

Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Brazilian Men's Integral Health Attention: using indicators for monitoring health's promotion and attention

Erly Catarina de Moura¹
Aline Maria Peixoto Lima²
Margarita Urdaneta³

Abstract *This article presents and discusses the initial actions of Brazilian National Men's Health Policy (PNAISH) concerning indicators used for monitoring promotion and assistance actions of men's health. This multiple case study was developed among five Brazilian cities which had implanted the PNAISH: (Goiânia (GO), Joinville (SC), Petrolina (PE), Rio Branco (AC) and Rio de Janeiro (RJ)). A questionnaire was applied to verify the use of data and information required to calculate the indicators recommended by the PNAISH, concerning health's promotion, implementation and expansion of the men's health assistance system, according to the planned goals contained in the cities' local action plans. The results revealed a critical situation concerning monitoring of the activities through the proposed indicators taking into account the lack of standardized procedures to calculate them. Another specific limitation encountered was the limited access to or availability of data by age and sex in the health information systems. These results point out a lack of necessary indicators to define a base line situation, which weakens the systematic monitoring and future evaluation of the actions.*

Key words *Men's health, Indicator, Monitoring, Information system, Policy, Evaluation*

Resumo *O presente artigo tem por finalidade apresentar e discutir os resultados da avaliação das ações iniciais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) quanto ao uso de indicadores de monitoramento das ações de promoção e atenção à saúde do homem. Estudo de caso múltiplo foi realizado em cinco municípios brasileiros que implantaram a PNAISH: Goiânia (GO), Joinville (SC), Petrolina (PE), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). Foi utilizado um questionário para verificação do uso de dados e informações necessárias para a construção dos indicadores propostos na PNAISH, referentes à promoção da Saúde, implantação e expansão do Sistema de Atenção à Saúde do homem, previstas nos planos de ação dos municípios. Os resultados apontam para uma situação crítica no que diz respeito ao componente de monitoramento das ações por meio dos indicadores propostos tendo em vista a falta de padronização na sua construção e limitações inerentes à disponibilização/acesso de dados, desagregados por faixa etária e sexo, dos atuais sistemas de informação em saúde. A ausência de informações, necessárias para definição de uma linha de base, compromete o monitoramento sistemático e futuras avaliações de efetividade das ações.*

Palavras-chave *Saúde do homem, Indicador, Monitoramento, Sistema de informação, Política, Avaliação*

¹ Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios Edifício Sede/ sala 851, Esplanada. 70070-600 Brasília DF. erlycm@usp.br

² Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Introdução

Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), objetivando a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade particular masculina nos seus diversos contextos. O princípio básico da PNAISH é a orientação de ações e serviços de saúde para a população de homens entre 20 e 59 anos de idade, com garantia de integralidade, equidade e humanização do atendimento. As diretrizes da PNAISH são fundamentadas num conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção, com priorização da atenção básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹.

O Plano Nacional para o triênio 2009-2011 possibilitou a implantação da PNAISH em todas as Unidades Federadas. Além de recursos financeiros, o Plano disponibilizou a Matriz de Planejamento que define nove eixos de ação² e que serviu de base aos municípios para a elaboração de seus próprios planos e na qual se destaca a importância de: “aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão” além da disponibilização de indicadores chave que permitiriam determinar uma linha de base, o monitoramento das ações e subsidiar processos de avaliação. Os eixos que compõem a PNAISH, para este triênio, foram: I – implantação da PNAISH, II – promoção da saúde, III – informação e comunicação, IV – participação, relações institucionais e controle social, V – implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, VI – qualificação de profissionais da saúde, VII – insumos, equipamentos e recursos humanos, VIII – sistemas de informação, e IX – avaliação do projeto piloto.

A avaliação das ações iniciais da implantação da PNAISH permite identificar avanços e limites das ações programadas. Neste sentido, este artigo procura descrever as estratégias e limitações, referentes aos eixos II e V, relacionadas pelos municípios para calcular os indicadores propostos pelo programa nacional para o monitoramento das ações e metas previstas nos planos municipais referentes à promoção da Saúde e implantação e expansão do Sistema de Atenção à Saúde do Homem, cujo principal indicador é a proporção de homens de 20 a 59 anos de idade atendidos nos serviços de saúde.

Método

O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa maior, cujo objetivo foi avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), executada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com recursos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS) e foi desenvolvida em 2011.

Cinco municípios foram selecionados a partir de quatro critérios: 1) representatividade por região do país, sendo um município para cada região; 2) o município deveria ter respondido a um questionário sobre o Plano de Ação (PA) para a saúde do homem; 3) este questionário deveria apresentar qualificação e especificidade das ações, de modo a contemplar a integralidade; 4) o município deveria apresentar ações claras e qualificadas no seu PA. Assim, foram selecionados os municípios de Goiânia (GO), Joinville (SC), Petrolina (PE), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ).

Os objetivos da pesquisa incluíam “estimar o percentual da população masculina de 20 a 59 anos atendida nos diferentes níveis de atenção à saúde, tendo como parâmetro a estimativa da população masculina do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”, que corresponde ao principal indicador de cobertura proposto pelo PNAISH.

Para responder ao objetivo específico foi elaborado um questionário autoaplicável, preenchido pelos gestores responsáveis pela implantação da política ou por técnicos responsáveis pelas atividades de monitoramento das ações, abordando aspectos referentes às ações e metas previstas no PA municipal no que concerne à implantação do plano, expansão do sistema de atenção e promoção direcionadas à saúde do homem, além de questões relacionadas à obtenção dos dados e cálculo de indicadores de dois eixos do PNAISH: o eixo II, que diz respeito à promoção da saúde, em especial às estratégias para aumentar a demanda de homens aos serviços de atenção primária à saúde, e o eixo V, que diz respeito à implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem. Os indicadores avaliados (e metas quando pertinente), neste estudo, são os mesmos propostos pelo Plano de Ação Nacional².

A fim de contemplar os aspectos relacionados às ações e metas previstas no PA, foram fei-

tas as seguintes questões: 1- *O PA prevê ações direcionadas a aumentar o número de homens que demandam os serviços de saúde da atenção básica?* 2- *Se sim, as ações previstas incluem a) iniciativas de educação, informação e comunicação direcionadas a sensibilizar e conscientizar a população masculina, b) gerenciamento da oferta de serviços facilitando e ampliando o acesso e reduzindo o tempo de espera do usuário do sexo masculino, c) adequação e/ou flexibilização do horário de atendimento dos usuários do sexo masculino, d) acolhimento dos usuários do sexo masculino nas unidades de saúde, e) visitas das equipes da ESF a locais com alta concentração de homens, f) organização de grupos educativos para homens pelas equipes de ESF, g) outras (discriminar) e 3- *Qual(is) a(s) meta(s) a ser(em) atingida(s), segundo o PA?**

Para atender ao eixo II, foi selecionado como único indicador a porcentagem de homens de 20 a 59 anos atendidos nos serviços de saúde de atenção básica. Para o eixo V foram selecionados seis indicadores: 1) percentual de unidades básicas de saúde que utilizavam as Diretrizes de Atenção (DA), se houve previsão no Plano de Ações Municipal (PAM) de ações direcionadas a incorporar as DA na rotina das unidades básicas de saúde e realização dos atendimentos de acordo com o mesmo; 2) percentual de homens de 40 a 59 anos atendidos, no mínimo uma vez ao ano, nas unidades básicas de saúde; 3) percentual de homens atendidos no segundo nível em relação aos homens encaminhados, de acordo com as DA, caso o PAM tenha previsto ações direcionadas a promover o atendimento integral aos homens encaminhados pela atenção básica para a atenção secundária, em nível ambulatorial; 4) número de cirurgias de vasectomias realizadas, caso o PAM tenha previsto ações direcionadas a promover a oferta de contracepção cirúrgica voluntária masculina em nível ambulatorial; 5) número de ultrassonografias transretais realizadas, caso o PAM tenha previsto ações direcionadas a promover o número de consultas e procedimentos para o diagnóstico e tratamento das doenças do trato genital; e, 6) número de cirurgias realizadas de patologias e cânceres do trato genital masculino.

Para cada indicador os respondentes foram inquiridos sobre o método utilizado para a sua construção, as fontes dos dados necessárias para sua construção, as limitações encontradas e as estimativas para os anos de 2009 e 2010.

Nesta parte do estudo, além das abordagens descritas, procurou-se identificar se havia no município algum técnico responsável pela coleta e análise sistemática de dados para o diagnóstico

situacional do Município referente à saúde do homem (principais causas de adoecimento e morte), além de verificar a periodicidade da análise dos dados e divulgação das informações.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ).

As respostas aos quesitos abordados nos questionários foram avaliadas por três pesquisadores anotando-se a frequência e a descrição dos dados e informações fornecidas por todos os cinco municípios participantes. Os resultados foram avaliados respeitando o contexto local e nacional no que diz respeito ao processo de implantação da Política.

Resultados

Responsáveis pela informação prestada

As informações foram prestadas por servidores das Secretarias Municipais de Saúde dos respectivos municípios, com tempo de serviço mínimo de 10 e máximo de 36 meses no cargo atual. Foi possível identificar que, em dois municípios, o responsável pelo preenchimento foi um profissional ligado à área ou gerência técnica de saúde do homem (coordenador e subgerente, respectivamente). Nos outros três municípios, o questionário foi preenchido pelo Coordenador de Promoção da Saúde, enfermeira do Programa de Saúde do Adulto e supervisor Distrital da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com apoio de técnico da Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Ações e metas previstas no PAM

Os cinco municípios avaliados (Rio Branco, Petrolina, Rio de Janeiro, Joinville e Goiânia) prevêem iniciativas de educação, informação e comunicação direcionadas a sensibilizar e conscientizar a população masculina, mas as demais ações não apresentam unanimidade entre as cidades. O gerenciamento de oferta de serviços é contemplado em apenas três municípios, assim como a adequação/flexibilização do horário de atendimento. O acolhimento, visitas em locais de alta concentração de homens e a organização de grupos educativos específicos são citados por quatro localidades. Apenas dois municípios (Rio de Janeiro e Goiânia) contemplam todas as atividades previstas.

Todavia, quando questionados sobre as metas do PAM local, Joinville (meta anual) e Goiânia (meta 2010/11) referem atendimento a um mínimo de 20% da população masculina entre 40 e 59 anos de idade e Rio Branco (meta 2011/13) 30% da população masculina entre 20 e 59 anos de idade; Rio Branco (2011/13) e Rio de Janeiro (2010/13) a capacitação de 100% dos profissionais da ESF; Rio de Janeiro a implantação/ampliação de 10 pólos de detecção precoce de câncer de próstata e a ampliação da oferta de vasectomia para 2.400 até o ano de 2013. As demais citações são vagas, não precisando os valores pactuados e o período de realização.

Estimativas da população atendida

Quanto ao atendimento na Atenção Básica, nenhuma localidade soube precisar para os anos de 2009 e 2010 a porcentagem de homens entre 20 e 59 anos de idade atendidos nos serviços de saúde. Esse resultado corresponderia ao indicador proposto no PNAISH para monitorar a cobertura e o resultado das estratégias de promoção e prevenção dos principais problemas que atingem a população masculina que visam, ainda, o aumento do número de homens que demandam os serviços de saúde da atenção primária. Quanto aos critérios para a construção do indicador, deveria ter sido considerado como numerador o número de atendimentos de homens entre 20 e 59 anos de idade e como denominador o número total da população masculina de 20 a 59 anos residente no município nos períodos determinados. Todavia, os dados utilizados pelos municípios para o numerador foram: 1) número de atendimentos da população total de 20 a 59 anos, 2) população total de homens de 20 a 59 anos e 3) número de atendimentos de homens de 20 a 59 anos. Para o denominador foram considerados, respectivamente 1) população total entre 20 e 59 anos de idade, 2) número de atendimentos entre 20 a 59 anos de idade e 3) população total de homens de 20 a 59 anos. Um município não definiu os critérios para o cálculo e outro não estimou o indicador. Quando inquiridos sobre as fontes de informação utilizadas para a obtenção dos dados necessários para a construção do indicador, obteve-se uma gama de respostas nas quais se incluem: o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais/Hospitalar (SIA/SIH), o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), dados do Departamento de Controle, Regulação e Avaliação (DCRA), da-

dos do Gerenciador de Informações Locais (GIL), e fichas ou sistemas próprios, criados por um dos municípios. Vale destacar, que nenhum município identificou o IBGE como fonte de dados das estimativas populacionais por sexo e faixa etária. Entre as principais limitações apontadas pelos municípios para a construção do indicador se encontram, a restrita disponibilidade de acesso aos dados e a falta de registros individualizados por sexo e idade no SIAB, GIL e SIA/SIH, bem como, a ausência de um dispositivo que permita diferenciar se o usuário está sendo atendido pela primeira vez ou se é um atendimento subsequente, podendo, em poucos casos, apenas estimar a razão de consultas pela população total de homens entre 20 e 59 anos (1,2 em 2009 e 1,7 em 2010 na cidade de Goiânia) e não pelos homens de fato atendidos pela primeira vez.

Fortalecimento da atenção básica

Todos os municípios referiram ter incorporado as DA na rotina das unidades básicas de saúde e realização dos atendimentos de acordo com a mesma. A porcentagem de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizam as DA foi de 18,8% em Rio Branco, 30,6% em Goiânia e 100,0% em Joinville. Petrolina e Rio de Janeiro não têm informação sobre este dado, embora no Rio de Janeiro todas as unidades tenham sido instruídas a utilizar as Diretrizes.

Com relação ao indicador para monitoramento das ações referentes à implantação e expansão do sistema, considera-se a proporção de homens de 40 a 59 anos atendidos, no mínimo uma vez ao ano, nas unidades básicas de saúde. Três municípios forneceram dados de atendimento, contudo, pouca concretude quanto à fonte dos dados e ao método de cálculo, pois utilizaram unidades de grandeza distintas (porcentagem e número absoluto). O Rio de Janeiro apresentou dados parciais (23,8% de cobertura em 38,3% das Unidades Básicas de Saúde no ano de 2010, valor que não pode ser extrapolado para as demais unidades que não registraram esta informação). Goiânia apenas informou a concentração média de consultas: 3,0 em 2009 e 3,7 em 2010. Dois municípios não calcularam o indicador; um por julgar que o programa está em processo de implantação e outro por não possuir as informações. Da mesma forma que o indicador anterior, deveria ter sido considerado como numerador o número de homens de 20 a 59 anos de idade atendidos pela primeira vez e, como denominador, o número total da população masculina.

na de 20 a 59 anos residente no município nos períodos determinados, entretanto, nenhum dos municípios detalhou como foi definido o numerador, que aparentemente, na percepção dos gestores locais, corresponderia ao total de consultas. Os municípios do Rio de Janeiro e Goiânia referem ausência de um instrumento que possibilite a consulta direta do indicador, tendo sido necessário o desenvolvimento de programas específicos para o registro dos dados, respectivamente o GIL e o formulário próprio.

Em relação ao indicador “proporção de homens atendidos no segundo nível em relação aos homens encaminhados”, de acordo com as DA, apenas três dos cinco municípios referiram que os PAM locais prevêem ações direcionadas a promover o atendimento integral aos homens encaminhados pela atenção básica para a atenção secundária, em nível ambulatorial (Rio de Janeiro, Goiânia e Petrolina). O Município de Rio Branco considera que estas ações são de responsabilidade do nível estadual e o de Joinville explicita que tais ações não estão previstas no PAM local, não fornecendo informações e dados referentes ao indicador atrelado ao monitoramento de ditas ações. O Rio de Janeiro destaca que 80% dos homens são agendados para a unidade secundária e Goiânia apenas informou o número absoluto de consultas especializadas em urologia (1336, em 2009 e 1746, em 2010). Petrolina não forneceu detalhes a este respeito. O Rio de Janeiro define o indicador como a razão entre o número de encaminhamentos realizados e o número de consultas executadas nas unidades secundárias e Goiânia como o número absoluto de consultas especializadas em urologia, apesar de se tratar de um indicador relativizado. Quando inquiridos sobre as fontes de informações utilizadas para a obtenção dos dados necessários para a construção do indicador duas fontes diferentes foram apontadas: o Sistema de Regulação de Vagas do Município (SISREG) e o Sistema Informatizado de Consultas e Atendimento Ambulatorial (SICAA).

O número de vasectomias realizadas foi de 406 em 2009 e 176 em 2010 em Goiânia, 941 e 721 respectivamente em Joinville. Rio Branco informou que se trata de indicador estadual e Petrolina que esta ação não foi prevista. Rio de Janeiro refere não ter dados confiáveis devido à subnotificação no sistema municipal de informações.

Quanto ao número de ultrassonografias transretais realizadas, Rio de Janeiro informou 929 e 689, respectivamente para 2009 e 2010; Goiânia 1398 e 1920 e Joinville 10 e 07. Todos estes municípios informaram utilizar os registros do

SIA/SIH para a obtenção de dados, porém, com limitações devido ao sub-registro, não disponibilização da base local em formato PDF (caso de Joinville) ou dificuldades no acesso à informação.

No que se refere ao número de cirurgias realizadas de patologias e cânceres do trato genital masculino, Rio de Janeiro informou 902 e 1058, respectivamente para 2009 e 2010 sem especificar o tipo de patologia. Goiânia informou 66 e 72 prostatectomias e Joinville 1413 e 1239, das quais 31 e 29 correspondiam a prostatectomias suprapúblicas realizadas nos anos de 2009 e 2010, respectivamente. As limitações referidas dizem respeito à dificuldade de acesso das bases de dados e restrição a patologias prostáticas, em alguns casos. Rio Branco informou que se trata de indicador estadual e Petrolina que esta ação não foi prevista.

No que diz respeito ao indicador: proporção de unidades básicas de saúde que utilizam as Diretrizes de Atenção, todos os municípios referiram que os PA locais prevêem ações direcionadas a incorporar as Diretrizes de Atenção na rotina das unidades básicas. Para a construção do indicador, os municípios identificaram o total de unidades básicas de saúde do município e entre estas o número de unidades que utilizam as Diretrizes de Atenção. A porcentagem referida de UBS que utilizam as DA foi de 18,8% no Rio Branco, 30,6% em Goiânia e 100,0% em Joinville. Petrolina e Rio de Janeiro não tinham informação sobre este dado, embora nesta cidade todas as unidades tivessem sido instruídas a utilizar as Diretrizes. Uma informação relevante a ser destacada consiste na ausência de Diretrizes de Atenção especificamente elaboradas para a saúde do homem pelo PNAISH. Tal fato se faz evidente nas respostas fornecidas pelos municípios do Rio de Janeiro, Rio Branco e Joinville quando inquiridos sobre as fontes de informação e/ou limitações para a construção do indicador e transcritas a seguir: O município de Rio de Janeiro utiliza como diretriz as já existentes para a atenção do adulto: *Na carteira básica estão incluídas as ações de atenção ao adulto, a saber: planejamento familiar e rastreamento ao câncer de próstata; rastreamento de dislipidemia; rastreamento e tratamento de DM e PA; tratamento para cessação de tabagismo; rastreamento para aconselhamento para alcoolismo, manejo das doenças cardiovasculares, das doenças crônicas e das doenças mais prevalentes do adulto, da tuberculose e da hanseníase.* O município de Rio Branco refere que *não há um mecanismo para avaliar qualitativamente se o atendimento está ocorrendo como definido nas diretrizes, só conseguindo quantificar o total de equi-*

pes capacitadas/sensibilizadas e, o município de Joinville refere: *a não implantação efetiva da linha guia de saúde do homem na SMS que será em novembro de 2011.*

Nenhum município conta com técnicos responsáveis pela análise sistemática dos dados que geram os indicadores acima mencionados, bem como, para o diagnóstico situacional da morbimortalidade dos homens nos seus municípios (com exceção de Rio de Janeiro e Petrolina). Entretanto, alguns referem uma periodicidade para a análise dos dados e divulgação das informações que varia de três meses em Rio Branco até um ano em Petrolina. O Município do Rio de Janeiro faz as análises específicas quando solicitado e refere falta de integração entre os sistemas. Goiânia e Joinville não realizam as análises periódicas por falta de indicação de técnico responsável. De fato, não há um profissional capacitado para análise sistemática de dados referentes à saúde do homem em nenhum dos municípios avaliados.

Discussão

O monitoramento constitui uma atividade fundamental no processo de planejamento e programação de intervenções em saúde. Embora existam diversas definições sobre o conceito de monitoramento, a definição proposta pelo Grupo de Trabalho sobre Avaliação e o Comitê de Apoio para o Desenvolvimento³ é de fácil compreensão. O monitoramento é definido como *o processo de coleta sistemática de dados para informar os formuladores de políticas, gerentes e outros interessados se uma nova política ou programa estão sendo implementados de acordo com suas expectativas. Os indicadores são usados para o monitoramento com o objetivo de determinar se os objetivos e as metas foram alcançados.*

Os indicadores, frequentemente de caráter quantitativo, são definidos como *um fator ou variável que fornece um meio simples e confiável para medir realizações, refletir as mudanças ligadas a uma intervenção, ou ajudar a avaliar o desempenho.* Pode ainda ser definido como *uma medida-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como, do desempenho do sistema de saúde*⁴. Um indicador pode ser simplesmente a contagem de eventos ou uma estrutura com base em várias fontes de dados que requer o cálculo de proporções, razões, coeficientes, até compostos por diversas dimensões, tal como os índi-

ces^{4,5}. O processo de monitoramento somente pode ser produto de um processo de planejamento e programação que parta da identificação clara do (s) problema (s) com base na identificação das necessidades de saúde, do levantamento de ações/intervenções que permitam a solução do(s) problema(s) identificado(s) e apontem para as estratégias a serem implementadas por meio de ações/atividades que permitam dar resposta aos objetivos e metas claramente definidos. O monitoramento envolve, portanto, a definição de instrumentos de acompanhamento de execução dessas ações que finalmente poderão constituir parte essencial do processo de avaliação de resultados e impacto da estratégia⁶.

Com base no sucinto marco conceitual acima explicitado, verifica-se que a PNAISH incorpora nas suas diretrizes uma série de indicadores visando o monitoramento e a avaliação das ações programadas. No entanto, os resultados apontam para uma situação crítica no que diz respeito ao componente de monitoramento das ações referentes ao eixo II de Promoção da Saúde e ao eixo V - Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, como evidenciado pela análise das informações e dados fornecidos pelos municípios para os indicadores selecionados para esta avaliação.

Para a maioria dos indicadores propostos na PNAISH, os dados fornecidos pelos municípios não permitem o monitoramento das ações, tendo em vista a inconsistência no fornecimento dos valores para os anos de 2009 (linha de base) e 2010. Verifica-se, quanto ao eixo II – Promoção da Saúde, que as estratégias elaboradas pelos municípios para o aumento da demanda de homens aos serviços de saúde foram insuficientes em Joinville e Rio Branco, sendo que Petrolina e Rio de Janeiro não especificam metas para a ampliação do atendimento. De qualquer modo, nenhum dos cinco municípios teve como avaliar o alcance desta meta, na medida em que nenhum deles conhece o total de homens atendidos antes (ou mesmo durante) da implantação da Política. Todos os municípios citam a falta de dados como limite para o cálculo da cobertura.

Os sistemas de informação em saúde existentes, tais como o SIAB e o SIA-SUS, não permitem o acesso a registros precisos sobre a clientela segundo local de moradia (área adstrita ou não à UBS), sexo, idade, motivo da procura e desfecho do atendimento, nem prevêem o registro individual, computando cada atendimento isoladamente e desconsiderando a multiplicidade de atendimentos por indivíduo. Esta limitação afeta

diretamente o cálculo dos indicadores relativizados: proporção de homens de 20 a 59 anos de idade atendidos nos serviços de atenção básica e a porcentagem de homens de 40 a 59 anos atendidos no mínimo uma vez ao ano, nas unidades básicas de saúde, que tem como propósito dimensionar a cobertura e o acesso dos homens em faixas etárias de maior risco de adoecimento aos programas de promoção e aos serviços de atenção básica, respectivamente⁷⁻¹⁰.

A limitação dos sistemas de informação quanto ao acesso a registros precisos sobre a clientela, apontada nesta avaliação, corrobora com os resultados do estudo de Rodrigues et al.¹¹, no qual, ao avaliar o SIAB em três municípios do Estado de Minas Gerais identificaram a não contemplação pelo sistema de algumas informações sobre a clientela contida nas fichas manuais. Este aspecto impacta especificamente a consistência dos relatórios gerados e conseqüentemente o monitoramento das ações de promoção da saúde na atenção básica. É necessário sensibilizar os gestores locais para a necessidade de atualização contínua destes dados e que o SIAB sinalize se a equipe não estiver completa em algum período, uma vez que apenas equipes completas têm permissão para incorporação dos dados no sistema, embora equipes que se tornem momentaneamente incompletas tenham uma tolerância de três meses no registro da produção e repasse de recursos.

No que diz respeito à proporção de homens de 20 a 59 anos de idade atendidos nos serviços de atenção básica, considerado o indicador principal de cobertura da Política, os dados refletem a falta de compreensão dos respondentes quanto à conceituação, evidenciado pela multiplicidade de respostas referentes à sua construção e cálculo. Tal indicador permitiria quantificar a demanda dos homens de 20 a 59 anos de idade em relação à população e previa o conhecimento do número total de atendimentos e da população total de homens nessa faixa etária residentes no município (cuja principalmente fonte de dados corresponde às estimativas populacionais do IBGE) em um determinado período de tempo (geralmente anual). Vale destacar, que nenhum município detém os valores basais (antes da implantação da Política).

Situação similar à anteriormente mencionada aconteceu com o cálculo da proporção de homens de 40-59 anos atendidos no mínimo uma vez ao ano, nas unidades básicas de saúde, com o agravante de uma maior dificuldade na obtenção dos dados referentes a desagregação dos atendimentos por motivos de consulta e primeiras

consultas de atendimentos subsequentes de controle. Considerando a diversidade na origem dos dados fornecidos e as distintas formas de cálculo do numerador, não foi possível obter informações quanto a este indicador.

No que diz respeito à proporção de homens de 40-59 anos atendidos no segundo nível de atenção, em relação aos homens encaminhados, os resultados apontam para o cálculo de atendimentos, de acordo com o contexto local e a disponibilidade de dados. Estes, foram apresentados por apenas dois dos cinco municípios estudados: um, o percentual de agendamentos para a unidade secundária e outro o número absoluto de consultas especializadas de urologia. O indicador também foi definido de maneira distinta nos referidos municípios, um considerando a relação entre encaminhamentos e consultas realizadas nas unidades secundárias e o outro o número absoluto de consultas especializadas em urologia. Vale destacar que o indicador tem como propósito avaliar o atendimento integral aos homens encaminhados pela atenção básica para a atenção secundária, em nível ambulatorial e mais uma vez se evidencia a falta de clareza na conceituação do indicador e a indisponibilidade dos dados nas fontes de informação vigentes.

As dificuldades acima apontadas para a construção e o cálculo dos indicadores relativizados não foram observadas para os indicadores referentes a procedimentos diagnósticos (ultrassonografia transretal) e cirúrgicos (vasectomias e para patologias/cânceres do trato genital), nos quais se verificou uma fácil compreensão dos indicadores quanto a seu cálculo (números absolutos). Contudo, apontam para uma série de limitações, entre as quais se destacam: a indisponibilidade dos dados, o sub-registro de procedimentos e, em alguns casos, a limitação dos procedimentos a patologias prostáticas ou a dificuldade em obter dados desagregados para as cirurgias segundo diversas patologias.

A aparente discrepância observada entre o número de ultrassonografias transretais, enquanto procedimento diagnóstico e complementar para o câncer de próstata, e o número de cirurgias realizadas de patologias e cânceres do trato genital masculino, pode ser interpretada pela relação direta entre o número de ultrassonografias transretais e o de cirurgias. Considerando-se que a ultrassonografia transretal é indicada na suspeita de câncer de próstata, em particular para orientar a biópsia prostática, os baixos valores, observados em Goiânia e Rio de Janeiro, foram justificados pelo sub-registro dos procedimen-

tos. Sendo que, no caso de Joinville, foram reconhecidos pela gestão como um problema, de modo que o próprio processo da pesquisa deu início a uma investigação, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, sobre a qualidade das informações disponíveis e sobre os procedimentos realizados. No que diz respeito ao número de cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino é importante levar em consideração que o indicador inclui outras patologias além do câncer prostático. Assim, Joinville indica a realização de 1413 e 1239 cirurgias nos anos de 2009 e 2010, respectivamente, das quais somente 2% correspondem a prostatectomias. Estes achados apontam para a necessidade de revisão do indicador referente ao número de cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino. Se o objetivo é avaliar a integralidade, a adequação e a continuidade das ações relacionadas ao diagnóstico precoce do câncer de próstata e o seu tratamento, sugere-se modificar o indicador para número de cirurgias de câncer prostático.

Outra informação relevante a ser destacada nesta análise consiste na ausência de diretrizes de atenção especificamente elaboradas para a saúde do homem, pelos municípios avaliados, que incluam orientações gerais quanto ao acolhimento, triagem, atenção às necessidades e fluxos de encaminhamento. No entanto, todos os municípios referem ter incorporado as diretrizes da PNAISH na rotina dos serviços.

Os resultados possibilitaram verificar que os gestores e os técnicos responsáveis pelo programa não incluíam, entre as suas atividades, aquelas referentes ao monitoramento do processo de implantação, além da vigilância de eventos e agravos relacionados à saúde do homem (morbimortalidade) que possibilitassem, no futuro, avaliar a efetividade da “intervenção” por meio da construção de indicadores de resultado, impacto e análise das suas tendências.

Em linhas gerais, foram evidenciadas: falta de clareza na conceituação e padronização dos critérios de construção dos indicadores, dificuldades na obtenção dos dados e ausência de informações de base nos municípios estudados, que fragilizam o monitoramento da implantação da PNAISH.

O instrumento aplicado permitiu identificar uma série de limitações que apontam para fatores possivelmente determinantes de tal situação, tanto de ordem político-gerencial como técnico, embora claramente previstas no Plano de Ação Nacional como ações/atividades a serem realizadas para a efetiva implantação do programa, tan-

to a nível nacional como estadual e municipal. Entre os fatores limitantes, destacamos os relacionados a seguir:

1) *Falta de definição, por parte do nível nacional, de um instrumento de orientação técnica definindo os conceitos, os critérios adotados, a interpretação e usos, as limitações, o método de cálculo, as fontes de dados e a periodicidade para cada indicador proposto no Plano de Ação Nacional* – A falta de definição se faz evidente nos resultados ao se verificar o uso de diferentes critérios para definir o numerador e/ou denominador, quando pertinente, pelos municípios para um mesmo indicador. A falta de padronização nos critérios de construção dos indicadores dificulta o seu cálculo e a determinação de uma linha de base que permita acompanhar as mudanças e as tendências ao longo do tempo além de impossibilitar a comparabilidade dos resultados numa mesma área geográfica ao longo do tempo e entre as diferentes áreas geográficas.

2) *Falta divulgação, por parte do nível nacional, das Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde do Homem* – Basicamente todas as ações direcionadas à expansão do sistema de atenção à saúde do homem se encontram atreladas à elaboração de orientações gerais quanto às ações de promoção da saúde e atenção, com orientações gerais quanto ao acolhimento, triagem, atenção às necessidades e fluxos de encaminhamento. Conforme previsto no Plano de Ação Nacional, as Diretrizes foram publicadas no ano de 2009 (Meta E.1.2.1), porém o Caderno de Atenção Básica, previsto para junho de 2010 (Meta E. 1.2.2), ainda não foi publicado, estando em fase de preparação, com previsão de publicação para 2013.

3) *Inserção limitada, no processo de planejamento e programação, das ações que visam à atenção integral à saúde do homem no nível municipal, como ação / área programática prioritária e ou estratégica* como assinalado nas Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde em todos os níveis de atenção⁶. Neste aspecto vale, ainda, ressaltar a importância da pactuação e inserção como área programática prioritária nos planos municipais e estaduais de saúde, bem como, na Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde (Meta A.1.6.1), visando garantir os mecanismos necessários para a organização dos serviços e promovendo a atenção integral para a população alvo, em consonância com as metas e objetivos do Pacto pela Saúde 2010 – 2011¹².

4) *Falta de adequação, por parte do nível nacional, dos sistemas de informação em saúde que ge-*

ram os dados necessários para a construção dos indicadores – Além da limitada compreensão, por parte do nível municipal, dos indicadores propostos evidenciados pela variabilidade de métodos de cálculo principalmente para os indicadores relativizados, os municípios apontam para uma série de limitações no que diz respeito às fontes de dados. Destacam-se: a impossibilidade de gerar dados desagregados por sexo e faixa etária nos sistemas de informação locais (SIAB e Gerenciador de Informações Locais – GIL); a limitada disponibilidade e qualidade dos dados gerados pelos sistemas de informação em saúde principalmente do SIA/SIH - SUS. Problemas relacionados à qualidade, à oportunidade e ao sub-registro dos dados, além da adequada definição dos indicadores constitui um dos principais desafios do processo inicial de implantação de intervenções. Ante estas limitações, alguns municípios partiram para a criação e/ou adequação de alternativas para a obtenção de dados referentes à atenção básica, como no caso de Rio Branco (ficha de atendimentos nas UBS) e do Rio de Janeiro com programações específicas que permitam gerar os dados no GIL. No que diz respeito à assistência na média complexidade ambulatorial e hospitalar foram utilizados sistemas alternativos à SIA/SIH como o Sistema de Regulação de Vagas do Município (SISREG) pelo Rio de Janeiro e o Sistema Informatizado de Consultas e o Atendimento Ambulatorial (SICAA) em Goiânia.

Constata-se a necessidade de viabilizar o cumprimento por parte do nível federal das ações e metas estabelecidas para viabilizar a adequação dos sistemas de informação à demanda requerida para a efetiva implantação da Política correspondente ao Eixo VIII – Sistemas de Informação. A meta estipulada corresponde à *elaboração de uma lista dos sistemas de informação e dos indicadores utilizados, incluindo a Sala de Situação em Saúde até o final de 2010* (H.1.1.1.) e os objetivos, *ao estudo e utilização desses indicadores para a tomada de decisões e correção da trajetória* (H.1.1.1.1.) e *apoio aos estudos relativos ao projeto GIL para que o mesmo contemple informações relacionadas à atenção integral à Saúde dos Homens* (H.1.2.1.1.). O indicador proposto corresponde à listagem finalizada até o final de 2010 (H.1.1.1.1.1). Vale frisar que uma simples relação de sistemas de informação e dos indicadores propostos não dará conta do desafio, sendo necessária a discussão e a elaboração de fichas de qualificação (orientações técnicas) dos indicadores que descrevam em detalhe os conceitos, os critérios adotados, a interpretação e usos, as li-

mitações, o método de cálculo, as fontes de dados e a periodicidade para cada indicador, assim como, a flexibilização dos sistemas de informação existentes, em particular o GIL. É recomendável que durante o processo de adequação se leve em consideração a inclusão de indicadores de resultado que avaliem dimensões referentes ao acesso, bem como, de impacto que permitam mensurar a efetividade do programa no perfil de adoecimento e mortalidade da população alvo.

Ainda, é importante considerar a realização de pesquisas específicas tendo em vista a reconhecida limitação dos dados gerados pelas fontes rotineiras de informação (dados secundários) em “captar” certas dimensões do desempenho, tais como, a qualidade da atenção prestada, a satisfação do usuário e a adequação, a continuidade e a resolubilidade dos serviços prestados^{13,14}. Parece oportuno lembrar que se encontra em processo de planejamento a Pesquisa Nacional de Saúde a ser realizada em 2013, na qual não se encontra previsto um módulo específico para a saúde do homem.

Os dados refletem uma limitada capacidade dos municípios para atender às demandas impostas pela implantação da estratégia e a crítica situação do monitoramento das ações de promoção da saúde e expansão do sistema de atenção à saúde do homem. Verifica-se uma falta de sincronia entre municípios e nível federal, responsável pela elaboração das diretrizes básicas (tanto de assistência como de monitoramento das ações) necessárias para a organização dos serviços no nível municipal que afeta diretamente o componente de monitoramento das ações.

Colaboradores

EC Moura, AMP Lima e M Urdeneta participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimento

À Professora Dra. Muna Muhammad Odeh do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pela criteriosa revisão e valiosa contribuição.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional*. Brasília: MS; 2009.
3. Development Assistance Committee (DAC) Working Party on Aid Evaluation. *Glossary of key terms in evaluation and results based management*. Paris: OECD Publications; 2002.
4. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.
5. Merchán-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(4):273-284.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: MS; 2006.
7. Dias-da-Costa JS, Presser AD, Zanolla AF, Ferreira DG, Perozzo G, Freitas IBA, Portolan LT, Tavares RT, Olinto MTA, Pattussi MP. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2843-2851.
8. Bastos GAN, Santos IS, Costa JSD, Capilheira MF. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(4):620-632.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 1101, de 12 de junho de 2002. *Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
10. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* 2007; 23(S3):565-574.
11. Rodrigues CG, Rodrigues FG, Wong LR, Perpétuo IHO. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. *Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira* 2008. Belo Horizonte: UFMG, número 140.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 2.669, de 3 de novembro de 2009*. *Diário Oficial da União* 2009; 6 nov.
13. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):607-621.
14. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.

Apresentado em 01/07/2012

Aprovado em 18/07/2012

Versão final apresentada em 24/07/2012