

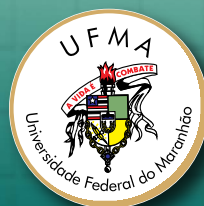
MÓDULO 8 • UNIDADE 3

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

SAÚDE DO HOMEM E DOS TRABALHADORES



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 8 • UNIDADE 3

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

SAÚDE DO HOMEM E DOS TRABALHADORES

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Camila Carvalho Amorim
Claudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adulto e a Saúde da Família: saúde do homem e dos trabalhadores/Dayana Dourado de Oliveira Costa; Edeane Rodrigues Cunha; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2014.

47f. : il.

1. Saúde do adulto. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Amorim, Camila Carvalho. II. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. III. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. IV. Título.

CDU 613.9-053.8

APRESENTAÇÃO

O objetivo da construção deste material de apoio é analisar especificidades da saúde de homens e trabalhadores e o papel do médico atuante na Atenção Básica.

Ao se investir na ESF como locus preferencial de atendimento às demandas de cuidado em saúde, levando a assistência para mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, faz-se necessário pontuar sobre o modo como as ações de assistência à saúde dos trabalhadores se inserem na atenção básica.

Nessa mesma lógica de pensamento, a saúde do homem se implanta na rotina de trabalho da equipe de Saúde da Família, buscando ações específicas de promoção à saúde para essa parcela da população.

SUMÁRIO

1	AÇÕES DE SAÚDE PARA OS TRABALHADORES	7
1.1	Atribuições específicas dos membros da equipe	9
2	ACIDENTES DE TRABALHO E PRINCIPAIS DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	11
3	SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO	17
3.1	Prevenção da exposição a materiais biológicos	18
3.2	Procedimentos recomendados no caso de exposição a materiais biológicos	19
4	SAÚDE DO HOMEM	24
4.1	Principais fatores de risco que acometem a saúde do homem	24
4.2	Principais agravos urológicos na saúde do homem	29
4.2.1	Hiperplasia ortostática benigna (HPB).....	29
4.2.2	Câncer de próstata	33
5	SAÚDE SEXUAL DO HOMEM	36
5.1	Distúrbios do desejo	36
5.2	Distúrbios da ereção	37
5.3	Doença de Peyronie	39
5.4	Distúrbios do orgasmo e ejaculação	39
5.5	Doenças sexualmente transmissíveis.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42

UNIDADE 3

1 AÇÕES DE SAÚDE PARA OS TRABALHADORES

A Atenção Básica representa um amplo espaço para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde relacionadas ou não ao trabalho. Por sua vez, as ações de saúde do trabalhador são espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde (BRASIL, 2006b). “O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença” (BRASIL, 2002. p. 8).

O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante do processo saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador e o controle social são possibilidades concretas da Atenção Básica. Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contrarreferência necessários (Brasil, 2006b. p. 38).

O quadro abaixo representa ações de saúde do trabalhador que podem ser realizadas na Atenção Básica:

Quadro 1 - Ações de saúde do trabalhador realizadas na Atenção Básica.

ÁREA	AÇÕES
Assistência	<p>Diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, de modo articulado com outros programas de saúde específicos para grupos populacionais (mulheres, crianças, idosos, portadores de necessidades especiais etc.).</p> <p>Coleta sistemática da história ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho.</p> <p>Referência e contrarreferência para níveis mais complexos de cuidado; encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes.</p>
Vigilância da Saúde Ambiental Epidemiológica Sanitária	<p>Cartografia das atividades produtivas no território; identificação e cadastro dos trabalhadores.</p> <p>Vigilância das condições e dos ambientes de trabalho - Vigilância Sanitária.</p> <p>Busca ativa de casos de doença relacionada ao trabalho - Vigilância Epidemiológica.</p> <p>Identificação da necessidade e participação nos processos de regulação.</p> <p>Referência e contrarreferência para níveis mais complexos de cuidado.</p>
Informação	<p>Notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores.</p> <p>Alimentação do Sistema de Informação (Sinavan).</p>
Produção do conhecimento	<p>Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas.</p> <p>Participação em projetos e estudos.</p>
Atividades educativas	<p>Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos etc.</p> <p>Educação permanente; produção e divulgação de material educativo.</p>

Planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações.

Discussão da organização dos processos produtivos e de suas consequências sobre a saúde e o ambiente.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**: manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.

1.1 Atribuições específicas dos membros da equipe

Com a finalidade de organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, sistematizaram-se atribuições específicas para cada profissional (BRASIL, 2002):

Agente comunitário de saúde

- *Notificar à equipe de saúde a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho;*
- *Informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência;*
- *Planejar e participar das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.*

Técnico em enfermagem

- *Acompanhar, por meio de visita domiciliar, os trabalhadores que sofreram acidentes graves e/ou os portadores de doença relacionada ao trabalho que estejam ou não afastados do trabalho ou desempregados;*
- *Preencher e organizar arquivos das fichas de acompanhamento de Saúde do Trabalhador;*
- *Participar do planejamento das atividades educativas em Saúde do Trabalhador;*
- *Coletar material biológico para exames laboratoriais.*

Enfermeiro

- *Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador;*
- *Realizar investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio;*
- *Realizar entrevista com ênfase em Saúde do Trabalhador;*
- *Notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde;*
- *Planejar e participar de atividades educativas no campo da Saúde do Trabalhador.*

Médico

- *Prover assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas ou para a rede assistencial de referência (distrito/município/ referência regional ou estadual), quando necessário;*
- *Realizar entrevista laboral e análise clínica (anamnese clínico-ocupacional) para estabelecer relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado;*
- *Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador;*
- *Realizar inquéritos epidemiológicos em ambientes de trabalho;*
- *Realizar vigilância nos ambientes de trabalho com outros membros da equipe ou com a equipe municipal e de órgãos que atuam no campo da Saúde do Trabalhador (DRT/MTE, INSS etc.);*
- *Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor de saúde. Para os trabalhadores do setor formal, preencher a ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações do Siab;*
- *Colaborar e participar de atividades educativas com trabalhadores, entidades sindicais e empresas.*

Para prestar assistência à saúde do trabalhador, é importante que se conheça as doenças relacionadas ao trabalho, que são um conjunto de danos ou agravos à saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Entretanto, é preciso considerar que, segundo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador,

“a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares” (POLÍTICA, 2004).

Então, a Atenção Básica precisa desenvolver seu papel de promoção e proteção da saúde do trabalhador, desenvolvendo ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores de forma integrada aos demais espaços instituídos na rede de serviços do SUS.

2 ACIDENTES DE TRABALHO E PRINCIPAIS DOENÇAS OCUPACIONAIS

Vários são os agravos decorrentes das condições de trabalho, desde acidentes a doenças de curso insidioso e progressão lenta, ao longo de anos.

- **Acidentes de trabalho:** o termo refere-se a todo acidente que ocorre no exercício da profissão ou no percurso casa-trabalho-casa, mesmo que o trabalho não tenha sido a causa única. Pode levar à redução temporária ou permanente da capacidade de trabalho, bem como à morte. Os acidentes mais frequentes são os com materiais perfuro-cortantes.
 - Os acidentes fatais devem gerar notificação e investigação imediata. Em mercado formal, deve-se emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa;
 - Acidentes graves são todos os ocorridos com menores de 18

anos, independentemente da causa; acidente ocular; fratura/traumatismo; asfixia ou estrangulamento; afogamento; ferimento com menção de lesão visceral ou de músculo/tendão; amputação; queimadura de grau III e intoxicações agudas.

- Os procedimentos cabíveis em casos de acidente de trabalho são: acompanhar a emissão da CAT pelo empregador, preencher o laudo de exame médico (LEM), notificar o caso nos instrumentos do SUS, investigar o local de trabalho e desenvolver as ações de intervenção pertinentes, orientar sobre direitos trabalhistas e previdenciários. Após a alta hospitalar, acompanhar em domicílio, registrando as avaliações em ficha a ser definida pelo Siab.

- **Doenças relacionadas ao trabalho:** são aquelas causadas, desencadeadas ou agravadas por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Manifestam-se de forma progressiva e insidiosa, dificultando o diagnóstico precoce. Os agentes causadores são divididos em: físicos (ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressão, radiação etc), químicos (substâncias tóxicas) e biológicos (bactérias, fungos etc).

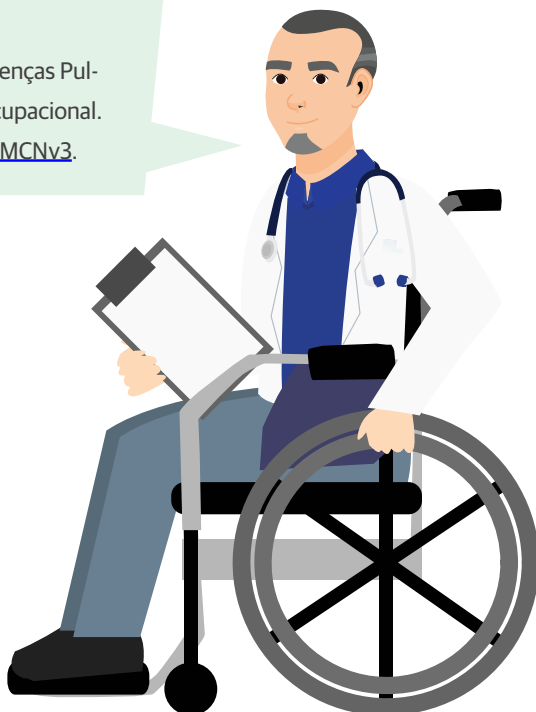
- Doenças das vias aéreas: dependem das propriedades do material tóxico e do local de deposição.
 - As pneumoconioses são resultantes da deposição de partículas sólidas no parênquima pulmonar, como a poeira de sílica (silicose) e o asbesto/amiante (asbestose), levando à fibrose. Ambas têm alta prevalência no Brasil. Sugere-se solicitar radiografia de tórax para avaliação pulmonar e associar à história clínica para diagnóstico.
 - A asma ocupacional é a obstrução difusa e aguda das vias aéreas causada por alérgenos do ambiente de trabalho. Diferente das pneumoconioses, é reversível. O quadro clínico é o mesmo da asma, mas entra em remissão quando cessa o contato com o ambiente.

- Perda auditiva induzida por ruído (Pair): é a diminuição gradual da acuidade auditiva decorrente de exposição contínua a níveis altos de ruído. É irreversível e costuma ser simétrica.
- Lesão por esforço repetitivo/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/Dort): representam grande número dos adoecimentos relacionados ao trabalho. O quadro é de dor crônica, formigamento, dormência, fadiga muscular e dor muscular ou articular.
- Intoxicações exógenas: podem ser causadas por diversas substâncias, sendo as principais delas os agrotóxicos, o chumbo (saturnismo), mercúrio (hidrargirismo), solventes orgânicos, benzeno (benzenismo) e o cromo.

SAIBA MAIS!

Leia o texto Doenças Pulmonares de Origem Ocupacional.

Acesse: <http://goo.gl/AMCNv3>.



- **Dermatoses ocupacionais:** toda alteração de pele, mucosa e anexos direta ou indiretamente causada, condicionada, mantida ou agravada pela atividade de trabalho. A grande maioria é causada por agentes químicos (80%). O diagnóstico é realizado pela história clínico-ocupacional e pelo exame físico. O teste de contato pode ser realizado quando há indefinição diagnóstica.

SAIBA MAIS!

Mais informações sobre dermatoses ocupacionais. Acesse:
<http://goo.gl/vjM4gn>.

- **Distúrbios mentais:** o trabalho é um importante fator de adoecimento e desencadeamento de doenças psíquicas que, frequentemente, não são facilmente identificáveis como tal e podem ser, inclusive, vistas pela empresa como negligência, irresponsabilidade. Alguns sinais e sintomas são: alterações de humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono, ansiedade, intolerância, descontrole, tristeza, alcoolismo, absenteísmo.

SAIBA MAIS:

<http://goo.gl/CPesMO>.

REFLITA COMIGO!

E o que fazer quando se depara com uma dessas doenças ocupacionais?



Deve-se afastar o trabalhador da exposição, realizar o tratamento quando possível e encaminhar os casos de maior complexidade para a rede referenciada, notificar os casos, investigar o local de trabalho e desenvolver as ações de intervenção pertinentes. Nos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, lembrar de acompanhar a emissão da CAT pelo empregador, encaminhar o trabalhador para a perícia do INSS, fornecendo-lhe atestado de afastamento dos primeiros 15 dias e orientar sobre os direitos trabalhistas e previdenciários.



IMPORTANTE!

São agravos de notificação compulsória listados na portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2004):

- Acidente de trabalho fatal;
- Acidentes de trabalho com mutilações;
- Acidente com exposição a material biológico;
- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes;
- Dermatoses ocupacionais;
- Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort);
- Pneumoconioses;
- Perda auditiva induzida por ruído (Pair);
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho; e
- Câncer relacionado ao trabalho.

SUGESTÕES DE LEITURA:

- Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Disponível em: <http://goo.gl/ljLXkP>.
- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento. Disponível em: <http://goo.gl/RCMgUL>.
- Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://goo.gl/BsIW64>

3 SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

Os profissionais da saúde estão expostos a diversos tipos de riscos, e o mais importante é evitá-los, ou seja, prevenir que esses acidentes aconteçam, já que as profilaxias pós-exposição não são totalmente eficazes. Os acidentes de trabalho com sangue e fluidos são considerados emergências, pois se sabe que as intervenções profiláticas são mais eficazes quanto mais cedo forem instituídas.

Consideram-se aqui todos os profissionais do setor de saúde que atuam direta ou indiretamente em atividades nas quais há risco de exposição a material biológico, incluindo os trabalhadores que prestam assistência domiciliar, atendimento pré-hospitalar e ações de resgate feitas por bombeiros, por exemplo.

As exposições podem ser definidas como: percutâneas (provocadas por instrumentos perfuro-cortantes), em mucosas (quando há respingo em olho, nariz, boca, genitália), cutânea (quando em pele não íntegra) e mordeduras humanas (de risco quando envolvem presença de sangue) (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004).

O risco de transmissão do HIV depende de vários fatores, como o tipo de exposição, a carga viral, dentre outras. Estudos realizados estimam que o risco de transmissão seja de 0,3% em acidentes percutâneos e de 0,09% após exposição em mucosas. São materiais biológicos que podem transmitir o vírus do HIV: sangue, outros materiais contendo sangue, sêmen, secreções vaginais; são potencialmente infectantes: líquidos de serosa (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquido e líquido articular. Não tem risco de transmissão: suor, lágrimas, fezes, urina, vômito, secreção nasal e saliva (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004).

O risco de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) depende do grau de exposição e da infecção vigente (se há HBeAg no paciente fonte, por exem-

plo): em exposição percutânea envolvendo sangue infectado e com HBeAg+ o risco de hepatite clínica varia entre 22% a 31% e o da evidência sorológica de infecção de 37% a 62%. Quando o paciente fonte apresenta apenas HBsAg+, o risco varia de 1% a 6% para hepatite clínica e 23% a 37% para soroconversão. O sangue é o principal responsável pela transmissão. Leite materno, líquido biliar, líquido, fezes, secreções nasofaríngeas, saliva, suor e líquido articular também contêm o vírus, mas não são bons veículos de transmissão. O vírus da hepatite C (HCV) só é transmitido de forma eficiente por meio do sangue, sendo a incidência de soroconversão após exposição percutânea com sangue infectado de 1,8% (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004).

3.1 Prevenção da exposição a materiais biológicos

Como já citado, o mais importante é EVITAR que esses acidentes aconteçam. E quais são as recomendações de precaução no ambiente de risco?

- As precauções básicas ou padrão são normatizações que visam reduzir a exposição aos materiais biológicos. Devem ser empregadas na assistência a TODOS os pacientes, independentemente do diagnóstico de doença infecciosa. Consistem nos equipamentos de proteção (luvas, capotes, óculos de proteção, protetores faciais etc.) e nos cuidados de desinfecção e esterilização na reutilização de materiais usados em procedimentos invasivos.
- Recomendações específicas que devem ser seguidas nos procedimentos com materiais perfurocortantes:
 - Ter a máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
 - Jamais utilizar os dedos como anteparo;
 - Jamais reencapar, entortar ou quebrar as agulhas, nem retirar as agulhas das seringas com as mãos;
 - Descartar o material perfurocortante no recipiente adequado para tal;
 - Os coletores de material perfurocortante não devem ser preenchidos acima de 2/3 de sua capacidade total;
 - Os resíduos de serviços de saúde devem seguir a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) vigente.

SAIBA MAIS!

Atualmente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) vigente que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde é a de nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Leia a RDC na íntegra. Acesse: <http://goo.gl/RJQJFL>.

3.2 Procedimentos recomendados no caso de exposição a materiais biológicos

A primeira conduta após a exposição são os cuidados imediatos com a área atingida: lavagem exaustiva do local com água e sabão nos casos de exposição percutânea ou cutânea. Em exposição mucosa, pode-se utilizar água ou solução fisiológica.

A quimioprofilaxia para HIV se baseia em vários fatores, como o volume de sangue e a carga viral do paciente-fonte, e segue um complexo fluxograma. Deve ser recomendada para aqueles profissionais que sofreram exposição com risco significativo de contaminação e tem duração de 28 dias. Deve ser iniciada o mais precocemente possível. As combinações preferenciais orientadas pelo Ministério da Saúde são:

QUIMIOPROFILAXIA BÁSICA = AZT + 3TC

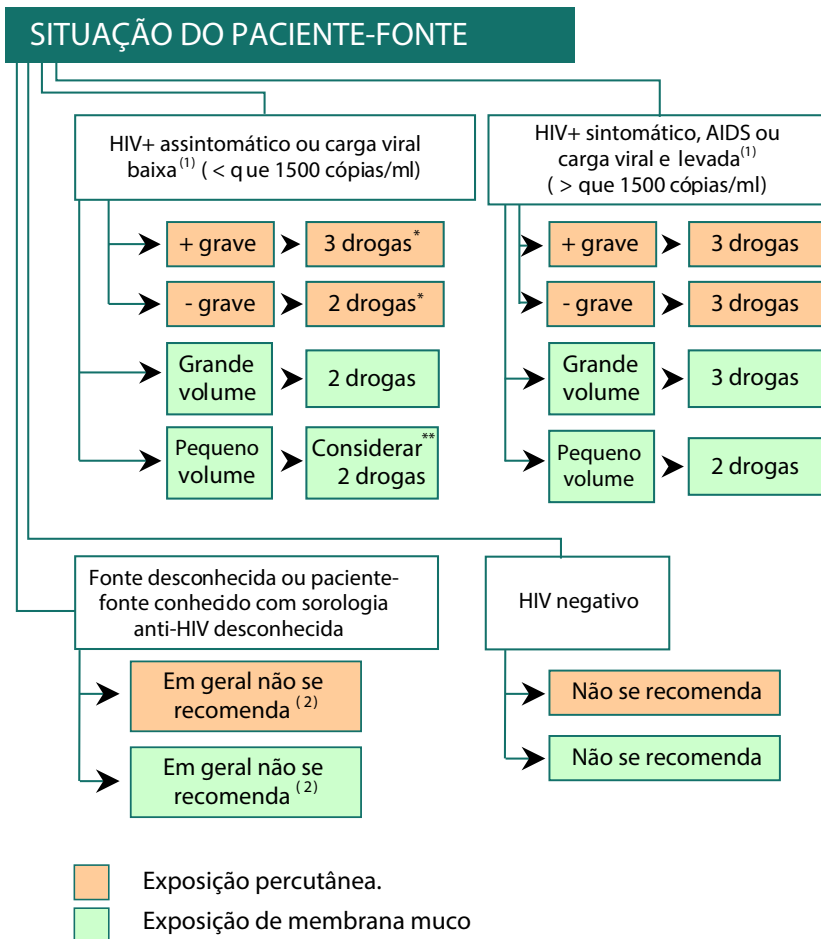
Indicada em exposições com risco conhecido de transmissão pelo HIV.

QUIMIOPROFILAXIA EXPANDIDA = AZT + 3TC + IP (nelfinavir ou indinavir/r)

Indicada em exposições com risco elevado de transmissão pelo HIV.

Fonte: RAPPARINI, Cristiane; VITÓRIA, Marco Antônio de Ávila, LARA, Luciana Teodoro de Rezende (Org.). **Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico**: HIV e Hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://goo.gl/Jezywyc>.

Abaixo, o fluxograma para profilaxia antirretroviral após exposição:
 Fluxograma 1 - Profilaxia antirretroviral após exposição ocupacional ao HIV.



Fonte: RAPPARINI, Cristiane; VITÓRIA, Marco Antônio de Ávila, LARA, Luciana Teodoro de Rezende (Org.). **Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico:** HIV e Hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/O4manual_acidentes.pdf.

E o que fazer quando a sorologia do paciente-fonte é desconhecida?

- Realizar teste anti-HIV do paciente-fonte após aconselhamento e autorização – utilizar testes rápidos quando o resultado da sorologia convencional não puder ser obtido logo após a exposição;
- Avaliar o tipo de exposição;
- Avaliar a probabilidade clínica e epidemiológica do paciente-fonte ter infecção pelo HIV/Aids;
- Se indicado, iniciar a profilaxia pós-exposição (PEP) o mais precoce possível;
- Reavaliar o profissional acidentado dentro de 72 horas após a exposição, principalmente se existe informação adicional sobre a exposição ou do paciente-fonte:
 - Manter a PEP por quatro semanas nos casos de evidência de infecção pelo HIV (teste anti-HIV positivo);
 - Interromper a PEP se o resultado do teste anti-HIV do paciente-fonte for negativo - a possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”) sem a presença de sintomas de infecção aguda pelo HIV é extremamente rara. Excepcionalmente, resultados falso-negativos devem ser considerados diante de dados clínicos e epidemiológicos do paciente-fonte sugestivos de infecção pelo HIV/Aids.

Fonte: RAPPARINI, Cristiane; VITÓRIA, Marco Antônio de Ávila, LARA, Luciana Teodoro de Rezende (Org.). **Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico:** HIV e Hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/O4manual_acidentados.pdf.

A principal medida de prevenção de hepatite B é a vacinação, que deve ser efetuada em todos os indivíduos gratuitamente nas unidades de saúde, principalmente nos profissionais da saúde. O esquema vacinal é composto por três doses com intervalos de 0, 1 e 6 meses. Um a dois meses após a última dose pode-se realizar o exame anti-HBs para confirmar a resposta vacinal.

Caso ocorra exposição a material biológico com risco conhecido ou provável de infecção pelo HBV, utiliza-se a imunoglobulina contra hepatite B (IGHAHB), aplicada via IM. A eficácia é maior na profilaxia pós-exposição

quando a imunoglobulina é utilizada dentro das primeiras 24 a 48 horas após o acidente. A dose recomendada é de 0,06 ml/kg de peso. Se ultrapassar 5 ml, dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004).

Quadro 1 - Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico* (Recomendações do PNHV. Estas recomendações ampliam as recomendações definidas previamente pelo PNI, pois inclui a necessidade de testagem para conhecimento do status sorológico dos profissionais que já foram vacinados, uma vez que até 10% dos vacinados podem não soroconverter para anti-HBs positivo após o esquema vacinal completo).

		Paciente-fonte:	
SITUAÇÕES VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO:	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido ou não testado
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ¹
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ¹
Previamente vacinado			
• Com resposta vacinal conhecida e adequada (≥ 10 mUI/ml)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
• Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1 dose da vacina contra hepatite B ou IGHAB (2x) ²	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série de vacina (3 doses) ²
Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses)	IGHAHB (2x) ²	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ²

Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde:	Testar o profissional de saúde:	Testar o profissional de saúde:
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + 1 dose da vacina contra hepatite	Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de vacinação

(*) Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfeção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de sete dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente. Recentemente, dados provenientes de estudos de transmissão mãe-filho mostram que a vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas após o nascimento confere proteção equivalente à obtida com a aplicação conjunta de vacina e imunoglobulina humana contra hepatite B.

¹- Uso associado de imunoglobulina hiperimune está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

²- IGHAHB (2x) = Duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de um mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina mas não apresentaram resposta vacinal ou apresentem alergia grave à vacina.

Fonte : RAPPARINI, Cristiane; VITÓRIA, Marco Antônio de Ávila, LARA, Luciana Teodoro de Rezende (Org.). **Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico:** HIV e Hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/04manual_acidentes.pdf.

IMPORTANTE!

Não existe nenhuma medida específica eficaz para redução da transmissão do vírus da hepatite C. A ÚNICA MEDIDA EFICAZ PARA EVITAR INFECÇÃO PELO HCV É A PREVENÇÃO DO ACIDENTE!

4 SAÚDE DO HOMEM

Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Primária tem como objetivo qualificar a assistência e orientar o fluxo para retaguarda ambulatorial especializada. Dessa forma, busca a integralidade do cuidado, que envolve todos os equipamentos da saúde nos vários níveis de atenção. Visa ampliar o olhar dos profissionais de saúde, independentemente de onde atuem, para que assumam como parte do seu trabalho cotidiano o que anteriormente era núcleo de cuidado apenas da especialidade (CAMPINAS, 2010).

4.1 Principais fatores de risco que acometem a saúde do homem

▪ Sedentarismo

O sedentarismo não representa apenas um risco pessoal de enfermidades, tem um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Dados recentes do Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta (CDC) apontam que mais de 2 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à inatividade física, em função da sua repercussão no incremento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como os problemas cardiovasculares, de câncer e diabetes, que corresponderam, em 1998, por quase 60% das mortes (71,7 milhões) no mundo, índice que alcançaria 73% em 2020, mantidas as tendências atuais. O pior é que 77% dessas mortes acontecem em países em desenvolvimento (CDC, 2000).

A prática de atividade física tem sido considerada um dos componentes mais importantes na modificação do risco em indivíduos acometidos por comorbidades decorrentes ou associadas à inatividade. Constitui um fator

importante tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus, AVE, dentre várias outras entidades (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2009).

SAIBA MAIS!

E como rastrear o nível de sedentarismo do paciente? Leia a publicação Projeto Diretrizes. Acesse: <http://goo.gl/eirYnm>.

▪ **Obesidade/sobrepeso**

O excesso de peso e a obesidade aumentaram nos últimos seis anos no Brasil, é o que aponta o mais recente levantamento realizado pelo Ministério da Saúde. De acordo com o estudo, a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%. A Política nacional de Promoção da Saúde tem como uma das suas ações específicas "promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e a segurança alimentar e nutricional" (BRASIL, 2006, p. 29).

SAIBA MAIS:

Se considerarmos apenas os gastos relacionados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, o sedentarismo, má alimentação e tabagismo respondem por 70% do total dos gastos em saúde para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (CDC, 2000).

Para a promoção da saúde, é fundamental estabelecer parcerias com todos os setores da administração pública (Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Indústria e Comércio, Transporte, Direitos Humanos e outros), empresas e organizações não governamentais (ONG), para induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam políticas públicas vinculadas à garantia de direitos de cidadania e à autonomia de sujeitos e coletividades.

Considera-se sucesso na mudança de hábitos quando um indivíduo adulto previamente sedentário se mantém ativo fisicamente por no mínimo seis meses. É importante esclarecer e tirar as dúvidas do paciente, explicando o porquê da importância do exercício físico e criando um vínculo de segurança.

Quais recomendações devem ser dadas?

Iniciar exercitando-se três ou mais vezes por semana, por 20 minutos ou mais, aumentando gradativamente até a meta de atividade física cinco ou mais vezes por semana por pelo menos 30 minutos de intensidade moderada. Lembre-se que os resultados serão muito melhores se esse momento for prazeroso para o paciente, ou seja, pode-se recomendar, por exemplo, que realize exercícios acompanhado de um amigo ou familiar, bem como que realize algo de que gosta. O ritmo das atividades só deve aumentar quando o paciente se sentir confortável com o ritmo atual.

Para que se tenha sucesso, é necessária uma equipe motivada e que tenha apoio institucional na realização de um programa organizado e mais efetivo de rastreamento e de intervenção (BRASIL, 2010).

▪ **Tabagismo**

O consumo de tabaco pode resultar em doenças graves. Divulgada em agosto de 2012, pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (Inca) mostra que 2.655 mortes por câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares ocorridas na população urbana poderiam ser evitadas, anualmente, pela prevenção do tabagismo passivo.

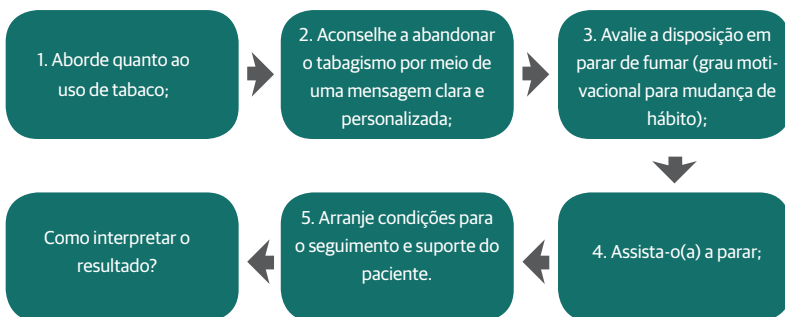
Em cada mil mortes anuais em áreas urbanas, 25 são devido ao fumo passivo em domicílio. Políticas de criação de ambientes livres do tabaco em casa e no trabalho podem reduzir consideravelmente a mortalidade (BRASIL, 2008b).

Em todos os encontros com os pacientes, recomenda-se que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para que deixem esse hábito. Aconselha-se, também, que

faça o rastreamento do cliente conforme os passos preconizados no Caderno de Atenção Primária, n. 29, pág. 53 e 54 (BRASIL, 2010).

E como realizar a abordagem?

Por meio dos cinco passos conhecidos como os '5 As':



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <<http://goo.gl/acVZFm>>.

A interpretação da intervenção não deve ser entendida como positiva ou negativa, no sentido do êxito de abandono ou não do tabagismo, mas sim como um processo contínuo de cuidado e valorização do tema como um problema para a equipe de saúde e para os usuários.

A escala utilizada para avaliar o nível de dependência à nicotina é a Escala de Fagerström, mostrada abaixo:

Itens e pontuação para Fagerström Test for Dependence (Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina)		
PERGUNTAS	RESPOSTAS	Pontos
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
Você tem dificuldade de abster-se do fumo em lugares proibidos, por exemplo, nas igrejas, na biblioteca, cinemas etc.?	Sim	1
	Não	0
Qual cigarro mais odiaria ter de largar?	O primeiro pela manhã	1
	Qualquer outro	0
Quantos cigarros/dia você fuma?	10 ou menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 ou mais	3
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
Você fuma mesmo doente a ponto de ficar na cama maior parte do dia?	Sim	1
	Não	0

Fonte: Adaptado de: <http://goo.gl/jd1BJD>.

A escala deve ser interpretada da seguinte maneira: de 0 a 2 pontos, dependência muito baixa; 3 a 4 pontos, dependência baixa; 5 pontos, dependência média; 6 a 7 pontos, dependência elevada; 8 a 10 pontos, dependência muito elevada.

Nem todos os usuários estão no mesmo estágio ou abertos para a discussão do tema. Por exemplo, se um deles não vê o tabagismo como um

problema (estágio pré-contemplativo), a abordagem pode não ser efetiva em movê-lo ao abandono, mas pode sensibilizá-lo para o tema em questão e, num próximo encontro, caso esteja mais aberto, reflita sobre a possibilidade de abandonar o hábito (estágio contemplativo).

Nesse novo estágio, a atuação pode ser mais frutífera, resultando no agendamento de uma consulta ou sua participação em grupo de tabagismo para conversar melhor sobre o tema. Na sequência, possivelmente haveria um avanço para a fase de ação e poderia ser criada uma estratégia conjunta para o abandono do tabagismo.

- **Alcoolismo**

Pelo menos 20% de todas as internações psiquiátricas feitas pelo SUS estão relacionadas a transtornos mentais provocados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica (BRASIL, 2008b).

O papel da equipe de Saúde da Família se baseia em sensibilizar o indivíduo da importância do seu tratamento. Além de oferecer estratégias, encaminhar para tratamentos em grupos (cliente e família) e para outros profissionais, caso seja necessário, como psicólogos, dentre outros.

SAIBA MAIS!

Como identificar adequadamente aqueles usuários cujos padrões de consumo de álcool atendem aos critérios de dependência alcoólica e, portanto, estão sob maior risco de morbidade e mortalidade?

4.2 Principais agravos urológicos na saúde do homem

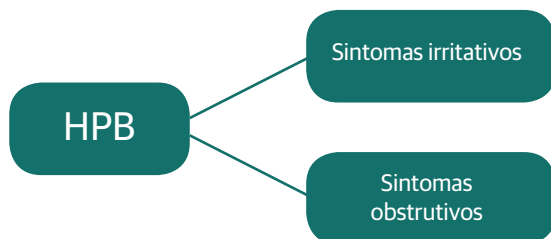
4.2.1 Hiperplasia prostática benigna (HPB)

Hiperplasia prostática benigna (HPB) é condição clínica frequente a partir da sexta década de vida, sendo a neoplasia benigna mais comum no homem. Manifestações clínicas por crescimento benigno da próstata provocam

aparecimento de sintomas urinários que geram impacto negativo na qualidade de vida dessa população. Estima-se em 30% a chance de um homem, durante sua vida, necessitar tratar sintomas decorrentes da HPB e, aproximadamente, 10% de ser submetido a tratamento cirúrgico (ZERATTI FILHO; NARDOZZA JÚNIOR; REIS, 2010).

▪ Quadro clínico

Classicamente, os sintomas da HPB dividem-se em sintomas de armazenamento ou irritativos, que incluem frequência, urgência e nictúria, e; sintomas de esvaziamento ou obstrutivos, representados por redução do calibre e da força do jato urinário, intervalo entre as micções inferior a duas horas, esforço ou demora em iniciar a micção, jato intermitente e esvaziamento incompleto.



Acompanhe algumas características clínicas que podem sugerir HPB (ZERATTI FILHO; NARDOZZA JÚNIOR; REIS, 2010):

- o Jato urinário fraco e intermitência são sintomas de altíssima prevalência em indivíduos com HPB.
- o Hesitação é o intervalo aumentado entre início do desejo miccional e ocorrência efetiva do fluxo urinário. Nos indivíduos normais esse intervalo representa alguns segundos. Na HPB, normalmente ocorre associada à jato urinário fraco, mas pode ser desencadeada

da por estresse ou por ambiente desconfortável (Ex.: banheiro público).

- o Esforço abdominal é realizado voluntariamente no intuito de aumentar a pressão intravesical para vencer a resistência uretral. Ocorre onde existe déficit da contratilidade vesical com ou sem resistência aumentada, e em alguns pacientes, como simples hábito miccional.
- o Gotejamento terminal pode ocorrer por permanência de pequeno volume urinário na uretra bulbar ou por falha na manutenção da pressão detrusora durante a fase miccional.
- o Polaciúria ou frequência urinária aumentada podem ser definidas como mais de oito micções ao dia e com intervalo menor que três horas. Nictúria é o número de micções ocorridas durante o período normal de sono, refletindo esvaziamento vesical incompleto ou hiperatividade detrusora. Algumas condições aumentam a diurese no período noturno, como aumento na ingestão hídrica, deficiência da secreção de ADH, *diabetes mellitus* e insípido, ICC, insuficiência venosa periférica e uso de diuréticos.
- o Urgência e urgi-incontinência urinária decorrem de contrações involuntárias do detrusor. Refletem a resposta da musculatura vesical à obstrução crônica e a alterações neurológicas e sensoriais da bexiga, normalmente associadas à frequência e à noctúria. Disúria e algúria são sintomas inespecíficos que podem ocorrer em processos inflamatórios do trato urinário inferior, como cistites, prostatites e uretrites.
- o Classicamente, retenção urinária aguda é o evento final da obstrução crônica causada pela HPB. Obstrução por patologias uretrais, do colo vesical e de origem neurogênica também podem culminar nesse evento.

▪ Diagnóstico

Com o objetivo de facilitar e otimizar o encaminhamento de pacientes com sintomas prostáticos ao ambulatório, utilizaremos a escala de sintomas IPSS. A escala é composta de sete perguntas e cada resposta corresponde de 1 a 5 pontos. A somatória final dos pontos deve ser correlacionada à tabela.

Figura 1 - Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos (IPSS).

No último mês, quantas vezes:	Nenhuma vez	Menos de 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1. Ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar?	0	1	2	3	4	5
2. Teve que urinar novamente antes de 2 horas depois de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava?	0	1	2	3	4	5
4. Teve dificuldade em controlar e evitar o desejo de urinar?	0	1	2	3	4	5
5. Você teve que fazer força para iniciar o ato de urinar?	0	1	2	3	4	5
6. No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
7. Na média, teve que levantar da cama para urinar a noite?	0	1	2	3	4	5
Score total						

Fonte: CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção integral à saúde do homem**: manual de urologia e nefrologia. Campinas, SP, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/mcAswk>.

Pontuação final

- Sintomas leves: até 7 pontos
- Sintomas moderados: 8 a 19 pontos
- Sintomas severos: 20 a 35 pontos

▪ Tratamento

Os pacientes que se encaixarem nos sintomas leves devem ser tratados com alfa-bloqueador. O medicamento mais empregado é a doxazosina, na dosagem de 2 mg VO 1 x ao dia à noite (para diminuir os efeitos colaterais e agir sobre a noctúria), uso contínuo. Este medicamento tem efeito sobre os sintomas e seu efeito é imediato, podendo ser avaliado nas primeiras duas semanas de uso contínuo. Em caso de resposta incompleta, o clínico poderá aumentar a dose para 4 mg à noite e reavaliar em 15 dias. O paciente poderá fazer uso contínuo da medicação com revisão anual, caso esteja satisfeito e sem outra indicação para avaliação urológica.

Obs.: Pode-se avaliar a descontinuidade da medicação em seis meses, considerando que boa parte dos pacientes se manterão assintomáticos sem a medicação.

Os pacientes com sintomas moderados a graves devem ser encaminhados ao urologista (CAMPINAS, 2010).

4.2.2 Câncer de próstata

O câncer de próstata é a segunda causa mais comum de morte por câncer entre os homens no Brasil, representando aproximadamente 1% dos óbitos masculinos, com uma taxa anual de 12 óbitos por 100.000 homens. Esse câncer é raro antes dos 50 anos e a incidência aumenta com a idade (BRASIL, 2010).

A história natural do câncer da próstata não é compreendida na sua totalidade. Essa não é uma doença única, mas um espectro de doenças, variando desde tumores muito agressivos àqueles de crescimento lento que po-

dem não causar sintomas ou a morte. Muitos homens com a doença menos agressiva tendem a morrer com o câncer em vez de morrer do câncer, mas nem sempre é possível dizer, no momento do diagnóstico, quais tumores são agressivos e quais são de crescimento lento (SCHWARTZ; DESCHERE; XU, 2005; USPSTF, 2008).

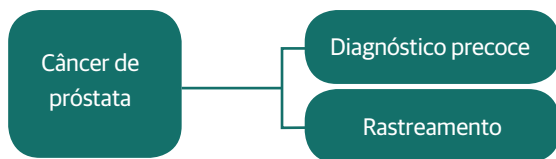
- **Fatores de risco**

O Manual de urologia e nefrologia traz como fatores de riscos as seguintes situações:

- Idade: incidência e mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos de idade. Um em cada seis homens nesta faixa etária tem câncer prostático.
- Raça: maior frequência em negros.
- Hereditariedade: o risco relativo aumenta de acordo com o número de membros familiares afetados, grau de parentesco e idade na qual eles foram afetados.
- Doenças associadas: inflamação e infecção: indivíduos portadores de sífilis, HPV e herpes vírus apresentam maior incidência de câncer da próstata, segundo alguns autores.
- Dieta: a influência da dieta no câncer da próstata é incerta. Entretanto, já está comprovado que dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal pode ajudar a diminuir o risco de câncer prostático (CAMPINAS, 2010).

IMPORTANTE!

- A detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: aquela destinada ao diagnóstico do câncer em indivíduos que apresentam sintomas ou sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e aquela voltada para pessoas sem qualquer sinal ou sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento) (WHO, 2002).



- **Diagnóstico precoce**

Sintomas e sinais: geralmente apresenta quadro insidioso, com sintomas se confundindo com a hiperplasia prostática benigna, envelhecimento e estenose de uretra.

A avaliação para o diagnóstico precoce na perspectiva de um paciente com sintomas e sinais deve-se focar na solicitação do PSA e na realização toque retal.

O toque retal e a solicitação do PSA deverão ser efetuados pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde. Em caso de dúvida nesta avaliação inicial, o paciente deve ser encaminhado ao urologista para um exame mais preciso.

Critérios de solicitação de PSA

Sabendo-se que o exame de PSA sozinho não tem muito valor, e que é fundamental a realização de toque retal, orientamos a seguir alguns critérios:

- Dosagem do PSA total: abstinência sexual nos dois dias que antecedem a coleta;
- Dosagem de PSA livre: será realizado automaticamente quando o PSA total estiver alterado;
- Após colonoscopia, aguardar 15 dias;
- Após biópsia prostática, aguardar um mês;
- Após exame de toque retal ou sondagem retal, aguardar dois dias;
- Não fazer exercícios pesados 24 horas antes da coleta do exame .

Diagnósticos diferenciais

- Hiperplasia benigna de próstata;
- Prostatites;
- Estenose de uretra.

Critérios para encaminhamento ao urologista

- No toque retal: achado de uma ou mais áreas endurecidas;
- No PSA: quando o seu valor estiver acima de 3,0 ng/mL nos homens até 50 anos e acima de 4,0 ng/ mL nos homens com idade superior a 50 anos;
- Nos casos em que o nível de PSA estiver muito baixo (abaixo de 0,5 em duas dosagens anuais consecutivas), o paciente pode ser aconselhado a retornar a cada dois anos.

5 SAÚDE SEXUAL DO HOMEM

5.1 Distúrbios do desejo

- **Diminuição da libido**

Causas:

- Depressão;
- Hormonal.

Diagnóstico:

- Por meio da história clínica;
- Laboratorial: exame de testosterona total. Se tiver alterado, encaminhar para urologista.

Tratamento: tratamento da depressão, se esta for a causa.

- Inibidor seletivo da recaptção da serotonina (dosagem variável);
- Psicoterapia/terapia sexual - em casos de disfunção psicogênica ou mista.

Aumento da libido

Causas:

- Psicológica.

Diagnóstico:

- Por meio da história clínica.

Tratamento:

- Medicamentoso: fármacos mais indicados são os ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina) e os estabilizadores do humor.
- Psicoterápico:
 1. Psicoterapia psicodinâmica individual;
 2. Psicoterapia psicodinâmica de grupo;
 3. Psicoterapia de casal ou família;
 4. Grupos de Autoajuda.

5.2 Distúrbios da ereção

Impotência ou disfunção sexual masculina

Definição:

É a incapacidade permanente ou recorrente do homem ter e ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual. O tempo para o estabelecimento do diagnóstico da disfunção erétil (DE) é de até três meses (CAMPINAS, 2010).

A etiologia dessa alteração pode ser orgânica ou psicológica.

Diagnóstico e exames complementares

O diagnóstico da disfunção erétil é eminentemente clínico, ou seja, baseado nos dados de história médica e exame físico. Exames laboratoriais, que podem ser solicitados de acordo com a avaliação clínica:

- Testosterona total;
- Glicemia de jejum;
- Perfil lipídico.

Tratamento

- O tratamento, em geral, faz-se apenas por orientação do homem ou do casal sobre sua sexualidade ou de ambos. O tratamento deve ser escalonado, do menos invasivo e mais tolerado para o mais invasivo e menos tolerado.
- Reposição hormonal - se testosterona baixa (duas medidas) e diminuição de libido: encaminhar ao urologista.
- Atualmente, existem quatro drogas no mercado. Todas apresentam mecanismo de ação semelhante e diferem na farmacocinética. Os principais efeitos colaterais destes medicamentos estão relacionados ao relaxamento da musculatura lisa de vasos ou órgãos ocos: cefaleia, rubor facial, congestão nasal e pirose.
- Medicamentos:
 - lodenafil (80 mg)
 - sildenafil (50 e 100 mg)
 - tadalafil (20 mg)
 - vardenafil (20 mg)

IMPORTANTE!

Nenhum destes medicamentos deve ser utilizado quando o paciente estiver usando nitratos de qualquer natureza e sob qualquer via.

5.3 Doença de Peyronie

Definição

- Caracteriza-se por formação de placas fibrosas na túnica albugínea e curvatura do pênis. Devesse encaminhar ao urologista para avaliação especializada.

Diagnóstico:

Fase aguda:

- Ereções dolorosas;
- Tortuosidade peniana;
- Placa palpável.

Fase crônica:

- Diminuição da dor;
- Estabilização da curvatura;

Avalie a presença de sequelas e planeje sua eventual correção no período de 12 a 18 meses após os primeiros sintomas.

5.4 Distúrbios do orgasmo e ejaculação

Ejaculação rápida

Definição:

- Nos casos onde a ejaculação ocorre sempre ou quase sempre antes de um minuto após a penetração vaginal, juntamente com incapacidade de retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; acompanhado de consequências pessoais negativas como ansiedade, frustração ou até mesmo evitar a intimidade sexual define-se como ejaculação rápida (CAMPINAS, 2010).

Diagnóstico:

- Através da história clínica.

Tratamento:

- Psicoterapia;

- Medicamentos podem auxiliar no tratamento psicoterápico;
- Principais antidepressivos utilizados para o tratamento da ejaculação rápida:

Druga	Dose
Fluoxetina	20 - 40 mg
Sertralina	50 - 100 mg
Clomipramina	10 - 50 mg
Paroxetina	20 - 40 mg

IMPORTANTE!

Nos casos de ejaculação retrógrada deve-se encaminhar ao urologista.

SAIBA MAIS!

Leia o artigo *Manejo farmacológico da ejaculação precoce*. Acesse:

http://www.urologia-sp.com.br/Artigo_Janssen_Cilag.pdf

5.5 Doenças sexualmente transmissíveis

A abordagem sindrômica das DSTs é uma ação que deverá ser realizada no centro de saúde.

SAIBA MAIS!

Leia o Manual de controle das DSTs. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf

Considerações finais

Ao se falar da saúde de trabalhadores associamos imediatamente à saúde do homem. Essa integração lógica se deve ao fato de o homem ter ocupado boa parcela do mercado de trabalho por muitos anos. No entanto, nos dias atuais, aquela figura da mulher dona de casa já está fragmentada, e todas as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores devem contemplar tanto homens quanto mulheres.

Ações específicas à saúde do homem foram abordadas nesse texto com a finalidade de tratar a questão, muitas vezes negligenciada pelo próprio indivíduo, com a equipe de saúde. Afinal, se o profissional da saúde não recordar de acolher esse usuário os agravos e doenças aqui trabalhados vão ser tornar uma epidemia de gênero.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

____. _____. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**: manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Senhor fumante, pare agora. **Saúde, Brasil**, n. 148, set. 2008b. Disponível em: <<http://goo.gl/9zmZs7>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

____. _____. Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://goo.gl/CKVFtB>. Acesso em: 22 abr. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://goo.gl/vDI3OP>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

____. _____. _____. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: < <http://goo.gl/jnsvea> >. Acesso em: 22 abr. 2014.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção integral à saúde do homem**: manual de urologia e nefrologia. Campinas, SP, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/jhLLg9>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CDC. **Promoting physical activity**: a best buy in public health. 2000.

MENESES-GAYA, Izilda Carolina de et al. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para dependência de nicotina. **J Bras Pneumol.**, v. 35, n. 1, p. 73-82, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/FqvhLO>. Acesso em: 22 abr. 2014.

POLÍTICA Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, 2004. Disponível em: <http://goo.gl/KBXs93>. Acesso em: 13 maio. 2014.

RAPPARINI, Cristiane; VITÓRIA, Marco Antônio de Ávila, LARA, Luciana Teodoro de Rezende (Org.). **Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://goo.gl/fdOZkd>. Acesso em: 22 abr. 2014.

SCHWARTZ, K.; DESCHERE, B.; XU, J. Screening for prostate cancer: who and how often? **The Journal of Family Practice**, United States, v. 54, n. 7, jul. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Rastreamento do sedentarismo em adultos e intervenções na promoção da atividade física na Atenção Primária à Saúde.** AMB, CFM, 2009. 15 f. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <http://goo.gl/rkb5ft>. Acesso em: 22 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Teste de Fagerström.** In: CONSENSO BRASILEIRO DE DPOC, 2., 2004. (Modificado de Fageström K 1989). Disponível em: <http://goo.gl/BmTlgo>. Acesso em: 22 abr. 2014.

USPSTF. Screening for Prostate Cancer. **Topic Page**, aug. 2008.

WHO. **National cancer control programs: policies and managerial guidelines**. 2. ed. 2002.

ZERATTI FILHO, Miguel; NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; REIS, Rodolfo Borges dos. (Ed.). **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006b.

____. _____. **Dicas em saúde**. 2008. Disponível em: <http://goo.gl/aJ4cS6>. Acesso em: 23 out. 2012.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

____. _____. _____. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://goo.gl/Vufalh>. Acesso em: 8 abr. 2014.

____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. _____. **Vigilância em saúde: zoonoses.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 224 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 22).

____. _____. _____. **Obesidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação da Tuberculose: avanços e desafios.** Brasil, 2005.

____. _____. _____. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. _____. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

____. _____. _____. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança.** 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N. et al. (Org.). **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p. 11-2.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, p. 345-53, 1999.

GADELHA, Paulo; CARVALHO, José Noronha de; PEREIRA, Telma Ruth (Org.). **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/OUZ12Y>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GESINA L.; LONGENECKER, P. H. D. **Como agem as drogas:** o abuso de drogas e o corpo humano. São Paulo: Quarts Books, 1998, p. 40-42.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. 245 p. Disponível em: <<http://goo.gl/YbT5JN>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

LIGNANI, J. R. L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos antiretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto:** Tuberculose. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20.

PEDROSO, E. R. P. Infecções emergentes e reemergentes. In: Rocha, M. O. C.; PEDROSO, E. R. P. **Fundamentos em infectologia.** Rio de Janeiro: Rubio, 2009. cap. 3. p. 275-86.

ROSENTHAL, C. **Especialistas explicam quais vacinas adultos e idosos precisam tomar.** Disponível em: <http://goo.gl/X7ZAlE>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SAÚDE baseada em evidências. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/wgqWuO>.
Acesso em: 13 maio. 2014.

WHO. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.