendo a necessidade de atuação, ao menos, de mais duas ESB²². De acordo com os relatórios gerados pelo SIAB, a população cadastrada/acompanhada pelas 2 ESF na Unidade de Saúde Atuba é de 5045 pessoas; o

número de usuários cadastrados no serviço é de aproximadamente 14.000. Assim, se considerarmos esse valor (n=14.000) representativo da população total dessa região, a cobertura populacional pelo PSF seria de 36%. Tal percentual é condizente com a cobertura de 35,60%²³ observada no município, porém, inferior a média registrada no Estado do Paraná (n=47,8%)¹¹.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648/2006, recomenda o parâmetro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Saúde da Família para até 12.000 habitantes e, que cada ESF acompanhe no máximo 4.000 pessoas²³. Dessa forma, seria necessária a formação de, no mínimo, mais uma ESF na Unidade de Saúde Atuba. Apesar da clara necessidade de ampliação da Estratégia Saúde da Família, observa-se ainda no ano de 2006 que o aumento da população no município de Colombo não tem sido acompanhado pelo aumento das equipes implantadas, diminuindo a cobertura para 32,29%²².

Para implantação de ações efetivas de rastreamento, deveriam ser organizadas duas etapas prévias: sensibilização e capacitação das equipes e agentes comunitários de saúde para as questões relacionadas ao câncer bucal e a importância do uso do SIAB; busca de rede de referência, para avaliação e acompanhamento dos casos mais graves. Embora o contingente populacional exato sob risco não tenha sido obtido, o presente estudo permitiu vislumbrar possibilidades de “busca ativa” do câncer bucal baseada na delimitação de um grupo de alto risco, a partir de um Sistema de Informação já existente – o SIAB. Também contribuiu para que se repense e melhore a forma como o SIAB está sendo utilizado pelo nível local de saúde, que continua atuando como mero repassador de dados.

O Sistema possui grande potencial no planejamento e avaliação das ações básicas de saúde que ainda não foi devidamente explorado. Assim, existe necessidade de mais estudos que explorem o SIAB, particularmente no planejamento de ações de saúde bucal, possibilitando melhorias e permitindo que o sistema torne-se de fato um Sistema de Informação territorializado, que contribua para o planejamento e avaliação de ações de prevenção do câncer bucal e outros agravos, de acordo com as necessidades reais de saúde da população adstrita, o que possibilitaria em última análise, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados.

Conclusão

Embora os relatórios gerados pelo SIAB não tenham permitido a delimitação exata do universo populacional sob maior risco para o câncer bucal conforme os critérios utilizados para fins deste estudo possibilitaram ao menos, estimar uma população alvo para o câncer da boca.

Existe a necessidade de reformulação das Fichas e do software do SIAB, especialmente em relação ao registro dos dados sobre tabagismo e etilismo e ocupação, variáveis estas implicadas com vasta gama de agravos à saúde.

Os critérios de preenchimento das Fichas devem ser

melhor delimitados, através de treinamentos dos ACS, supervisores e demais profissionais de saúde envolvidos. Tais atitudes melhorariam a qualidade dos dados gerados a partir dos relatórios do SIAB, possibilitando o planejamento de ações de “busca ativa” do câncer bucal mais precisa e adaptadas à realidade local.

O SIAB possui potencial como instrumento de planejamento e avaliação de ações de prevenção secundária do câncer bucal que ainda não foi devidamente explorado.

Referências Bibliográficas:

1. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Abordagem básica para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério; 2006.
3. Sartori, LC. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa de Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
4. Neville BW, Day TA. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002;52(4):195-215.
5. Rosenquist K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. *Swed Dent J.* 2005;179 (Suppl):1-66.
6. Souza A, Stevaux OM, Santos GG, Marcucci G. Epidemiologia do carcinoma epidermóide da mucosa bucal-contribuição do estudo sobre três variáveis: sexo, faixa etária e raça. *Rev Odontol UNICID.* 1996;8(2):127-34.
7. Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapport A. Carcinoma da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Méd Bras.* 2002;48(4):341-4.
8. Brentani MM, Coelho FRG, Kowalski LP. Bases da Oncologia. 2º ed. São Paulo: Tecmedd; 2003.
9. Lavelle CL, Scully C. Criteria to rationalize population screening to control oral cancer. *Oral Oncol.* 2005;41(1):11-6.
10. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde pública do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: 2005.
12. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em municípios de pequeno porte na região sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:496-503.
13. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(6):1821-28.
14. Becher D. No seio da família: amamentação e promoção de saúde no programa de saúde da família. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
15. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. *Inf Epidemiol. SUS.* 2001;10(1):7-18.
16. Saito RXS. Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

17. Archetti CB. A teoria da problematização na análise das inconsistências do SIAB na área de abrangência da 7ª Regional de Saúde de Pato Branco-PR, sob a ótica dos profissionais de saúde [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2002.
18. Sala A, Simões O, Luppi CG, Mazziero MC. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. Cad. Saúde Pública. 2004;20(6):1556-64.
19. França T. Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
20. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3º ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
21. Mohan D, Chopra A, Sethi H. The co-occurrence of tobacco & alcohol in general population of metropolis Delhi. Indian J Med Res. 2002. 116:150-4.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 673, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2006 jun; p. 44.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 21 de março de 2006. Aprova a Política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, mar 29; p. 71.

Endereço para correspondência:

Althea Ratti
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp
Av. Limeira, 901 – Areião
Piracicaba-SP, CEP 13414-903
Brasil

E-mail: alheratti@bol.com.br

Recebido em 6 de maio de 2012
Aceito em 21 de novembro de 2012