

GLÁUCIO TADEU DOS SANTOS

**SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CONSELHEIRO LAFAIETE
2010**

GLÁUCIO TADEU DOS SANTOS

SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Aristides José Vieira Carvalho

CONSELHEIRO LAFAIETE
2010

GLÁUCIO TADEU DOS SANTOS

SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Aristides José Vieira Carvalho

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

Dedico este trabalho a Deus
que me deu forças para chegar até aqui,
à minha querida esposa Janice,
aos meus pais, razão de minha existência,
aos meus irmãos
e à comunidade e
equipe de Saúde da Família Lourdes, pelo carinho e respeito

Agradeço a todas as pessoas que estiveram sob meus cuidados,
razão de minha existência profissional

O Saber implica a facilidade de elaborar idéias simples
para explicar coisas aparentemente complexas,
utilizando-se os recursos fecundos e inspirativos
do universo interior

Francisco do Espirito Santo Neto

RESUMO

O câncer de próstata é um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade, acometendo, em média, um em cada seis homens com câncer. Sua elevada frequência foi um fator decisivo para a escolha do tema dentre uma infinidade de outros vivenciados no campo de nossa atuação profissional na Equipe de Saúde da Família Lourdes, município de Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais. O objetivo geral do estudo foi traçar uma estratégia para prevenção, detecção precoce do câncer de próstata na atenção primária à saúde, bem como sugerir meios para conscientização e captação do público alvo sobre a importância de se realizar a prevenção/detecção precoce do câncer de próstata. Trata-se de estudo baseado em revisão de literatura sobre o câncer de próstata, em que, após discussão do tema, foi elaborada uma proposta de intervenção a ser utilizada pelos membros da equipe transdisciplinar de saúde, visando acolhimento de forma humanizada e melhor assistência aos usuários do serviço de saúde da área de abrangência. Entre os achados da revisão de literatura cabe destacar que não existe um consenso entre a comunidade científica a respeito de quais são as melhores formas para a prevenção / detecção precoce do câncer de próstata. A proposta de intervenção foi direcionada a facilitar a porta de entrada dos usuários público-alvo à unidade básica de saúde e volta-se, sobretudo, para atividades educativas, visando quebrar a resistência à realização do exame de próstata, devida ao preconceito existente.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de próstata, Detecção precoce, Prevenção, Saúde do homem, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Prostate cancer is a major public health problem nowadays, affecting on average one in six men cancer. Their high frequency was a major factor in the choice of the theme, among many others experienced by the team in charge of Families' Health, in the city of Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais. The overall objective of this study is to outline a strategy for prevention and early detection of prostate cancer in health primary care. This is a study based on literature review of prostate cancer and a proposal for action by the multidisciplinary team of Families' Health, in order to humanize and better assist health service users from the area. Among the findings from the literature review there is not a consensus among the scientific community about what are the best ways for prevention/early detection of prostate cancer. The proposed intervention is designed to facilitate the entrance of the user audience to basic health unit. We conclude that the biggest difficulty was the resistance to prostate examination, cause low health education and prejudice

KEY WORDS: Prostate Cancer, Early Detection, Prevention, Men's Health, Primary health.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	12
2 - METODOLOGIA.....	14
3 - REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1- Epidemiologia do câncer de próstata.....	16
3.2 - Prevenção e diagnóstico precoce	23
4 - DISCUSSÃO	26
5- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
6 - CONCLUSÃO.....	31
7 - REFERÊNCIAS	32
<u>ANEXO A</u>	
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	35

TABELAS

TABELA 1- Taxas de mortalidade por câncer de Próstata, brutas e ajustadas por idade, pela população mundial e brasileira, por 100.000 homens, Brasil entre 1979 e 2006.	17
TABELA 2- Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) no sexo masculino, segundo principais causas específicas, Brasil, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005.....	19
TABELA 3- Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) no sexo masculino, segundo principais causas específicas, Brasil, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005.....	20
TABELA 4 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer em homens, segundo localização primária, no Estado de Minas Gerais e na capital.	21

ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Câncer de Próstata.....	22
Figura 02 – Toque retal.....	25

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível da atenção dos serviços de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, sendo que, o contato preferencial e inicial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, deve se dar através das unidades de saúde da família. (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil em 1994 tendo como referências as experiências desenvolvidas em países como Cuba, Canadá e Inglaterra e em função dos bons resultados provenientes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ocorridos no Ceará na década de 80, conforme Faria *et al* (2008).

No município mineiro de Conselheiro Lafaiete – MG, com 114.558 habitantes (IBGE, 2007) o PSF começou a ser introduzido no ano de 1998 em substituição aos postos de saúde tradicionais. Atualmente o município conta com 24 (vinte e quatro) equipes de Saúde da Família

Dentre uma infinidade de temas/problemas vivenciados no campo de nossa atuação profissional na “Equipe de Saúde da Família Lourdes”, decidimos optar pela Saúde do Homem, tendo como objetivo geral do trabalho, traçar uma estratégia para prevenção, detecção precoce do câncer de próstata em serviços de atenção primária à saúde. Como objetivo específico, sugerir meios para conscientização e captação do público alvo sobre a importância de se realizar a prevenção / detecção precoce do câncer de próstata.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2009), o câncer de próstata é o câncer mais comum na população masculina e pode ocorrer em um de cada seis homens. Cerca de 2% dos homens brasileiros com mais de 45 anos apresentam câncer de próstata neste exato momento e a maioria não tem conhecimento deste fato. Isto significa que no mínimo 400 mil brasileiros necessitam de diagnóstico, pois a doença é curável quando encontrada precocemente.

A escolha deste tema se justifica pela necessidade de repasse de informações, o que pudemos presenciar em nosso cotidiano de atuação. O câncer de próstata, apesar de ser o segundo de maior prevalência geral entre a população masculina, tem sido o mais comum entre os usuários de nossa área de abrangência; e devido estar começando a ser

implantada no país a Política Nacional de Saúde do Homem, através da Portaria M.S.1.944 de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a), na qual, dentre uma infinidade de vertentes a serem abordadas, está a prevenção do câncer de próstata.

Pretende-se que ao fim deste estudo os dados gerados possam contribuir para uma melhor assistência à população masculina usuária dos serviços de saúde.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de revisão de literatura, com uma proposta de intervenção em relação à prevenção e detecção precoce do câncer de próstata.

A área de atuação para a implementação da proposta de intervenção são os serviços de atenção primária. Embora apresentemos uma proposta mais genérica, com capacidade de ser reproduzida em outras equipes de Saúde da Família, que hoje representam, no Brasil, a proposta de organização da Atenção Primária, nossa fundamentação tem como um de seus pilares a nossa experiência como profissional que integra a ESF Lourdes, no município de Conselheiro Lafaiete. Esta equipe possui uma população adscrita de 3.438 pessoas e convive com diversos problemas de saúde, tais como alta prevalência de hipertensão e diabetes, câncer em geral e baixa adesão da população masculina ao exame de prevenção ao câncer de próstata. Após discussão com profissionais de saúde e ampla análise, foi priorizado o problema da baixa adesão ao exame de prevenção ao câncer de próstata, uma vez que a equipe, ao perceber a frequência e a gravidade do problema, vislumbrou a possibilidade de construir uma proposta de intervenção para este problema. Acreditamos que outras equipes devem conviver com situações/problemas semelhantes e que este estudo poderia fornecer-lhes subsídios.

Para fundamentação teórica do nosso estudo realizamos uma revisão de literatura em que foram utilizados como fonte de pesquisa, livros clássicos na área de oncologia e enfermagem e publicações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde.

Utilizou-se, igualmente, a pesquisa de dados do Lilacs, Scielo e Medline, a partir do descritor “câncer de próstata” com o qualificador “prevenção e controle”.

O número de artigos encontrados foi o seguinte: 361 no idioma português.

Foram selecionados 11 (onze) artigos, sendo cinco do Lilacs e seis do Scielo.

O critério de inclusão de artigos utilizado foi: artigos com foco na prevenção e detecção precoce do câncer de próstata. E o critério de exclusão: artigos que destacam o câncer de próstata de uma forma mais ampla, sem especificar aspectos da prevenção e detecção precoce.

A revisão de literatura foi estruturada da seguinte forma: definição de próstata, câncer de próstata e dados estatísticos sobre sua prevalência, fatores de prevenção e detecção precoce do câncer, fatores relacionados à baixa procura dos serviços de saúde.

O plano de intervenção foi elaborado considerando a atuação multiprofissional das ESF, a fim de apresentar subsídios que possam contribuir para a prevenção e detecção precoce do câncer de próstata.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1- Epidemiologia do câncer de próstata

A próstata é uma glândula próxima à uretra masculina e a bexiga e cuja secreção faz parte do esperma. Esta tem a forma semelhante a uma castanha e se constitui de dois lobos com um sulco central. (MINAS GERAIS, 2007).

O carcinoma de próstata constitui, conforme Robbins (2001), a forma mais comum de câncer no sexo masculino, tratando-se da segunda causa principal de morte por câncer em homens. Sua frequência aumenta com a idade devendo, ser diagnosticado precocemente (PEREZ, 2002).

Já os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata conforme Gonçalves (2008) são a idade avançada, a etnia do cliente e a predisposição familiar. Sendo que o maior fator de risco é o envelhecimento.

Conforme abordado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), o aumento observado nas taxas de incidência do câncer de próstata pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro, sendo que a maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³ e acometendo homens acima de 50 anos de idade.

Podemos afirmar conforme nos mostra Calvete *et al* (2005), o câncer de próstata tornou-se um problema relevante de saúde pública. Sendo a doença maligna mais comum nos Estados Unidos e a segunda causa mais comum de morte por câncer. O Antígeno Prostático Específico (PSA) é o marcador mais importante para detectar, estagiar e monitorara o câncer de próstata.

Em relação ao aumento da incidência do câncer de próstata especula-se de acordo com Carneiro *et al* (2004) que houve uma melhor identificação de casos

subclínicos, facilitada pela expansão do uso do teste de PSA. Sendo que está indicado para os assintomáticos, o PSA aliado ao toque retal, sendo estes exames de baixo custo.

A Tabela 1 destaca as taxas de mortalidade por diferentes tipos de cânceres, de acordo com a localização primária da neoplasia. Observa-se que o câncer de próstata aparece em segundo lugar. Estes dados dizem respeito a uma incidência projetada para os anos de 2008 e 2009.

TABELA 1- Taxas de mortalidade por câncer de Próstata, brutas e ajustadas por idade, pela população mundial e brasileira, por 100.000 homens, Brasil entre 1979 e 2006.

Incidência projetada para 2008 e 2009 dos tumores malignos

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DA NEOPLASIA MALIGNA	NÚMERO DE CASOS
Pele não melanoma	55.890
<u>Próstata</u>	49.530
Traquéia, Brônquio, Pulmão	17.810
Estômago	14.080
Cólon e Reto	12.490
Cavidade Oral	10.380
Esôfago	7.900
Leucemias	5.220

Pele melanoma	55.610
---------------	--------

Fonte: INCA – Incidência do Câncer no Brasil, Estimativa 2008 e 2009

Os dados apresentados pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) sobre a mortalidade por 100.00 habitantes da população do sexo masculino, no Brasil para os anos de 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005, mostram um aumento importante da frequência de óbitos por câncer de próstata, ou seja, de 5,9 por 100.000 habitantes do sexo masculino em 1985 para 11,4 no ano de 2005, o que representa uma variação de 95,1%, apenas inferior às variações ocorridas no *diabetes mellitus* (103,6%) e homicídios (101,4%), cabendo aqui o destaque que estas duas causas de óbitos atingem população masculina em idades diferentes e, no caso de homicídios, há interferência de outros fatores ligados à violência e segurança pública. Estes dados estão nas Tabelas 2 e 3, apresentada a seguir:

TABELA 2- Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) no sexo masculino, segundo principais causas específicas, Brasil, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005

Causas de óbito	1980	1985	1990	1995	2000	2005	variação %
Doença isquêmica do coração	73,1	71,5	65,2	61,5	54,3	54,7	-25,2
Doença cerebrovascular	76,2	74,7	68,6	64,9	51,6	50,3	-34,0
Homicídios	23,4	29,3	41,7	44,1	48,6	47,2	101,4
Outras doenças cardíacas	59,4	53,3	48,9	48,6	35,9	34,2	-42,5
Acidentes de transporte	29,7	32,1	33,2	35,4	28,4	32,7	9,8
Pneumonia	31,8	29,1	29,1	28,8	23,4	23,4	-26,6
Outras violências	41,6	43,7	33,9	33,3	28,9	22,8	-45,3
Doença crônica fígado/cirrose	15,7	15,8	15,4	16,7	19,1	19,5	24,1
<i>Diabetes mellitus</i>	9,6	10,4	12,2	14,7	17,8	19,5	103,6
Doença hipertensiva	14,1	14,0	12,4	12,6	13,2	17,6	24,9
Neoplasias de traquéia, brônquios e pulmão	10,9	11,7	12,3	13,4	12,1	13,4	22,3
Neoplasia da próstata	5,9	6,1	6,9	8,9	9,0	11,4	95,1
Neoplasia do estômago	13,2	11,8	10,6	10,3	8,6	9,0	-31,5
Outras doenças aparelho circulatório	13,3	9,9	9,4	9,1	8,0	8,1	-38,8
Doença por HIV	-	-	-	15,6	9,0	8,1	-48,1
Deficiências nutricionais	8,8	7,9	5,4	4,3	7,3	7,5	-14,5
Suicídios	5,3	5,5	5,5	7,3	6,4	7,4	39,0
Septicemia	4,8	5,9	6,1	6,8	6,5	7,1	46,6
Neoplasia do esôfago	5,6	5,1	5,0	5,2	5,0	5,6	0,4

Fonte: Secretaria de Vigilância à Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2009)

TABELA 3- Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) no sexo masculino, segundo principais causas específicas, Brasil, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2005.

Causas de óbito	1980	1985	1990	1995	2000	2005	variação %
Neoplasia do cólon, reto e ânus	3,6	3,3	3,5	4,1	4,3	5,4	50,6
Quedas acidentais	2,7	2,7	4,7	5,5	3,6	5,3	95,0
Tuberculose respiratória	8,9	5,8	5,2	5,6	4,3	3,4	-61,4
Neoplasia do pâncreas	2,4	2,4	2,6	2,8	2,7	3,2	31,6
Leucemia	2,9	2,9	2,7	2,8	2,9	3,2	11,4
Doença de chagas	8,2	7,0	5,9	4,8	3,6	3,2	-61,1
Doenças infecciosas. Intestinais	27,8	16,7	11,4	7,8	3,8	3,2	-88,6
Neoplasia da laringe	2,9	2,9	2,7	3,1	2,6	3,1	7,3
Úlcera do estômago e do duodeno	3,7	3,1	2,9	2,9	2,2	2,1	-43,0
Hepatite por vírus	0,9	0,8	0,6	0,7	1,1	1,6	76,0
Febre reumática./doença reumática - coração	1,5	1,1	1,0	0,9	1,0	0,9	-41,4
Acidentes por fogo e chama	1,2	1,1	1,0	1,0	0,8	0,6	-51,3
Gripe	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	-63,8
Tétano	0,9	0,8	0,5	0,4	0,2	0,1	-87,7
Sarampo	2,0	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0	-100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância à Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2009)

No estado de Minas Gerais e em Belo Horizonte, capital mineira, dados do INCA (2009), apresentam uma estimativa para o ano de 2010, em que o câncer de

próstata aparece como a neoplasia com maior número de casos na população masculina. Estes dados estão apresentados na Tabela 4.

TABELA 4 - Estimativas para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de numero de casos novos por câncer em homens, segundo localização primária, no Estado de Minas Gerais e na capital.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	Estado de Minas Gerais		Capital (Belo Horizonte)	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
<u>Próstata</u>	5.350	52,95	880	73,14
Traquéia, Brônquio, Pulmão	1.460	14,47	240	20,26
Estômago	1.290	12,75	160	13,61
Colon e Reto	1.040	10,33	220	18,68
Cavidade Oral	870	8,63	140	11,93
Esôfago	1.040	10,27	110	9,32
Leucemias	530	5,23	80	6,78
Pele Melanoma	220	2,15	40	3,14
Outras localizações	7.520	74,44	1200	99,45
SUBTOTAL	19.320	191,24	3.070	254,42
Pele Não Melanoma	3.520	34,81	470	38,69

Fonte: INCA (2009)

O câncer de próstata, como nos mostra Gomes (2008), é notadamente um agravo de saúde público devido às taxas de morbimortalidade, mas existe uma ausência de conhecimento sólido sobre as formas de sua prevenção.

Após os 45 anos de idade, o risco da doença aumenta significativamente. O problema principal é a redução da uretra e a compressão da bexiga, o que provoca obstruções, de acordo com (MINAS GERAIS, 2007).

Podemos dizer que o tumor canceroso na próstata na sua fase inicial dificilmente irá causar problemas imediatos, mas se crescer pressionará a uretra causando sintomas urinários e podendo se disseminar para outras partes do corpo. O câncer da próstata surge quando, por razões ainda não conhecidas pela ciência, as células do órgão passam a se dividir e a se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor. A grande maioria desses tumores, de acordo com o INCA (2009) cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. Alguns, porém, podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte.

A figura 1, a seguir, destaca a próstata, em que se observa o câncer que a acomete.

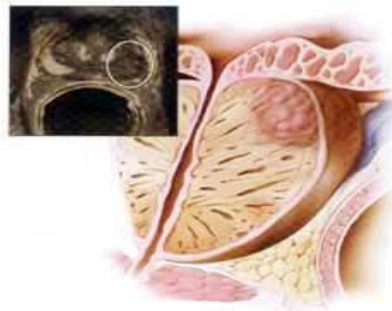


Figura 01 - Câncer de Próstata

Fonte: BRASIL (2006)

3.2 - Prevenção e diagnóstico precoce

A prevenção constitui-se na maior defesa, para a Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do Tabagismo de Juiz de Fora – MG (COMISSÃO, 2005).

Conforme Vieira *et al* (2008) o diagnóstico e o tratamento precoce são estratégias para salvar vidas e diminuir custos com a saúde no país.

Manter uma alimentação saudável, não fumar e ser fisicamente ativo, conforme (MINAS GERAIS, 2007) podem ser considerados fatores de prevenção não apenas para o câncer de próstata, mas para os diversos tipos de câncer em geral

Para Fugunte (2007), pesquisas realizadas nos Estados Unidos em 2003 apontam que alimentos que possuam substâncias chamadas fitoestrógenos – que são estrógenos fracos, como a soja – contêm propriedades capazes de reduzir o risco de câncer de próstata.

A realização do rastreamento influencia no aumento da expectativa de vida e a mortalidade diminui, porém há um comprometimento na qualidade de vida da população submetida a este rastreamento, conforme nos mostra Dini (2006).

Conforme descrito pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), a detecção precoce compreende duas diferentes estratégias:

- > Diagnóstico precoce dos clientes que apresentem sintomas iniciais da patologia.
- > Diagnóstico por rastreamento – voltado para clientes que não apresentem nenhum sintoma e estejam aparentemente saudáveis.

Ambos devem estar baseados em evidências científicas de qualidade, sendo que no segundo caso não existe consenso na comunidade científica sobre sua eficácia.

Após os 50 anos, principalmente se houver história familiar de câncer de próstata, fazer anualmente o exame clínico (toque retal) e, nos casos indicados, realizar a dosagem de antígenos prostáticos específicos (PSA – exame de sangue). Na suspeita, outros exames poderão ser indicados para confirmação diagnóstica

Os sintomas iniciais mais comuns, segundo INCA (2009) são a redução do jato urinário e aumento da frequência das micções, principalmente à noite. A maioria dos cânceres de próstata não causa sintomas até que atinjam um tamanho considerável. Ficar atento à dor lombar, de bacia ou dos joelhos, problemas de ereção e sangramento pela uretra.

Não existe um consenso sobre a efetividade do exame do PSA na comunidade científica (FOLHA DE SÃO PAULO, 2009).

Para Lima (2007), o PSA contribuiu para o aumento do diagnóstico de novos casos entre o público alvo estudado, sem um diagnóstico precoce, o que corrobora com a descrição de Fonseca (2007) – a realização do PSA levou a um aumento no número de casos diagnosticados com doença clinicamente localizada.

De acordo com o consenso do INCA (2002), o toque retal é ainda o recurso diagnóstico mais utilizado, apesar de suas limitações, uma vez que somente a porção posterior e lateral da próstata pode ser apalpada, deixando 40% a 60% dos tumores fora de seu alcance. Quando utilizado em associação à dosagem de PSA sua sensibilidade pode chegar a 95%.

A figura 2 destaca o toque retal e as estruturas anatômicas.

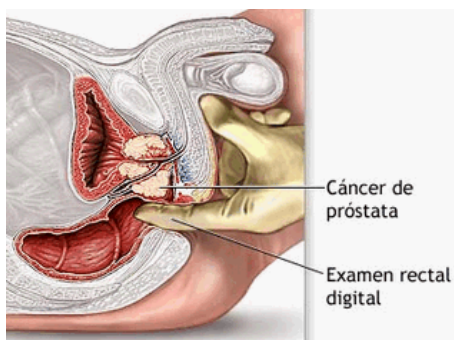


Figura 02 – Toque retal

Fonte: VILELA, 2007

Uma das grandes dificuldades observadas sobre a adesão dos clientes para a realização deste exame consiste no preconceito de grande parte dos clientes. Segundo Gomes (2008) a idéia de que o exame de toque possa suscitar violações e interdições podem ser percebidas como algo que comprometa o que se entende comumente o ser homem, ou seja, o toque pode ser considerado como algo que irá arranhar a masculinidade em muitos casos.

Os aspectos que envolvem a percepção da masculinidade, em especial a sexualidade masculina, em geral produzem reflexo no campo da saúde, revelando dificuldades principalmente em relação á prevenção segundo abordagem de Gomes (2003).

O exame de toque retal, conforme Vieira (2008), é uma medida preventiva de baixo custo e a não realização do exame, está relacionada ao déficit de conhecimento, aos preconceitos, e á ausência de sintomatologia. Contudo, atribui-se à falta de educação sanitária do usuário.

4 - DISCUSSÃO

A estratégia de Saúde da Família, de acordo com Faria *et al* (2008), veio para reorientar o modelo assistencial de saúde, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Deve estar baseada no acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo com a população na área de abrangência da unidade.

Devemos repensar o processo de trabalho em saúde tendo clareza dos objetivos do trabalho, dos sujeitos que atuam, do objeto da ação e dos meios disponíveis a serem utilizados na execução da ação. Para entender e transformar nosso processo de trabalho de modo a torná-lo mais eficiente e eficaz, devemos considerar estes elementos e suas especificidades e, a partir daí, planejar as ações de educação em saúde a serem desenvolvidas junto ao nosso público alvo.

Conforme a Portaria 648 / GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2009) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e diretrizes para a ESF, fica estipulado como atribuições comuns para todos os profissionais da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar / técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde) entre outras: ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, bem como atividades de educação permanente em saúde. Dessa forma, poderá ser criado grupo operativo para atender á Saúde do Homem, inicialmente abordando a prevenção e a importância da detecção precoce do câncer de próstata. Aos poucos, outros agravos

podem ser abordados como alcoolismo, tabagismo, etc, seguindo as novas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Concordamos com Faria *et al* (2009), quando diz que o trabalho em grupo e o envolvimento de todos os membros da equipe de saúde são essenciais para que se possa desenvolver um trabalho efetivo de qualidade.

Um dispositivo importante e essencial que podemos utilizar no auxílio da enfermagem a estes clientes, de acordo com Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN MG, 2003), em sua Resolução 272/2002, é a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, segundo a qual incumbe privativamente ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. que compreende as seguintes etapas da Consulta de Enfermagem:

A - Histórico (entrevista): conhecer hábitos individuais e psicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento assim como identificação do problema.

B - Exame físico: o enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão de forma criteriosa efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

C - Diagnóstico de enfermagem: o enfermeiro, após analisar os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família, da comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

D - Prescrição de enfermagem: é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma

individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

E - Evolução de enfermagem: é o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente; desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados.

A sistematização da assistência de enfermagem deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada.

A educação do paciente deve ser uma experiência planejada e prevista para estimular mudanças de comportamento e estado de saúde (VIEIRA, 2008). Sendo que a relevância da prática de educação em saúde possibilita à sociedade a busca de seus direitos e cumprimento de seus deveres: entretanto o acesso aos serviços de saúde ainda é difícil em virtude das desigualdades sociais que fomentam a origem de barreiras que dificultam, ou quando não, inviabilizam este acesso.

5- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

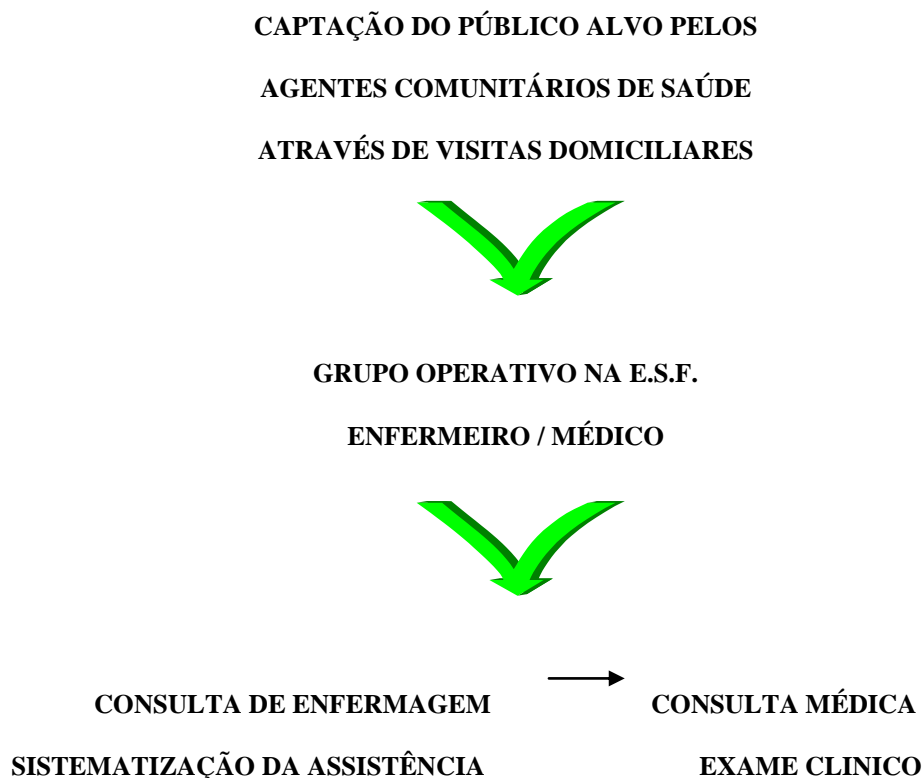
O acolhimento é um momento importante para oportunizar ações de prevenção, de educação em saúde e detecção precoce de agravos à saúde, segundo a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP, 2004).

A partir de nossa experiência na Equipe de Saúde da Família (ESF) Lourdes, percebemos que o envolvimento dos profissionais com o trabalho, sua disponibilidade em estabelecer contato, em se vincular com o usuário e o compromisso de utilizar todo o conhecimento que possuem na oferta de uma atenção integral constituem peças fundamentais para uma boa assistência.

Todos profissionais são importantes neste processo. Segundo Seoane (2009), o agente comunitário de saúde, integrante da equipe de ESF, possui uma situação singular, haja vista que deve residir na área de abrangência da unidade de saúde e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade. De forma semelhante, podemos destacar a importância do médico, do enfermeiro, do auxiliar ou técnico de enfermagem, cada um dando a sua contribuição em aspectos comuns à abordagem da equipe e atuando, também, de acordo com as especificidades de sua categoria profissional.

Considerando a dinâmica do trabalho das ESF a captação do público alvo iniciaria com as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde que convidariam os homens na faixa etária de risco a participarem de um grupo operativo na unidade da ESF, a ser realizado com enfermeiro e médico. Sendo abordados, dentre outros, o tema câncer de próstata, formas de prevenção e detecção precoce. A partir daí os clientes passariam por uma consulta individual de enfermagem, em que seria realizada a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e, posteriormente, encaminhados para consulta médica, na qual seriam realizados exame clínico e solicitação de exames laboratoriais. Em caso de detecção de anormalidades durante a consulta médica, o cliente seria referenciado para um especialista; caso contrário, seria realizado somente controle periódico na unidade da ESF. Por fim os agentes comunitários continuariam como elo de ligação entre usuários e equipe, através de visitas domiciliares mensais.

Um fluxograma – criado a partir da discussão, e conforme explicado anteriormente para o atendimento do público alvo na Estratégia de Saúde da Família a seguir, no intuito de facilitar o acolhimento e o acesso ao serviço de saúde humanizado e de qualidade.



EXAMES LABORATORIAIS



ALTERAÇÕES

SIM

NÃO

REFERÊNCIAR PARA
ESPECIALISTA

CONTROLE
PERIÓDICO



VISITAS DOMICILIARES

DOS AGENTES

COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

6 - CONCLUSÃO

O câncer de próstata é um dos grandes agravos à Saúde do Homem, necessitando de intervenções que possam efetivamente preveni-lo e detectá-lo em sua fase inicial.

O acesso às informações está disseminado nos meios de comunicação em geral. No entanto, a educação em saúde e o compromisso das equipes de Saúde da Família com as populações, em suas áreas de abrangências, constituem importante fonte de conscientização do público alvo, sobre a importância e necessidade de sua prevenção e ou detecção precoce.

Espera-se que a proposta de intervenção apresentada possa de alguma forma contribuir, como ponto de partida, na melhoria da assistência à saúde do homem na atenção primária à saúde.

7 - REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2006. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/polica_nacional_atencao_basica_2206.pdf> acesso em 20/12/2009.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Homem**. 2009a. Disponível em:< <http://www.portalsaude.gov.br> >. Acesso em: 20/12/2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2009b. Disponível em:<<http://www.portalsaude.gov.br>> . Acesso em: 10/11/2009.

BRASIL. **Dieta e prevenção do câncer de próstata**. Jornal Conversa Pessoal. Brasília. DF Ano VI. n 72. 2006. Imagem disponível em: www.senado.gov.br/.../Imagens/prostata.jpg Acesso em: 15/01/2010.

BRASIL - RIPSAs. Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília. 2008.

CALVETE, A. C. et al. **Avaliação da extensão da neoplasia em câncer de próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason.** 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05/01/2010.

CARDOSO, F. C. et al. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde.** Módulo 3. Curso de Especialização em Atenção Básica à saúde da Família. Belo Horizonte. Editora UFMG . 2008.

CARNEIRO, P. S. et al. **Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG.** 2004.

Disponível em: < <http://www.scielo.br>>>. Acesso em: 06/01/2010.

COMISSÃO INTERSTITUCIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO. **Prevenção do Câncer.** Folheto educativo. Juiz de Fora – MG. 2005.

COREN MG. **Legislações e Normas.** Belo Horizonte. 2003.

CORRÊA, E. J. et al . **Iniciação à Metodologia Científica – participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Curso de Especialização em Atenção Básica à saúde da Família. Belo Horizonte. Editora UFMG. 2009.

DINI, L. I. ; KOFF, W. J. **Perfil do câncer de próstata no hospital das clínicas de Porto Alegre.** 2006. Disponível em <www.scielo.br>>. Acesso em: 06/01/10.

FARIA, H. *et al.* **Processo de Trabalho em Saúde – Módulo 1 .** Curso de Especialização em Atenção Básica à saúde da Família. Belo Horizonte. Editora UFMG. 2008.

FARIA H. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica À Saúde – Módulo 2.** Curso de Especialização em Atenção Básica à saúde da Família. Belo Horizonte. Editora UFMG. 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Divergências sobre a efetividade do PSA.** São Paulo. Set. 2009.

FONSECA, R.P. et al. **Recidiva bioquímica em câncer de próstata:** artigo de revisão. 2007. Disponível em < <http://bireme.br>> acesso em 03/01/2010.

FUGUNTE, P.E. et al. **Dieta e câncer de próstata – aspectos atuais relacionados à quimioprevenção.** Disponível em <http://bireme.br> acesso em 03/01/2010.

GOMES, R. *et al.* **As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático.** 2008. Disponível em <http://bireme.br>> acesso em 03/01/2010.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>>. Acesso em: 05/01/2010.

GONÇALVES, I. R., PADOVANI, C. POPIM, R. C. **Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata.** 2008. Disponível em <http://www.scielo.br>>. Acesso em 06/01/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA– **Contagem da população.** Disponível em <www.ibge.gov.br> – Acesso em: 23/10/2009.

IKEMORE, E. H. I. et al. **Nutrição em Oncologia.** São Paulo – S.P. Ed. Tecmedd. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Câncer de Próstata – Consenso.** 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA – **Câncer de próstata .** Disponível em: www.inca.gov.br - Acesso em: 04/12/2009.

MINAS GERAIS. **Programa de avaliação e vigilância do câncer e seus fatores de risco – PAV-MG.** Superintendência de Epidemiologia. Belo Horizonte. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Disponível em :www.portalsaude.gov.br – Acesso em 23/10/2009.

PEREZ, R. *et al.* **O câncer de próstata – um desafio constante para o médico da família.** 2002. Disponível em <<http://www.bireme.br>> acesso em 03/01/2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. 2 **Caderno de Apoio ao Acolhimento. Orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco / vulnerabilidade.** Secretaria Municipal de São Paulo. SP. 2004.

ROBBINS, L. Stanley et al. **Patologia Estrutural e Funcional.** Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan. 2001.

SEOANE, A. F; FORTES, P.A. C. **A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações.** 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 06/01/2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Câncer de próstata.** Disponível em: www.sbu.com.br Acesso em: 20/12/2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia.** Brasília. UNESCO / Ministério da Saúde. 2002.

VASCONCELOS, M. et al. **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade – Módulo 4.** Curso de Especialização em Atenção Básica à saúde da Família. Belo Horizonte. Editora UFMG. 2009.

VIEIRA, L.J. E.S. et al **Prevenção do Câncer de Próstata sob a ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes.** 2008. Disponível em: Lilacs Acesso em: 22/11/2009.

VILELA, S. **Câncer de próstata, abandone o machismo- toque retal pode salvar vidas.**2007. Imagem disponível em: www.plugbr.net/.../2007/07/cancer_prost.gi Acesso em 15/01/2010.

ANEXO A

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

(Princípios e Diretrizes) - resumo

Versão integral disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

(Acesso em dezembro de 2009)

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional.

A pluralidade das instituições envolvidas nessa construção é um convite e um desafio à consideração da saúde do homem brasileiro nas suas idiossincrasias e similaridades nos 5561 municípios, 26 estados e no Distrito Federal.

Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Indicadores de Mortalidade

Ao se analisar, no ano de 2005, as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos, observou-se que, em 75% dos casos, os óbitos incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas

A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as Doenças do Aparelho Circulatório (CID10 – Cap. IX), em terceiro, os Tumores (CID 10 – Cap. II); em quarto, as Doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 – Cap. XI) e, finalmente, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 – Cap. X

Tumores (CID 10)

Os tumores que incidem com maior frequência na faixa etária dos 25 - 59 anos são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Cerca de 43,2% de todos os tumores assinalados na CID I0, Cap. II, tem origem no aparelho digestivo.

A mortalidade por câncer do aparelho digestivo, no ano de 2005, teve sua maior expressão numérica no câncer de estômago, ainda que imediatamente seguida pelo câncer de boca e de esôfago. (...)

.

(...) No ano de 2000, morreram cerca de 6.266 homens por câncer do aparelho digestivo, enquanto no ano de 2005, o número de óbitos se elevou para 7.941, com tendência a aumentar.

(...) As neoplasias malignas do aparelho respiratório determinaram o maior número de mortalidade na faixa populacional dos 25-59 anos, tendo ocorrido um total de 12.005 óbitos no ano de 2005.

No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais frequentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o **câncer de próstata**.

As 10 neoplasias que mais frequentemente causaram a morte em 2005

Traquéia, brônquios, pulmão 12. 005

Próstata 10. 214

Estômago 8. 124

Esôfago 5. 022

Boca e faringe 4. 684

Colon, reto, anus 3. 840

Fígado e vias biliares . 418

Sistema Nervoso Central 3. 404

Pâncreas 2. 858

Laringe 2. 789

Fonte: MS / SVS / DASIS – SIM, 2005

O **câncer da próstata** é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade.

Uma estimativa realizada pelo INCA para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008 aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma.

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições sócio-econômicas e a má higiene íntima.

No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo Estados, como é o caso do Maranhão (Nardi et al, 2007), em que sua incidência supera até a do **câncer de próstata**.

Entre os tumores há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas.

A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

Indicadores de Morbidade

(...) O SUS despendeu a quantia de R\$ 2.079,202, 00 no ano de 2000 para fazer face ao pagamento das internações destas patologias. No ano de 2007, o custo foi de R\$ 7.671.691,12 o que corresponde a 3,6 vezes a mais. (...)

PRINCÍPIOS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção.

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles.

A implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

Para cumprir esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral devem-se considerar os seguintes elementos:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida.
3. Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitor as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

DIRETRIZES

Como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, as seguintes diretrizes devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades.

Elas foram elaboradas tendo em vista a **integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade**, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações.

A **integralidade** pode ser compreendida a partir de uma dupla perspectiva.

Primeiramente, prevê o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de

contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção e cuidado. Por outro lado, supõe que a compreensão sobre os agravos considere a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença, para além da adoção de medidas medicobiológicas.

Em relação à **factibilidade** foram consideradas a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial de modo a permitir, na prática, em todo o país, a implantação das ações delas decorrentes.

No que tange a **coerência**, as diretrizes que serão propostas estão baseadas nos princípios anteriormente enunciados, estando compatível com os princípios do SUS.

A **viabilidade** da implementação desta Política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

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.

Objetivos Específicos

8.2.1. Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde:

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade da atenção;
- fortalecer a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem.

8.2.2. Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;
- estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
- garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- garantir a oferta de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS;
- estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados;
- promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;

- associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população heterogênea de homens.

8.2.3. Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos:

- incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado com sua própria saúde;
- solicitar parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas preventivas;
- manter atenção cuidadosa e permanente com as demais áreas governamentais no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos.