

Análise Situacional do Município de Cajazeiras com Ênfase à Implantação da Política Nacional de Integral à Saúde do Homem

Situational analysis of the city of Cajazeiras with Emphasis on the Implementation of the National Policy of Integral Human Health

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral¹; Jéssica Yasmine de Lacerda Nóbrega²; Sayonara Abrantes de Oliveira³; Diego Passos dos Santos⁴; Isidro Patrício de Almeida Neto⁵; Maria Carmem Batista de Alencar⁶ e Narcaangela Queiroga da Silva⁷

RESUMO – As políticas públicas de saúde, mesmo com grande evolução e pautando-se na universalidade do acesso, apresentam suas fragilidades, e uma delas diz respeito a saúde do homem. No Brasil, historicamente, as políticas de saúde privilegiaram ações de saúde materno-infantil. A partir de 1983 foi dada ênfase também a saúde da mulher com implantação de políticas públicas, entretanto, considerando-se que o desenvolvimento de políticas públicas orientadas pela perspectiva de gênero vêm sendo incentivadas desde a Conferência Internacional de Desenvolvimento do Cairo, a partir de 1990 os serviços ampliaram suas ações até então restritas ao ciclo gravídico-puerperal, oferecendo programas de prevenção do câncer de colo uterino, contracepção, mas permaneceram voltados às mulheres e crianças, onde este quadro só vem a ser modificado a partir de 2009 quando o Ministério da Saúde lança política específica para a população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Deste modo, o presente trabalho objetivou analisar a implantação da referida política nacional no município de Cajazeiras, sendo concluído a partir da reflexão de estratégias que pudessem vir a reconhecer às fragilidades e buscar ações de efetividade.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Atenção Integral; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT - Public health policies, even with great evolution and are based on universal access, have their weaknesses, one of which concerns human health. In Brazil, historically, health policies favored maternal and child health activities. From 1983 he was also emphasis on women's health with implementation of public policies, however, considering that the development of public policies for gender perspective have been encouraged since the Cairo International Conference Development from 1990 services increased their shares until then restricted to pregnancy and childbirth, offering prevention of cervical cancer programs, contraception, but remained focused on women and children, where this picture comes only be changed from 2009 when the Ministry of health issues specific policy for the male population, the National Policy for Integral Attention to Men's Health. Thus, this study aimed to analyze the implementation of that national policy in the city of Cajazeiras, being completed from the reflection of strategies that could come to recognize the weaknesses and seek effectiveness of actions.

Keywords: Human Health; Integral Care ; Health Planning.

*Autor para correspondência

Recebido em 23.08.2014 e aceito em 16.12.2014

¹Graduada em Enfermagem pela UFCG – Cajazeiras, e-mail: symara_abrantes@hotmail.com;

²Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos, e-mail: jessicayasmine_nobrega@hotmail.com;

³Graduada em Letras pela UFPB, mestre pela UFPB em linguística e professora do IFPB;

⁴Aluno de Agronomia da UFCG CCTA UAGRA Pombal PB, e-mail

⁵Graduado em Agronomia da UFCG CCTA UAGRA Pombal PB

⁶Graduada em Enfermagem pela UFCG – Cajazeiras

⁷Graduada em Biomedicina pela Faculdade Integrada de Patos, e-mail: narcaangelabio@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

No Brasil, historicamente, as políticas de saúde privilegiaram ações de saúde materno-infantil. A partir de 1983 foi dada ênfase também a saúde da mulher com implantação de políticas públicas, entretanto, considerando-se que o desenvolvimento de políticas públicas orientadas pela perspectiva de gênero vêm sendo incentivadas desde a Conferência Internacional de Desenvolvimento do Cairo, a partir de 1990 os serviços ampliaram suas ações até então restritas ao ciclo gravídico-puerperal, oferecendo programas de prevenção do câncer de colo uterino, contracepção, mas permaneceram voltados às mulheres e crianças, onde este quadro só vem a ser modificado a partir de 2009 quando o Ministério da Saúde lança política específica para a população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAIH) (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Neste sentido, a referida política objetiva promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

A dificuldade em se trabalhar a saúde do homem parte, especialmente, da falta de adesão dessa população aos serviços de saúde, onde Figueiredo (2005) traz a tona os preceitos culturais de feminilização do cuidar, bem como das dificuldades reais retratadas a partir do tempo de espera e da inexistência de ações direcionadas à saúde do homem no contexto da atenção primária à saúde, condicionando a uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde do homem e a organização das práticas de saúde das Unidades de Atenção Primária.

Deste modo, tomando por base tais prerrogativas, faz-se necessário avaliar o contexto de saúde onde vivem os homens do município de Cajazeiras, com base na territorialização, para assim constituir bases para o cuidado integral e facilitação do acesso.

De acordo com Ohara et al. (2008), a territorialização deve ser entendida como base para organização e planejamento em saúde, com base na descentralização das ações, fundamentando-se na melhoria dos resultados ao aproximar e adequar ações e recursos das necessidades e do perfil sócio epidemiológico da população. Neste sentido, a territorialização em saúde objetiva a delimitação de um território de abrangência, definindo a população favorecida e apropriando-se juntamente com a população do perfil da área e da comunidade que nele habita, possibilitando além do reconhecimento da área de abrangência, a identificação da acessibilidade e barreiras, conhecendo as condições gerais, possibilitando planejamento estratégico de ações de promoção e proteção à saúde.

PERFIL DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO DO TERRITÓRIO

Para compreender o perfil demográfico do território de Cajazeiras, importante iniciar a análise a partir do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

(IDHM) de Cajazeiras é 0,679, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,221), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,124), seguida por Renda e por Longevidade.

Levando em consideração que a educação configurou o maior crescimento do IDH do município, importante considerar que a proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação, assim no período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 8,58% e no de período 1991 e 2000, 130,40%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 95,54% entre 2000 e 2010 e 56,68% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 144,22% no período de 2000 a 2010 e 39,69% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 226,30% entre 2000 e 2010 e -7,14% entre 1991 e 2000.

Dados do Atlas de desenvolvimento humano no Brasil revela ainda que a escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Assim, em 2010, 44,22% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 29,06% o ensino médio, ficando acima dos índices do estado, onde apresenta 42,55% e 29,28% respectivamente.

A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 16,61% nas últimas duas décadas, o que vem a configurar um ponto positivo, especialmente para saúde, haja vista que pessoas mais informadas realizam melhor o autocuidado, bem como carregam a percepção de saúde de forma a aderir melhor as ações viabilizadas, o que pode ainda ser configurado mediante a análise da longevidade.

Neste sentido, importante destacar que a esperança de vida ao nascer aumentou 8,6 anos nas últimas duas décadas, passando de 65,3 anos em 1991 para 68,0 anos em 2000, e para 73,9 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 72,0 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Assim, para concluir a análise do perfil demográfico do município, observa-se de um modo geral que, entre 2000 e 2010, a população de Cajazeiras teve uma taxa média de crescimento anual de 0,94%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 0,74%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 5,60%.

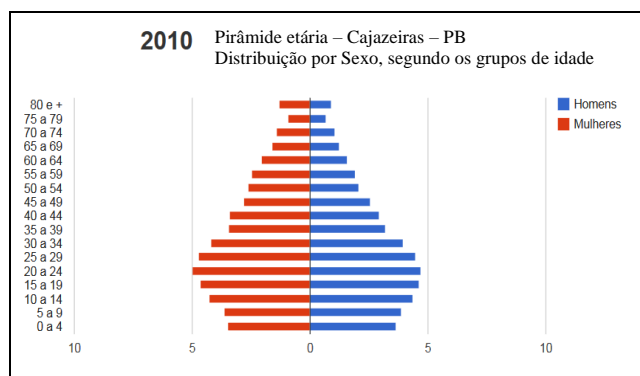


Figura 1: pirâmide etária do município de Cajazeiras. Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.

Dados da pirâmide etária revelam uma predominância de municípios do sexo feminino, entretanto, relevante destacar que da população masculina há uma predominância de sujeitos em idade economicamente produtiva, entre 20 e 34 anos, o que revela a real necessidade em investimentos relativos a preservar esta população, desde garantia dos direitos básicos à proteção e promoção da saúde.

Assim, compreendendo um pouco da demografia do município, importante ainda analisar as condições básicas de vida da população tomando por base dados relativos a ficha A consolidada através dos sistemas de informação. Tem-se, portanto que a cidade é composta por cerca de 14.177 domicílios particulares e permanentes, destes 83,4% estão ocupados. Com relação ao abastecimento de água, observa-se uma prevalência de domicílios abastecidos pela rede pública, tendo por fonte de recursos hídricos o Açude de Engenheiro Ávidos (78% dos domicílios).

Tomando por base as condições de moradia da população, levando em consideração que a questão habitacional está intimamente ligada aos problemas de saúde pública do povo brasileiro, tem-se no município de Cajazeiras dados que são relativamente tranquilizadores, haja vista uma prevalência de 97% de residências de tijolo/adobe.

A grande maioria do lixo urbano é coletado através da coleta pública (68%), realizada em carros de coleta e com destinação do aterro sanitário local. Já com base no lixo hospitalar, este é coletado por empresa especializada que dá destinação adequada. E, com base nos dados de saneamento básico, tem-se que a maioria do município possui fossa séptica (45%), o que é preocupante, haja vista que o esgotamento sanitário apropriado (35%) contribui fortemente para redução de doenças, melhoria das condições de saúde, despoluição de rios e riachos, preservação do meio ambiente e melhoria da qualidade de vida da população.

PEFIL EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO À POPULAÇÃO EM ESTUDO

Antes de adentrar especificamente aos dados específicos a população masculina, importante relatar que, tendo por base os grupos de patologias com

acompanhamento pela AB, os dados do SIAB revelam que:

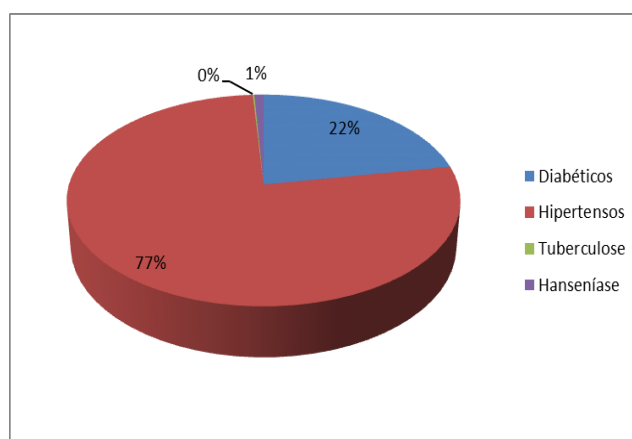


Figura 02: Índice de patologias com acompanhamento pela AB.

Fonte: SIAB 2013.

Observa-se ainda, pelos dados do SIAB que 93,23% dos diabéticos estão acompanhados, 91,42% dos hipertensos, 100% dos portadores de TB, e 96,23% dos portadores de hanseníase.

Com relação ao diagnóstico das patologias hipertensão arterial e diabetes, tem-se no município o seguinte quadro:

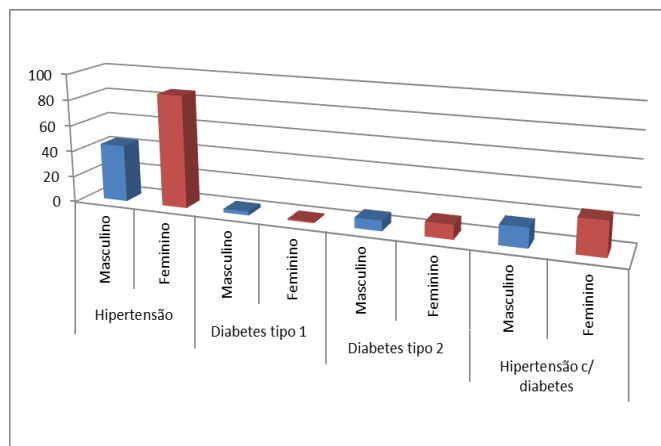


Figura 03: Diagnóstico de hipertensos e diabéticos por sexo.

Fonte: DATASUS 2013.

Tendo por base nos agravos e patologias de notificação compulsória, dados do SINAN referentes ao período de 01/01 a 31/05/2013, tem-se o seguinte quadro:

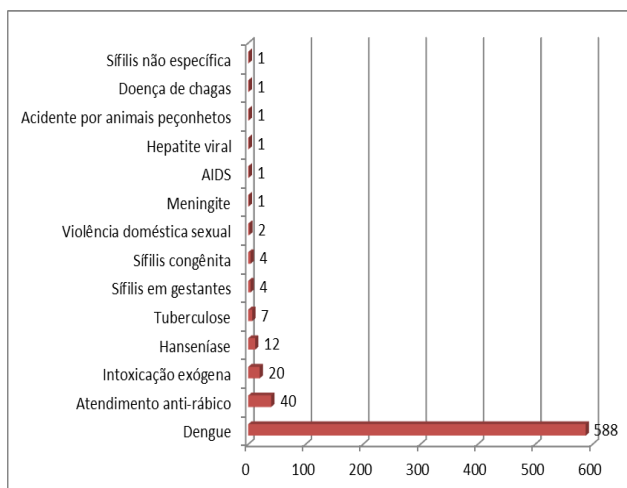


Figura 04: Agravos e doenças de notificação compulsória
Fonte: SIAB 2013.

Dados do SIAB revelam ainda que, com relação aos casos de AIDS, apenas três casos foram notificados no ano de 2012, e destes 2 são em indivíduos do sexo masculino.

Com relação à mortalidade, observa-se, de acordo com dados do SIAB ocorrência de 286 óbitos no município de Cajazeiras no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2012, e tomando por base dados do SIM, tem-se um detalhamento de 660 óbitos, destes 51% são de sujeitos do sexo masculino, sendo estes distribuídos por idade e por patologia conforme figura abaixo.

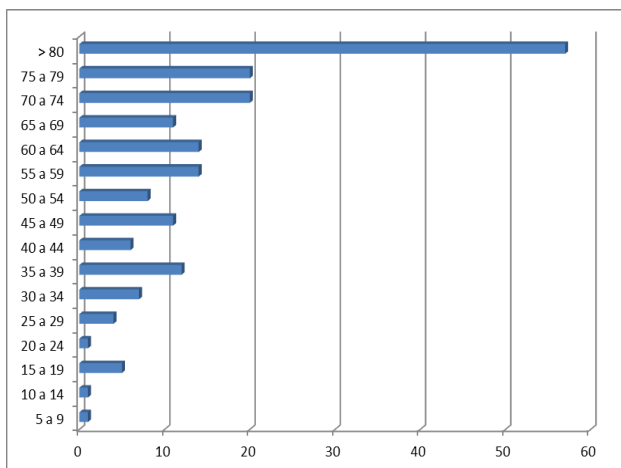


Figura 05: Notificações de óbitos masculinos por idade
Fonte: SIM. Dados de janeiro a dezembro de 2012.

O número de óbitos elevado acima dos 80 anos de idade vem a condizer com os dados relativos à longevidade do município, que apresenta idade superior a 70 anos de idade.

No que diz respeito à morbimortalidade, Figueiredo; Tonini (2007) apontam que, mesmo com 20 anos de existência, o SUS, apesar dos grandes esforços demandados, as ações ainda são insuficientes ao ser comparadas com o que ainda há por se fazer, especialmente quando leva-se em consideração os dados de morbidade e mortalidade que evoluem no que diz respeito as doenças crônico-degenerativas, câncer, AIDS, violência, acidentes e uso de drogas. Assim, para avaliar

melhor os dados de mortalidade, os casos foram distribuídos a partir do grupo de patologias do CID-10, conforme figura que segue:

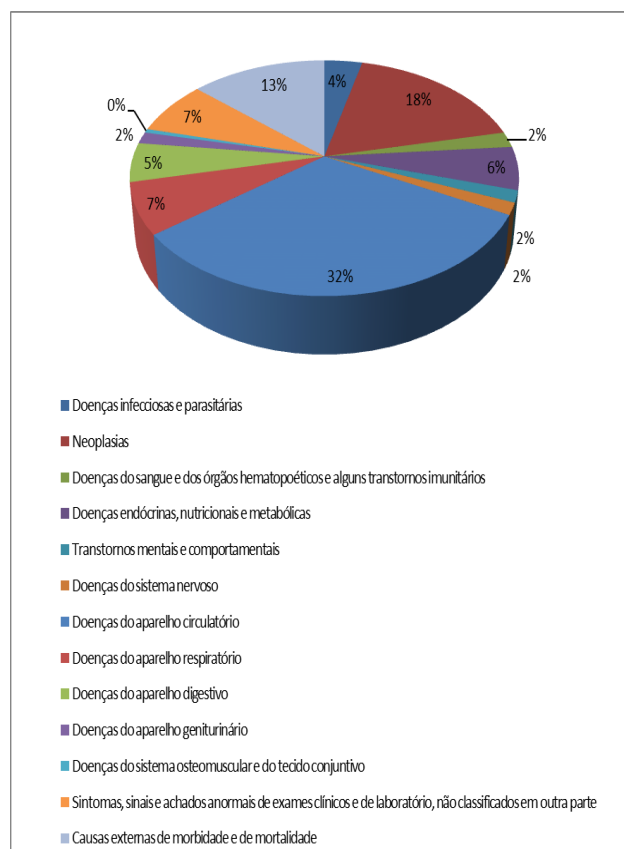


Figura 06: Notificações de óbitos masculinos por CID
Fonte: SIM. Dados de janeiro a dezembro de 2012.

Os dados revelam uma prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, seguidas por neoplasias e causas externas de morbidade e de mortalidade, estas que, por sua vez, são melhor distribuídas a partir da figura que segue:

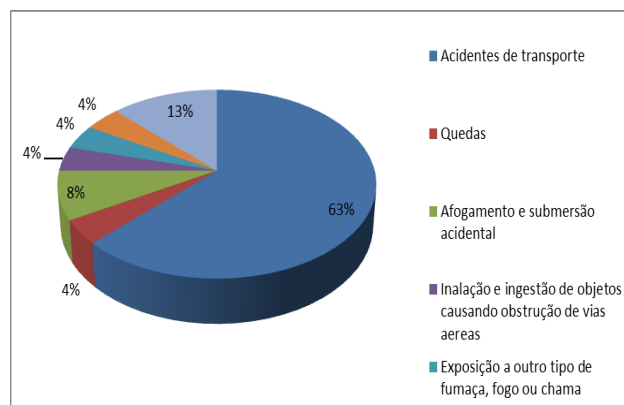


Figura 07: Causas externas
Fonte: SIM. Dados de janeiro a dezembro de 2012.

Os índices de mortalidade por causas externas podem ser explicados a partir do fato de que, na perspectiva do modelo imposto de masculinidade, os homens tendem a assumir comportamentos pouco saudáveis, expondo-se a riscos de modo a aproximarem-se do modelo de masculinidade hegemônica idealizada socialmente, conforme afirma Figueiredo (2005).

E, para compreender melhor o perfil epidemiológico do município de Cajazeiras, tomando por base a população masculina, importante destacar as causas de internação hospitalar, onde tomando por base o período de janeiro a junho de 2012, observa-se o seguinte quadro:

Fonte: Sistema de monitoramento de informações acerca de hospitalizações. HRC.

Os dados nos revelam uma predominância de patologias associadas ao trato gastrointestinal, seguidas por patologias não definidas e das associadas ao sistema circulatório. Dados que trazem ainda mais preocupação em se investir na saúde do homem, tomando por base a possibilidade de prevenção da grande maioria das patologias associadas e prevalentes nessa parcela populacional.

REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO HOMEM

A rede de atenção à saúde do município de Cajazeiras é distribuída a partir dos serviços dispostos na tabela que segue:

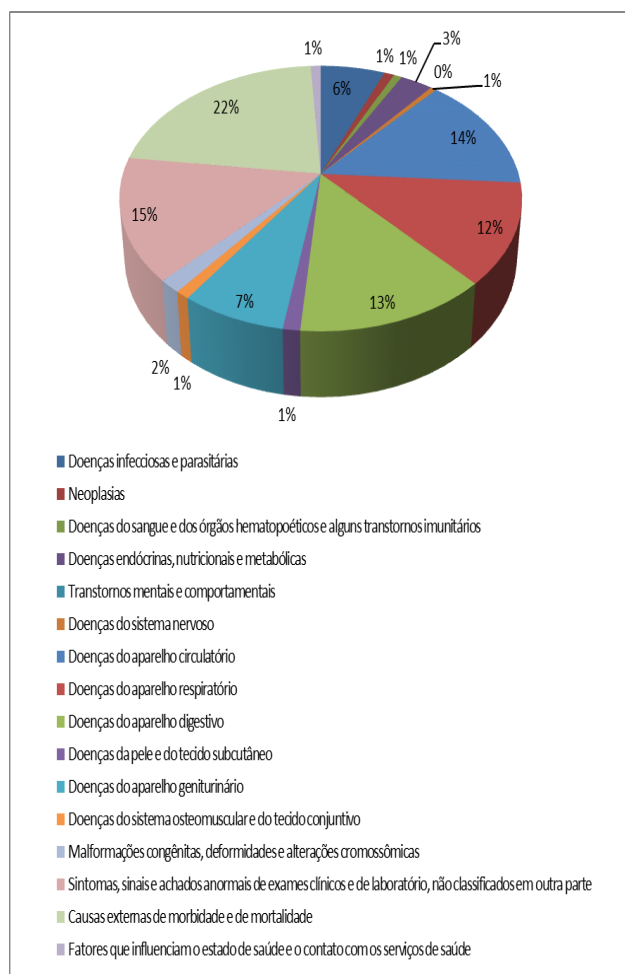


Figura 08: Dados de Hospitalização no Hospital Regional de Cajazeiras PB no período de janeiro a junho de 2012.

Tabela 1: Serviços de saúde em funcionamento no município de Cajazeiras.

CLASSIFICAÇÃO	SERVIÇOS
ATENÇÃO BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> 16 Equipes Saúde da Família: sendo 12 equipes localizadas na zona urbana e 04 na zona rural. 01 Equipe do NASF I (sendo implantadas mais 02 equipes). Centro de Zoonose.
ATENÇÃO SECUNDÁRIA/SAÚDE MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> 01 CASP-II. 01 CASP-AD. 01 CASP-i. 02 Residências Terapêuticas: Masculina e Feminina.
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> CRASS. CREAS. Centro de Referência Especializado.
ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Regional de Cajazeiras Deputado José de Sousa Maciel: com 142 leitos e os serviços de urgência e emergência, cirurgia geral, clínica geral, nefrologia, neonatologia, UTI

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

- Adulto - Tipo II, obstetrícia cirúrgica e UCI Neonatal.
- Hemonúcleo de Cajazeiras.
- Instituto Materno-Infantil Júlio Maria Bandeira de Mello: com 25 leitos e o serviço de clínica médica pediátrica.
- SAMU: com 01 USA e 02 UBS.
- UPA (será implantada).
- Atenção Domiciliar (será implantada).
- Centro de Hemodiálise de Cajazeiras (Privado).
- Policlínica Orcino Guedes: ultrassonografia, raio-x, EEC, ECG e Mamógrafo. Serviços especializados: cardiologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia, nutrição, urologia, gastroenterologia, dermatologia, mastologia, ginecologia, geriatria, pneumologia, fonoaudiologia, pequenas cirurgias e sala de gesso.
- Centro de Especialidades Odontológicas - CEO.
- Centro de Reabilitação Auditiva.
- Centro de Reabilitação Física.
- Centro de Hemodiálise de Cajazeiras.
- Banco de Leite Humano (BLH).

Fonte: CNES 2013.

Tomando por base a necessidade de compreender a distribuição espacial dos referidos serviços, tem-se, abaixo, uma representação gráfica a partir de mapeamento dos principais serviços disponíveis, onde observa-se uma distribuição bem definida, viabilizando uma cobertura ampla do município como um todo.

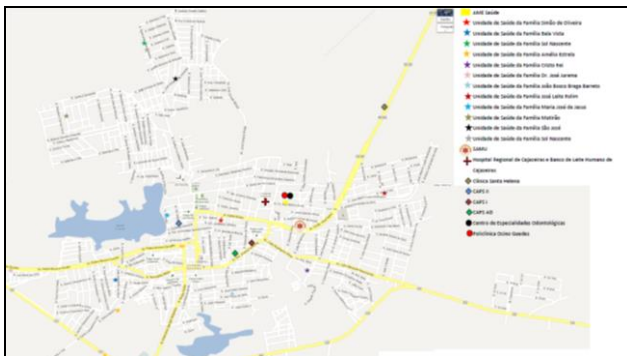


Figura 09: Mapeamento dos serviços de saúde do município de Cajazeiras.

Fonte: Adaptação de mapa disponível em Google maps, a partir de dados do SIAB e CNES.

Importante destacar que não existe no município serviço especializado ao homem. E com base nas ações de Atenção Básica existentes, tem-se apenas o funcionamento noturno de uma das Unidades de Saúde da Família, entretanto, conforme informações colhidas com o Enfermeiro da Unidade, a adesão masculina é muito pequena, não passando de 20%.

A adesão da população masculina nas Unidades Básicas de Saúde é abordada por Figueiredo (2005) ao relatar que os homens sentem dificuldade ao serem atendidos, seja pelo tempo de espera na assistência ou ainda pelo fato de considerarem as UBS como espaços feminilizados, frequentados principalmente por mulheres e compostos por equipes profissionais formada, em sua maioria, por mulheres, além do fato de que geralmente os

serviços não realizam ou não dispõem de atividades direcionadas especificamente à população masculina.

CONCLUSÕES

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem traz como objetivo geral promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, as ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Neste sentido, à priori, faz-se necessário a disseminação de informações acerca da Atenção à Saúde do Homem especialmente a nível de formação profissional, onde capacitação acerca da temática deve ser oferecida a todos os profissionais atuantes, com base na aquisição de conhecimentos que sejam suficientes para trabalhar de modo seguro e resolutivo.

A partir de então será possível a realização de ações pontuais a serem planejadas pelas equipes, levando em conta, primeiramente, a viabilização de informações acerca destas, utilizando por base meios de comunicação em massa, como rádios e TV.

Assim, importante ainda se faz trazer a necessidade de se trabalhar a prevenção de DST's com base na utilização de espaços socialmente frequentados pela população masculina, citando como uma experiência positiva os estádios de futebol em período de jogos. E complemento essa ideia não só a partir de informações acerca das DST's, como também serviços de verificação de PA e glicemia capilar, bem como informações sobre prevenção das principais causas de morte, como as neoplasias e causas externas, e ainda a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Além disso, tomando por base a necessidade em se promover a facilitação do acesso, uma proposta seria a disponibilização do serviço de atenção primária a saúde em turno oposto ao comercial, ou seja, noturno, em cada

unidade de saúde da família, pelo menos quinzenalmente, de modo a garantir serviço em horário que homem possa aderir a este.

Importante salientar que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde é fundamental nesse processo, levando-se em conta que estes constituem o elo principal entre a população e as Unidades de Saúde da Família, sendo estes dotados de poder de convencimento capaz de promover a melhor adesão da população masculina aos serviços de atenção primária. Deste modo, tais profissionais, a partir da articulação das ações e datas para continuidade destas na sede das Unidades de Saúde da Família em horário viável para referida população, serão os responsáveis pela busca ativa desses, de modo a garantir além do serviço, a informação pertinente às ações disponibilizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo: Yendis, 2007.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde do homem: desafios para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(1): 105-109, 2005.

KNAUTH, D.R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectiva para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciências e Saúde Coletiva**, 17(10):2617-2626, 2012.

OHARA, E.C.C. Et al. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.