AzevedoNetto
HEALTH ADVISORY

AZEVEDONETTO COMPARTILHA

NOVEMBRO AZUL 2026

Saúde do homem ao longo da vida laboral

Prevenção e decisão informada. Equidade e trabalho.
Saúde integral, acesso e continuidade do cuidado.
Governança, serviços contratados e uso responsável de IA.

Da avaliação à ação.
Analisar e estruturar.
Desenvolver e acompanhar.



GUIA TÉCNICO E DE GESTÃO
1ª EDIÇÃO V 1.0

Conhecimento de acesso gratuito
NOVEMBRO 2026

AZEVEDONETTO COMPARTILHA

Compartilhar conhecimento para ampliar o cuidado

Compartilhar conhecimento é parte do propósito da AzevedoNetto. Acreditamos que o trabalho de estudar, interpretar evidências e organizar experiências ganha alcance quando pode ser compreendido, questionado e utilizado por outras pessoas. Por isso, a AzevedoNetto Compartilha reúne guias técnicos e conteúdos gratuitos para profissionais e organizações que decidem sobre saúde. Queremos contribuir para que mais pessoas tenham acesso a informação qualificada e encontrem caminhos para transformar o que aprendem em cuidado.

Nosso compromisso vai além de disponibilizar um documento. Procuramos tornar explícito o que sustenta uma orientação, quais são seus limites e como ela pode ser aplicada com responsabilidade. Ao compartilhar fontes, critérios e instrumentos, convidamos o leitor a exercer o próprio julgamento, aprofundar a leitura e adaptar as propostas à realidade em que atua. A circulação do conhecimento exige preservar a autoria e as referências, reconhecer incertezas e acolher a revisão quando novas evidências apontarem outro caminho.

Neste Novembro Azul, esse propósito se volta à saúde do homem ao longo da vida laboral. Queremos apoiar conversas que incluam prevenção, saúde emocional, sexualidade, acesso e continuidade do cuidado. Para quem trabalha em saúde, RH, SESMT ou liderança, o desafio é aproximar informação e possibilidade de agir: uma orientação precisa encontrar escuta, tempo, acessibilidade e um caminho de atendimento. Essas necessidades não se encerram quando muda o mês.

O compromisso ético desta edição

Reunimos fundamentos clínicos, leitura crítica de evidências, instrumentos de gestão e recursos de comunicação para apoiar decisões responsáveis. Explicamos divergências e limites das recomendações, preservando a avaliação individual. As propostas de gestão são de autoria da AzevedoNetto e exigem adaptação ao contexto. Esperamos que este material favoreça a troca entre profissionais, qualifique o diálogo nas organizações e seja compartilhado com quem possa utilizá-lo, respeitando as fontes e as licenças dos materiais de terceiros.

Nosso compromisso é compartilhar conhecimento verificável, preservar a autonomia e orientar cuidado respeitoso, sem discriminação por raça ou cor, origem, religião ou ausência de crença, deficiência, idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual ou condição social. Reconhecer necessidades distintas serve para remover barreiras, com critérios transparentes e respeito ao papel de cada profissional. [33,35]

"Compartilhar conhecimento é ampliar a possibilidade de compreender, decidir e cuidar."

Eduardo Azevedo e Fernanda Netto

Síntese narrativa com busca dirigida em documentos oficiais, diretrizes e literatura científica; não constitui revisão sistemática nem avaliação formal da certeza de todas as evidências. Recomendações clínicas, requisitos normativos e instrumentos autorais têm finalidades distintas. Atualização técnica e editorial em 29 de outubro de 2026.

QUEM SOMOS

Da avaliação à ação

A AzevedoNetto Health Advisory apoia RH, SESMT e lideranças que já dispõem de dados, laudos e inventários de risco e precisam transformá-los em decisões sustentáveis diante da diretoria, da fiscalização e das pessoas. Atuamos na passagem entre avaliação e execução: compreender o que a informação permite concluir, definir o que vem primeiro, atribuir responsabilidades e acompanhar se a resposta funcionou.

Entendemos a saúde ocupacional como parte da governança da organização. Reunimos medicina, gestão, processos, dados, tecnologia e educação em uma atuação consultiva e independente, ao lado do RH, SESMT, médico coordenador e fornecedores. Nossas frentes são riscos psicossociais e NR-1, Inclusão com Critério nos processos PcD e Health Advisory para desafios que exigem análise e estruturação próprias.

Eduardo Azevedo

Médico, health advisor e palestrante, com atuação em Saúde Corporativa e Ocupacional. Sua trajetória inclui liderança e estruturação de operações de saúde em organizações de diferentes portes e segmentos. Aproxima conhecimento médico, processos, dados e tecnologia das decisões de gestão.

Fernanda Netto

Médica do Trabalho, com experiência em Saúde Corporativa e Ocupacional e em posições de liderança. Reúne prática de gestão e desenvolvimento profissional, com atuação como docente de pós-graduação, palestrante e mentora.

Como conduzimos o trabalho

Movimento	O que buscamos produzir
Analisar	Compreensão do contexto, das evidências, dos riscos e das lacunas que afetam a decisão.
Estruturar	Critérios, fluxos, responsabilidades e instrumentos que tornem a ação executável.
Desenvolver	Profissionais e equipes preparados para reconhecer necessidades e agir dentro de seus papéis.
Acompanhar	Verificação da execução, leitura de indicadores e reavaliação das medidas.

Analisar, Estruturar, Desenvolver e Acompanhar organiza nossa proposta consultiva: compreender o problema, definir a resposta, preparar as equipes e verificar a execução. Trata-se de um método de trabalho dos autores, sem pretensão de escala validada ou certificação. Sua aplicação articula as evidências pertinentes com a realidade operacional e preserva as responsabilidades clínicas e legais de cada serviço.

Do inventário ao plano de ação

Quando uma avaliação ou um inventário já foi produzido, é necessário definir prioridades, medidas e responsáveis. A AzevedoNetto propõe apoiar essa passagem à execução, com leitura crítica dos processos e das condições de trabalho. O fundamento normativo é a NR-1; as recomendações de saúde mental no trabalho são discutidas pela OMS. Os eixos Contexto, Gestão e Suporte organizam a aplicação consultiva, sem substituir o GRO ou criar exigências legais adicionais. [28,44]

Quando essa frente é acionada

O inventário foi entregue, mas falta um plano priorizado; as ações estão descritas sem responsáveis; indicadores não orientam decisões; ou a liderança ainda não sabe reconhecer uma demanda e encaminhá-la. Começamos pelas evidências e pelos processos existentes, articulando RH, SESMT, lideranças e saúde para construir uma resposta compatível com a realidade operacional.

Entregáveis do projeto consultivo

Entrega prevista	Aplicação na gestão
Leitura crítica	Análise das avaliações, dos indicadores e das medidas já existentes.
Matriz de priorização	Definição do que abordar primeiro, considerando criticidade, critério técnico e viabilidade.
Mapa de responsabilidades	Distribuição das atribuições entre RH, SESMT, lideranças e saúde.
Plano de ação com horizonte pactuado	Medidas, responsáveis e indicadores para acompanhar a execução.
Capacitação de lideranças	Preparação para reconhecer demandas, decidir e encaminhar dentro do próprio papel.

Contexto, Gestão e Suporte na aplicação

Nesta proposta, Contexto reúne condições de trabalho, evidências e participação dos envolvidos; Gestão organiza prioridades, recursos e responsabilidades; Suporte inclui formação, acolhimento e encaminhamento. São categorias de organização do projeto, ajustáveis à avaliação existente. A efetividade deve ser examinada pela implementação e pela reavaliação das medidas, sem presumir validação científica do método autoral.

Conexão com o Novembro Azul

A comunicação sobre saúde mental precisa encontrar condições reais de acolhimento e acesso. Os capítulos 9 e 12 discutem essa interface: orientar uma pessoa, qualificar a liderança e acompanhar medidas sobre o trabalho são tarefas relacionadas, com finalidades próprias. A atuação consultiva e organizacional não substitui avaliação clínica individual, diagnóstico médico ou atendimento assistencial. [9,28]

Prazos e entregáveis devem ser pactuados conforme criticidade e capacidade de execução. O capítulo 21 apresenta uma matriz de Gantt adaptável, em semanas relativas e sem datas fixas; ela não estabelece prazo normativo para controle de riscos.

Inclusão com Critério e decisões em saúde

Processos PcD com leitura documental fundamentada

Na frente Inclusão com Critério, apoiamos Recrutamento, RH e Operações na análise da documentação apresentada. O critério se aplica à consistência das evidências e aos requisitos do processo, preservando a dignidade e a autonomia da pessoa. A análise identifica o que está sustentado, explicita lacunas e orienta a etapa seguinte; uma insuficiência documental não autoriza concluir incapacidade ou ausência de deficiência. [35]

Entrega prevista	Decisão que deve apoiar
Análise documental	Identificar quais informações e conclusões encontram suporte nos documentos apresentados.
Identificação de lacunas	Explicitar o que está ausente, incompleto ou precisa de complementação.
Devolutiva fundamentada	Apresentar a conclusão documental e o critério técnico que a sustenta.
Orientação do próximo passo	Indicar se é possível seguir, se é necessário complementar ou encaminhar para avaliação.

O atendimento pode ocorrer por caso ou de forma recorrente. A assessoria é consultiva e documental: não substitui avaliação médica, exame clínico, laudo caracterizador ou qualquer ato médico necessário ao enquadramento da pessoa com deficiência. O objeto e os limites de cada entrega precisam estar claros para quem solicita e para quem dará continuidade ao processo.

Health Advisory para questões que exigem estruturação

Quando o problema envolve escolher um fornecedor, interpretar indicadores, rever uma jornada ou usar tecnologia com governança, começamos pela pergunta que precisa ser respondida. As frentes abrangem operações e processos médicos; programas e jornadas de saúde; fornecedores e serviços; contratação e diligência técnica; indicadores e Health Analytics; tecnologia aplicada à saúde; IA, governança e responsabilização; e educação por palestras, workshops e trilhas.

Como essas frentes se conectam ao guia

No Novembro Azul, a inclusão exige acesso utilizável, comunicação acessível e continuidade do cuidado para homens com deficiência, conforme discutido no capítulo 16. A revisão documental dos processos PcD tem finalidade própria e não deve ser confundida com acesso assistencial. Já o Health Advisory orienta a organização das responsabilidades, a contratação de serviços e a leitura dos indicadores. Em todas as frentes, o método é Analisar, Estruturar, Desenvolver e Acompanhar.

Atuamos de forma independente e consultiva ao lado das estruturas existentes. O projeto parte do problema concreto, com escopo, entregáveis e prazo ou acompanhamento recorrente conforme a necessidade.

AzevedoNetto Health Advisory | +55 11 94442-6969
contato@azevedonetto.com.br | www.azevedonetto.com.br

COMO UTILIZAR O GUIA

Da leitura técnica à decisão de gestão

Este material foi preparado para médicos do trabalho, equipes assistenciais, RH, Benefícios, SESMT, Comunicação, Compras e lideranças. Os capítulos preservam uma sequência comum: compreender a necessidade, discutir o fundamento e organizar a resposta. A leitura pode começar pelo problema do leitor, mas a aplicação deve considerar as conexões entre clínica, trabalho e operação.

Se sua responsabilidade é	Comece por	Decisão que a leitura deve apoiar
Revisar conteúdo clínico	Capítulos 2 a 11 e 17	O que afirmar, o que individualizar e quando encaminhar.
Estruturar o programa	Capítulos 12 a 22	Papéis, capacidade, recursos, acesso e avaliação.
Comunicar e formar equipes	Capítulos 23 a 26 e 30	Mensagem respeitosa, canal funcional e ação viável.
Adaptar com apoio de IA	Capítulos 27 a 29	Produção rastreável com revisão e limites de uso.

Três tipos de afirmação exigem leituras diferentes

Uma recomendação clínica resulta da interpretação de evidências para uma população e uma situação. Uma obrigação normativa decorre do texto legal aplicável. Uma proposta operacional é um instrumento dos autores para organizar o trabalho. Essa distinção orienta a leitura: o prestígio de uma entidade ou a proximidade de uma citação não transforma um modelo de gestão em método validado.

Como ler as fontes

As referências numeradas identificam fundamentos científicos, técnicos e normativos. Diretrizes, posicionamentos, estudos, notas e leis são descritos conforme sua natureza. Os recursos editoriais E1–E3, apresentados separadamente, orientam imagens e comunicação; não fundamentam condutas clínicas. A descrição institucional e os instrumentos AzevedoNetto são autorais. Nenhuma entidade citada é apresentada como endossante deste guia.

As comparações internacionais ajudam a compreender benefícios, danos e controvérsias. Precisam ser interpretadas à luz da população estudada e da rede brasileira. O leitor encontrará também exemplos fictícios e instrumentos propostos pela AzevedoNetto, identificados como tais; seus números não representam resultados de clientes.

Como transformar o conteúdo em uma entrega local

Escolha a decisão a apoiar, identifique o responsável e verifique o que já está disponível. Adapte o instrumento, teste a jornada e combine a evidência de execução. Só então divulgue a oferta. Em uma campanha, uma informação correta sem um caminho utilizável pode aumentar a procura sem resolver a necessidade.

Os modelos podem apoiar materiais internos, com revisão técnica, preservação das fontes e indicação de origem. Imagens e materiais de terceiros mantêm licenças próprias. Esta publicação não substitui consulta, protocolo local ou avaliação de responsabilidade técnica.

ROTEIRO DE LEITURA

Sumário

Capítulo	Conteúdo	Página
—	AzevedoNetto Compartilha	2
—	Posicionamento, método e uso do guia	3–6
01	Visão executiva e compromisso da campanha	9
02	Epidemiologia e leitura responsável dos números	11
03	O que atualizar antes de lançar a campanha de 2026	13
04	Rastreamento de próstata e decisão informada	15
05	Como interpretar benefícios e danos do rastreamento	17
06	Da consulta ao esclarecimento diagnóstico	19
07	Sintomas e navegação assistencial	21
08	Saúde cardiovascular e prevenção cotidiana	23
09	Saúde mental e condições de trabalho	25
10	Saúde sexual, vacinação e HPV	27
11	Saúde do homem ao longo da vida laboral	29
12	PCMSO, PGR e limites da atuação empresarial	31
13	Direitos, informação e confidencialidade	33
14	Arquitetura do programa e responsabilidades	35
15	Contratação de serviços e critérios de aceite	37

Leia os fundamentos clínicos para definir a mensagem; os capítulos de governança para organizar responsabilidades; e os modelos de comunicação e IA para adaptar o conteúdo com revisão técnica. As propostas operacionais devem ser ajustadas à capacidade real da organização.

ROTEIRO DE LEITURA

Sumário (continuação)

Capítulo	Conteúdo	Página
16	Acesso, equidade e desenho de benefícios	39
17	Tratamento, reabilitação e retorno ao trabalho	41
18	Indicadores que medem cuidado	43
19	Modelo de maturidade e orçamento	45
20	Estratégia anual e governança do orçamento	47
21	Implantação em qualquer época do ano	49
22	Checklist de auditoria para a liderança de saúde	51
23	Convite institucional e fala da liderança	53
24	Pílulas de intranet sobre prevenção e exames	55
25	Pílulas de intranet sobre cuidado contínuo	57
26	Roteiro educativo e perguntas frequentes	59
27	Governança da inteligência artificial	61
28	Prompts para apresentação e white paper	63
29	Prompts para comunicação, dados e revisão	65
30	Comunicação ética, linguagem e fontes de imagens	67
—	Adequação das referências ao conteúdo	69
—	Referências científicas, técnicas e normativas	70
—	Recursos editoriais e licenças	74

Leia os fundamentos clínicos para definir a mensagem; os capítulos de governança para organizar responsabilidades; e os modelos de comunicação e IA para adaptar o conteúdo com revisão técnica. As propostas operacionais devem ser ajustadas à capacidade real da organização.

01 Visão executiva e compromisso da campanha

O Novembro Azul da AzevedoNetto propõe um programa de saúde integral do homem com acesso, acompanhamento e responsabilidade clínica. A campanha mobiliza; a operação assistencial precisa continuar depois de novembro. Este guia oferece uma base técnica para médicos do trabalho, equipes de saúde, RH, benefícios, comunicação e lideranças.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem orienta uma abordagem ampla, com acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes e prevenção de violências e acidentes. Essa abrangência deve orientar também a agenda corporativa. [1]

Compromisso	Entrega concreta
Acolher	Canal reservado, linguagem respeitosa e horários que incluam turnos e trabalho externo.
Cuidar	Porta de entrada clínica, avaliação de necessidades e plano individual.
Informar	Explicação equilibrada sobre exames e decisões compartilhadas.
Acompanhar	Responsável por cada encaminhamento e confirmação de continuidade.
Medir	Acesso, resolução de barreiras, experiência e segurança dos dados.

O que deve estar pronto antes do lançamento

Definir responsável médico, agenda disponível, rede de referência, capacidade de navegação, critérios de urgência e canal confidencial. Preencher os campos institucionais dos modelos deste guia e testar a jornada com um usuário fictício. A empresa deve conseguir responder: quem recebe a demanda, em quanto tempo, por qual canal e com qual próximo passo?

As metas, prazos e matrizes de gestão deste documento são propostas operacionais AzevedoNetto. Não são diretrizes clínicas nem obrigações legais adicionais. A decisão assistencial permanece individualizada.

O que a pessoa precisa encontrar ao procurar ajuda

É possível que o trabalhador chegue à campanha pedindo “um check-up”, mas traga uma preocupação que nunca conseguiu formular. Antes de decidir quais procedimentos serão oferecidos, a equipe precisa criar espaço para essa conversa. Um atendimento útil identifica a demanda, esclarece o que pode ser resolvido ali e combina o próximo passo de forma compreensível. Para a gestão, isso significa contratar tempo de escuta e capacidade de seguimento, além de peças educativas.

A escolha de participar deve ser livre. Quem não quer discutir próstata pode precisar de orientação sobre sono ou pressão arterial; quem já está em tratamento não deve receber apenas mensagens sobre descobrir a doença. Convidar para o cuidado exige reconhecer esses diferentes pontos de partida.

Uma decisão executiva antes de aprovar o programa

Propomos que a diretoria aprove um compromisso verificável: toda demanda recebida pelo canal terá uma resposta sobre como prosseguir, dentro dos limites do serviço. Isso requer definir equipe, horário, cobertura e escalonamento. A resposta poderá ser agendamento, orientação para a rede ou encaminhamento de uma barreira administrativa; não deve ser uma promessa vaga de que “alguém entrará em contato”.

A análise inicial identifica as lacunas; a estruturação organiza a jornada; o desenvolvimento prepara quem atende e lidera; o acompanhamento mostra onde corrigir. Esse encadeamento traduz o posicionamento da AzevedoNetto em uma proposta prática de programa. O investimento passa a ser avaliado pela capacidade de transformar uma necessidade reconhecida em uma ação sustentada.

02 Epidemiologia e leitura responsável dos números

O INCA estima 77.920 casos novos de câncer de próstata por ano no Brasil no triênio 2026–2028, com taxa bruta de 74,62 por 100 mil homens. É o câncer mais incidente na população masculina quando se excluem os tumores de pele não melanoma. Em 2024, foram registrados 17.826 óbitos por câncer de próstata. [2,3]

Medida	O que informa	Cuidado na interpretação
Incidência	Casos novos em uma população e período.	Não representa todos os homens que vivem com a doença.
Prevalência	Pessoas que vivem com a condição em um momento ou período.	Depende da incidência, sobrevida e método de levantamento.
Mortalidade	Óbitos atribuídos à doença no período.	Não equivale à letalidade de uma coorte de pacientes.

Os números de casos estimados para 2026–2028 e de óbitos observados em 2024 pertencem a períodos e métodos diferentes. Dividi-los para calcular uma suposta “chance de morrer” produziria uma interpretação incorreta. A relevância populacional justifica organizar cuidado, mas não resolve, por si só, a discussão sobre quais exames oferecer. [2,3]

Ao apresentar recortes de raça ou cor, informe a definição adotada, a população, o país e as limitações da fonte. Os dados raciais apresentados pelo NCI referem-se aos Estados Unidos e não estimam diretamente o risco de pessoas brasileiras. [27] Diferenças populacionais não devem ser convertidas em diagnóstico, prognóstico ou explicação causal de um caso individual.

Como conhecer a população atendida

Construir uma linha de base agregada por faixa etária, unidade e modalidade de trabalho, respeitando a possibilidade de reidentificação. Mapear uso da atenção primária, barreiras geográficas, faltas a consultas, condições crônicas acompanhadas e necessidade de apoio. Informar origem, cobertura e proporção de dados ausentes.

Registros de sinistros mostram utilização; prontuários mostram pessoas que chegaram ao serviço. Nenhuma dessas bases, isoladamente, descreve toda a saúde da força de trabalho. Denominar o indicador de forma precisa: por exemplo, “proporção de usuários atendidos com hipertensão registrada”, em vez de “prevalência de hipertensão na empresa”.

Não extrapolar a taxa nacional de câncer diretamente para uma empresa sem considerar sua composição etária. Dados agregados servem ao planejamento; a avaliação clínica individual serve ao cuidado.

Por que magnitude não define a melhor intervenção

A frequência de uma doença ajuda a dimensionar sua importância, mas não demonstra que qualquer teste produza benefício. Para decidir sobre rastreamento, é preciso perguntar se oferecer o exame a pessoas sem sintomas reduz desfechos relevantes, quais danos produz e em que população o balanço foi estudado. O dado epidemiológico inicia a discussão; ele não substitui a avaliação da intervenção.

Exemplo de leitura de um relatório empresarial

Exemplo fictício: uma empresa registra mais consultas urológicas após divulgar um novo canal. Esse aumento pode significar acesso facilitado, procura acumulada ou maior registro administrativo. Não demonstra, isoladamente, piora da saúde nem prevenção efetiva de mortes. Antes de concluir, compare períodos equivalentes, verifique a população coberta e examine quais etapas da jornada foram concluídas.

Se uma unidade tem poucos atendimentos, vale investigar a existência de rede, tempo de deslocamento, horários e receio de exposição. Classificá-la imediatamente como “resistente à prevenção” desloca a responsabilidade para os trabalhadores sem compreender a oferta. A escuta de usuários e não usuários pode revelar problemas que o painel não enxerga.

Roteiro mínimo para uma nota técnica de indicadores

Registre a pergunta que se pretende responder, a população de referência, o período, a definição do evento, a fonte e as limitações. Informe se o dado é estimado, observado ou autorreferido. Ao comparar unidades, avalie diferenças de idade, vínculo, cobertura e completude. Se esses elementos não puderem ser conhecidos, apresente a comparação como exploratória e explicite o que falta verificar antes de decidir.

03 O que atualizar antes de lançar a campanha de 2026

A revisão anual precisa alcançar números, recomendações, deveres de informação e capacidade assistencial. Trocar apenas o ano de uma peça pode perpetuar faixas etárias fora de contexto, confundir acesso com indicação e divulgar serviços que não estão disponíveis.

Atualização	Repercussão prática	Evidência a manter
Estimativa INCA 2026–2028	77.920 casos novos anuais; separar estimativa de incidência e óbitos observados. [2,3]	Fonte, período, população e data de revisão.
Mortalidade de 2024	17.826 óbitos por câncer de próstata; não calcular letalidade com casos estimados de outro período. [3]	Legenda que diferencie observado e estimado.
HPV em 2026	Resgate de 15 a 19 anos até 31/12/2026, conforme critérios do MS. [18]	Prazo, elegibilidade e rede local confirmados.
Dever empresarial de informação	Lei 15.377/2026 determina informação e orientação de acesso alinhadas ao MS. [14]	Peças aprovadas, canais divulgados e rotina administrativa.
Evidência de longo prazo	ERSPC com 23 anos de seguimento complementa a síntese histórica sobre rastreamento. [19]	Contexto do estudo e benefícios absolutos.

Três verificações de lançamento

A revisão médica valida a mensagem; a operação confirma que o próximo atendimento pode ocorrer; a gestão verifica como será acompanhada a pendência. Essas três verificações formam uma proposta de controle de qualidade, sem substituir as responsabilidades previstas em lei.

Informar sobre prevenção não significa prescrever o mesmo exame a todos. A comunicação deve preservar a autonomia e mostrar como solicitar orientação individual. [3,14]

Atualização científica que muda a discussão

A atualização AUA/SUO de 2026 revisou evidências publicadas entre novembro de 2022 e dezembro de 2024 e atualizou recomendações sobre imagem, biomarcadores e biópsias. [21] No Brasil, a nota SBU de outubro de 2026 esclarece o papel do PSA, do toque retal e da decisão individual. [38] O posicionamento conjunto SBU, SBEM e ABEMSS de 2026 amplia a fundamentação em saúde hormonal. [45] Cada publicação deve ser aplicada à pergunta clínica e à população que aborda.

O CAP, publicado em 2024 com seguimento de 15 anos, e o ERSPC, com resultados de 23 anos publicados em 2025, estudam estratégias e horizontes diferentes. Já o GÖTEBORG-2 examina uma estratégia com ressonância e seleção de biópsias. O capítulo 5 compara suas perguntas para evitar que números de estudos distintos sejam reunidos em uma promessa única. [19,22,23]

Controle de alterações para cada reutilização

Se houver mudança em	Reavaliar também
Recomendação de exame	Texto público, roteiro da palestra, protocolo do prestador e treinamento.
Elegibilidade ou prazo vacinal	Peças agendadas, mensagens automáticas e orientação aos dependentes.
Rede ou fornecedor	Links, horários, cobertura, fila em andamento e responsável pela transição.
Norma ou procedimento interno	Texto administrativo, canal de dúvidas e instrução às lideranças.

Uma ficha de revisão deve registrar o trecho alterado, a fonte, o motivo e quem validou a repercussão operacional. Se a atualização exigir uma capacidade que a rede ainda não oferece, essa lacuna precisa ser explicitada. O conteúdo não deve anunciar uma jornada ideal como se ela já estivesse disponível.

04 Rastreamento de próstata e decisão informada

Rastreamento é a investigação de pessoas sem sintomas. Diagnóstico precoce é a investigação oportuna de sinais ou sintomas. No câncer de próstata, a distinção evita que um convite corporativo seja confundido com uma indicação clínica automática. [3]

Referência	Orientação principal	Aplicação na empresa
Ministério da Saúde e INCA [3,37]	Não recomendam rastreamento de rotina da população assintomática; orientar riscos quando houver procura pelo exame.	Comunicação alinhada à política pública e acesso à avaliação individual.
USPSTF 2018 [4]	Entre 55 e 69 anos, decisão individual informada sobre PSA; recomenda contra rastreamento a partir de 70 anos.	Referência internacional de benefício e dano; não é norma brasileira.
EAU 2026 [5]	Detecção individual adaptada ao risco: discutir PSA a partir de 50 anos; 45 em história familiar de diagnóstico antes dos 60 anos ou ascendência africana; 40 em portadores de variante patogênica em BRCA2. Considerar expectativa de vida.	Discussão clínica estruturada, sem transformar faixas etárias em convocação obrigatória.
SBU — 2026 [38]	A SBU orienta discutir avaliação aos 50 anos; aos 45 em maior risco, incluindo história familiar e homens negros. PSA e toque têm papéis distintos; o toque não é obrigatório para todo assintomático.	Discutir benefícios, danos e preferências na consulta. Faixas etárias orientam conversa clínica, sem convocação empresarial por raça ou imposição de exames.

Como apresentar benefícios e danos

A síntese da USPSTF de 2018 estimou, por 1.000 homens de 55–69 anos rastreados ao longo de cerca de 13 anos, aproximadamente 1,3 morte por câncer de próstata e 3 casos de doença metastática evitados. São estimativas de estudos específicos, não uma promessa para todo indivíduo ou para uma campanha de um mês. [4]

Falsos positivos, biópsias, sobrediagnóstico e tratamento de tumores que não causariam problemas podem produzir dano. A conversa deve incluir essas possibilidades e as preferências da pessoa. A decisão de não realizar o exame, após esclarecimento, também merece respeito. [4]

Não usar “100% dos homens com PSA realizado” como indicador de sucesso. Medir acesso à orientação e qualidade do seguimento é mais coerente com uma campanha responsável.

Por que as recomendações não são idênticas

As recomendações tratam de perguntas distintas: rastrear uma população inteira, apoiar uma escolha individual ou organizar detecção adaptada ao risco. Variam também o horizonte de evidência, o peso dos danos e a capacidade de seguimento. Essas diferenças precisam ser explicadas, sem apresentar uma idade como consenso.

Para a comunicação empresarial brasileira, o ponto de partida é a orientação do Ministério da Saúde, que não recomenda rastreamento populacional de próstata. A consulta individual pode incorporar diretrizes de sociedades médicas, história familiar e preferências, com discussão de benefícios e danos. A divergência não autoriza a empresa a escolher pelo trabalhador nem a dificultar o acesso a uma avaliação solicitada. [3,4,5,37,38]

A SBU menciona homens negros entre os grupos para discussão clínica a partir dos 45 anos; a EAU utiliza ascendência africana em sua estratificação. [5,38] São formulações das fontes, não categorias intercambiáveis nem determinação de risco individual pela aparência. A avaliação considera história pessoal e familiar, benefícios, danos e preferências. A empresa não deve atribuir identidade racial, selecionar pessoas por fotografia ou criar convocação compulsória por cor.

Decisão compartilhada como conversa verificável

Passo proposto	Pergunta que ajuda a conduzir
Compreender a demanda	Você procura orientação de rotina ou há algum sintoma que preocupa?
Explorar expectativas	O que você espera que o exame esclareça?
Apresentar caminhos	O que muda se fizermos o exame e se optarmos por acompanhar sem fazê-lo agora?
Reconhecer consequências	Como você se sente diante da possibilidade de novas investigações ou de um diagnóstico que exija seguimento?
Combinar continuidade	Qual será o próximo passo e quem você procurará se surgir uma dúvida?

Não é suficiente anexar um termo e colher assinatura. Como proposta de qualidade, a equipe pode pedir à pessoa que explique com suas palavras o que entendeu e quais dúvidas permanecem. Um registro conciso da conversa ajuda a continuidade, mas não deve se tornar uma exigência burocrática que substitua a escuta.

Exemplo fictício: dois homens sem sintomas, de mesma idade, podem fazer escolhas diferentes após uma conversa equivalente. Um valoriza mais a possibilidade de detectar precocemente; outro teme os danos da investigação e prefere adiar. O programa deve apoiar as duas decisões esclarecidas e garantir acesso diante de novas necessidades.

05 Como interpretar benefícios e danos do rastreamento

No seguimento final do ERSPC, 162.236 homens de 55 a 69 anos na inclusão compuseram o grupo etário central de um ensaio randomizado europeu. Após mediana de 23 anos, a mortalidade por câncer de próstata foi 13% menor no grupo convidado ao rastreamento, com redução absoluta de 0,22 ponto percentual. A incidência cumulativa foi maior nesse grupo. [19]

Medida no ERSPC	Resultado	Leitura correta
Razão de taxas de mortalidade	0,87; IC95% 0,80–0,95	Redução relativa; não corresponde a 13 vidas por 100 convidados.
Redução absoluta	0,22 ponto percentual; IC95% 0,10–0,34	Aproximadamente 2,2 mortes por mil convidados no horizonte estudado.
Número necessário para convidar	456; IC95% 306–943	Uma morte por câncer de próstata evitada em 23 anos, em média.
Incidência cumulativa	Razão de taxas 1,30	Maior detecção não equivale automaticamente a benefício adicional.

O resultado reforça a discussão individual informada. Não autoriza prometer redução semelhante em uma campanha curta nem transportar diretamente a estimativa para uma empresa brasileira com outra idade, adesão, rede e protocolo. [19]

Sobrediagnóstico e vieses de interpretação

Sobrediagnóstico é detectar um câncer que não causaria sintomas ou morte durante a vida da pessoa. É diferente de falso positivo, que corresponde a um resultado suspeito sem confirmação da doença. Antecipar a data do diagnóstico também pode aumentar a sobrevida medida desde o diagnóstico sem necessariamente adiar a morte; por isso, mortalidade específica e danos precisam ser avaliados conjuntamente. [4]

Aplicação na conversa clínica

Explicar benefício possível, incertezas, exames adicionais e consequências de um achado; perguntar o que a pessoa valoriza; registrar o plano. Os dados de 13 e 23 anos não devem ser somados ou apresentados como estimativas intercambiáveis. A organização financia acesso à decisão e ao seguimento, sem impor uma escolha.

Três estudos e três perguntas que não devem ser confundidas

Estudo	Pergunta e desenho	Resultado e limite principal
ERSPC 2025 [19]	Convites repetidos ao rastreamento versus controle; grupo central de 55 a 69 anos.	Benefício de mortalidade específica em 23 anos. Não estima o efeito de um evento corporativo isolado.
CAP 2024 [22]	Convite único para PSA versus prática habitual; 415.357 homens elegíveis de 50 a 69 anos.	Em 15 anos, mortalidade por próstata de 0,69% versus 0,78%; diferença absoluta de 0,09 ponto percentual. Sem diferença estatisticamente significativa de mortalidade geral.
GÖTEBORG-2 2024 [23]	Estratégia com biópsia dirigida por ressonância versus biópsia sistemática, em participantes inicialmente de 50 a 60 anos.	Em cerca de quatro anos, menor detecção de câncer clinicamente insignificante na estratégia dirigida. Não demonstrou redução de mortalidade nesse horizonte.

No CAP, a adesão ao convite e o uso de PSA fora do grupo convidado também influenciam a interpretação. A diferença absoluta observada foi pequena: aproximadamente 0,9 morte por câncer de próstata a menos por mil homens no período estudado. Não é correto tratar esse resultado como uma previsão individual nem equiparar convite único e rastreamento repetido. [22]

No GÖTEBORG-2, o risco relativo de detectar câncer clinicamente insignificante foi 0,43, com IC95% de 0,32 a 0,57. O estudo sugere uma possibilidade de reduzir diagnósticos de baixo significado clínico ao selecionar biópsias, mas não elimina a necessidade de seguimento nem transforma ressonância em exame inicial para todos. Desfecho de detecção e desfecho de mortalidade respondem a perguntas diferentes. [23]

Como comunicar incerteza sem paralisar a decisão

A conversa deve combinar números compreensíveis e consequências concretas: a possibilidade de benefício aparece ao longo de anos; uma alteração pode desencadear exames e decisões antes disso. Evite dizer que o exame “salva vidas” sem explicar para quem, em qual estratégia e com quais danos. Também evite concluir que ausência de benefício demonstrado em mortalidade geral prova ausência de qualquer benefício específico.

Uma apresentação equilibrada não precisa transformar a consulta em aula de estatística. Pode usar um mesmo denominador, explicar o tempo de observação e perguntar quais consequências importam mais para a pessoa. Na revisão editorial, confira se benefício relativo e absoluto estão identificados e se as limitações permanecem visíveis, inclusive nas versões curtas.

06 Da consulta ao esclarecimento diagnóstico

O PSA é um marcador prostático, não um diagnóstico isolado de câncer. Um resultado alterado requer interpretação clínica; não autoriza o RH, uma plataforma de benefícios ou um algoritmo a rotular o trabalhador. [5]

Etapa	Conduta e responsabilidade
1 Consulta	Profissional assistente avalia sintomas, antecedentes, risco, exames prévios e preferências.
2 Decisão	Se houver proposta de rastreamento, explicar alternativas e registrar a decisão compartilhada.
3 Resultado	Equipe clínica comunica o significado do achado e define o próximo passo.
4 Investigação	Urologia decide necessidade de confirmação do PSA, avaliação complementar, ressonância e biópsia.
5 Continuidade	Navegação verifica se o atendimento ocorreu e se existe plano de seguimento.

A EAU recomenda repetir o PSA em homens assintomáticos com PSA entre 3 e 10 ng/mL e toque normal antes de investigação adicional. A ressonância tem papel na avaliação antes da biópsia; seu uso não transforma uma imagem normal em exclusão absoluta de câncer. Essas decisões exigem protocolo clínico e contexto individual. [5]

Registro mínimo da conversa clínica

Documentar a razão da avaliação, a situação sintomática ou assintomática, o que foi explicado, a preferência manifestada e o plano acordado. O prontuário guarda dados clínicos; a gestão recebe informações agregadas sobre acesso e andamento, conforme a governança definida.

Perguntas úteis para a pessoa atendida

- O que eu posso ganhar com este exame e quais problemas ele pode provocar?
- Se houver uma alteração, quais serão as próximas etapas e como terei acesso a elas?
- Se decidirmos não fazer o exame agora, quando e em quais situações devo retornar?

Cobertura de um procedimento, disponibilidade no SUS ou oferta em benefício privado não equivalem a indicação universal. Confirmar a rota local de atendimento e as regras do contrato antes de anunciar acesso.

O resultado não deve viajar sozinho

A pessoa pode receber o laudo no aplicativo antes de falar com quem solicitou o exame. É recomendável combinar, já na consulta, como o resultado será discutido e qual canal deve ser usado em caso de dúvida. Um valor destacado em vermelho pode provocar medo sem esclarecer o risco; a comunicação clínica deve contextualizar o achado e evitar antecipar diagnósticos.

Falso positivo e sobrediagnóstico produzem problemas diferentes. A investigação de um achado suspeito pode envolver biópsia, com dor, sangramento e infecção; o sobrediagnóstico ocorre quando se identifica um câncer que não causaria dano durante a vida. A confirmação de um tumor também não define, sozinha, a necessidade de tratamento imediato. [27]

Como qualificar a rede que realiza a investigação

Propomos verificar se o serviço oferece revisão dos exames prévios, comunicação do resultado, acesso ao especialista e orientação sobre o seguimento. Ressonância, biomarcadores e técnica de biópsia pertencem a decisões clínicas com indicações próprias. A atualização AUA/SUO de 2026 é uma referência para revisar esses componentes do protocolo especializado. [21]

A pergunta de contratação não deve ser apenas “o exame está incluído?”. É preciso conhecer quem interpreta a necessidade, quem discute os achados e como o paciente acessará a etapa seguinte. Uma fila administrativa pode informar que a autorização foi liberada enquanto a investigação permanece parada por falta de agendamento.

Exemplo de transferência segura entre serviços

Em um caso fictício, a consulta inicial é realizada em uma clínica e a investigação seguirá em outro prestador. O encaminhamento deve permitir que o novo profissional compreenda a pergunta clínica e o que já foi feito, dentro de um compartilhamento autorizado e necessário. A navegação verifica o recebimento e a continuidade; não reinterpreta o laudo nem envia uma cópia ao gestor para justificar o acompanhamento.

07 Sintomas e navegação assistencial

Dificuldade para urinar, redução do jato, aumento da frequência urinária e sangue na urina devem ser avaliados. Esses achados frequentemente têm causas não cancerosas. A ausência de sintomas também não permite concluir que a próstata está livre de doença. [3]

Uma jornada com responsabilidade definida

O trabalhador deve encontrar uma porta clara de entrada: UBS, atenção primária do plano ou serviço assistencial contratado. A empresa divulga como acessar, facilita a organização da jornada de trabalho e remove barreiras administrativas. A priorização clínica cabe à equipe habilitada.

Situação	Resposta operacional proposta
Demanda de prevenção sem sintomas	Agendar consulta de orientação; evitar pacotes automáticos de exames.
Sintoma novo ou persistente	Encaminhar para avaliação clínica, com prioridade definida pelo serviço de saúde.
Resultado com investigação indicada	Confirmar recebimento, consulta de seguimento e responsável pela navegação.
Dificuldade de autorização ou agenda	Acionar benefícios ou rede pelo mínimo necessário de informação.
Interrupção do acompanhamento	Contato reservado para entender a barreira, respeitando a autonomia.

Urgência tem rota própria

Quadros agudos, sofrimento intenso ou incapacidade de urinar não devem aguardar uma palestra ou agenda de campanha. Orientar o trabalhador a procurar atendimento de urgência. O serviço clínico local deve definir seus critérios de triagem e os fluxos para cada unidade.

Fechamento do encaminhamento

Um encaminhamento não está concluído porque foi emitido. A proposta é registrar, em ambiente assistencial protegido: consulta realizada, plano definido, próximo responsável e data de revisão. Recusa, mudança de rede ou impossibilidade de contato exigem registro respeitoso; não devem ser tratados como indisciplina.

Proposta de gestão: monitorar semanalmente a fila e as barreiras; pactuar prazos com a rede conforme gravidade e capacidade. Não impor um mesmo prazo clínico a situações diferentes.

Acolher o sintoma antes de associá-lo ao câncer

Hiperplasia prostática benigna, infecção e outras condições urinárias podem produzir queixas semelhantes. O tamanho da próstata não explica, por si só, a intensidade dos sintomas. Incapacidade de urinar, dor importante ou sintomas urinários associados a febre e calafrios exigem atenção imediata; sangue na urina também requer avaliação pronta. A orientação é procurar atendimento, sem tentar definir a causa pela campanha. [29]

Uma comunicação acolhedora pode dizer: “Esse sintoma merece ser avaliado; vamos ajudar você a encontrar o atendimento”. Evite tanto tranquilizar sem avaliação quanto associar automaticamente uma queixa comum a câncer. A pessoa deve sair do contato sabendo onde procurar ajuda, e não apenas que precisa “cuidar melhor da saúde”.

Estados de uma fila que permitem agir

Estado proposto	O que precisa estar definido
Aguardando acolhimento	Canal responsável e verificação de necessidade de triagem clínica.
Aguardando agendamento	Rede, barreira identificada e pessoa responsável por remover o obstáculo.
Aguardando etapa clínica	Serviço assistente que define prioridade e sequência.
Em acompanhamento	Próxima etapa pactuada e responsável pelo seguimento.
Encerrado nesta navegação	Motivo e confirmação de transferência, resolução ou escolha esclarecida.

Diferencie ausência de resposta de recusa. O telefone pode estar desatualizado, a mensagem pode chegar durante o turno ou o canal pode expor o assunto a familiares. Propomos confirmar o meio de contato preferido, limitar o conteúdo das mensagens e registrar tentativas de forma proporcional. O acompanhamento deve ajudar a pessoa, sem transformar-se em cobrança ou vigilância.

08 Saúde cardiovascular e prevenção cotidiana

A abordagem integral inclui pressão arterial, risco cardiovascular, tabagismo, atividade física, alimentação e continuidade do tratamento de condições crônicas. Hipertensão, hiperglicemia, alterações lipídicas e excesso de peso são fatores relevantes. [6] A diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2025 orienta a estratificação do risco cardiovascular para definir metas e intensidade do tratamento das dislipidemias; o mesmo resultado de colesterol pode exigir condutas diferentes conforme o contexto clínico. [39]

Necessidade	Oferta corporativa útil	Limite da campanha
Acesso à atenção primária	Agenda compatível com turnos e orientação sobre rede.	Não substituir consulta por um checklist digital.
Hipertensão e diabetes	Facilitar consultas, tratamento e acompanhamento.	Não diagnosticar apenas por uma medida em evento.
Movimento e alimentação	Pausas viáveis, ambiente alimentar e opções acessíveis.	Não reduzir saúde a peso ou competições de desempenho.
Tabagismo	Encaminhar para cuidado estruturado e apoio à cessação.	Não usar exposição pública, punição ou rankings.
Uso de álcool	Oferecer conversa clínica reservada e tratamento quando indicado.	Não confundir cuidado com julgamento moral.

A OMS recomenda para adultos 150 a 300 minutos semanais de atividade aeróbica moderada, ou 75 a 150 minutos de atividade vigorosa, além de fortalecimento muscular em pelo menos dois dias da semana. Reduzir o tempo sedentário e adaptar a progressão às condições individuais torna a orientação mais aplicável. [7]

O álcool está associado a doenças, lesões e prejuízos sociais; o risco depende de quantidade, padrão e contexto de consumo. A campanha pode abrir acesso a avaliação e tratamento, sem apresentar o consumo como estratégia de proteção cardiovascular. [8]

A decisão de gestão que faz diferença

Antes de contratar brindes, avaliar se existem obstáculos ao cuidado: coparticipação, deslocamento, falta de cobertura territorial, horários restritos ou receio de ausentar-se. Destinar parte do orçamento a remover esses obstáculos permite que informação se converta em uso efetivo do serviço.

Prevenção do diabetes

A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda rastrear diabetes tipo 2 a partir de 35 anos e, nos demais adultos com sobrepeso ou obesidade, quando houver outro fator de risco e/ou resultado alto ou muito alto no FINDRISC, instrumento de estimativa de risco. Glicemia de jejum e/ou HbA1c são testes iniciais, conforme disponibilidade. [41] A seleção de exames, intervalos e metas pertence à avaliação clínica; não se estabelece um painel laboratorial anual obrigatório na empresa.

Uma oferta integral precisa de continuidade

Em uma ação de saúde, a medida da pressão pode abrir uma conversa, mas não organiza sozinha o acompanhamento. Propomos que qualquer achado que demande avaliação venha acompanhado de uma orientação sobre quem atenderá, como acessar e em que situação procurar urgência. Não deixar ao trabalhador a tarefa de descobrir sozinho o significado de um número entregue em um papel.

Na prevenção cotidiana, vale perguntar o que a rotina permite. Uma orientação sobre atividade física será pouco aplicável se ignorar longos deslocamentos, trabalho fisicamente exigente, limitações funcionais ou ausência de tempo de recuperação. As propostas da empresa precisam considerar condições de trabalho, acesso a alimentação e oportunidades realistas de cuidado; metas competitivas podem desestimular justamente quem mais precisa de apoio.

Tabagismo como necessidade de cuidado

A linha de cuidado do Ministério da Saúde coloca a atenção primária na coordenação do tratamento do tabagismo. O acompanhamento estruturado pode combinar aconselhamento e medicamentos quando indicados, com continuidade entre serviços. Isso oferece uma resposta mais consistente do que uma mensagem isolada sobre força de vontade. [30]

Como proposta operacional, divulgue onde o tratamento existe, confirme horários e facilite retornos. Uma tentativa anterior sem sucesso não deve excluir alguém de nova oferta. A empresa pode avaliar barreiras de acesso e continuidade de forma agregada, sem divulgar nomes de fumantes ou usar o tratamento como requisito para benefícios.

Caso para priorização de recursos

Exemplo fictício: a campanha tem orçamento para uma nova ação de exames, mas já existe uma fila de pessoas que não conseguem retornar à atenção primária. Antes de ampliar procedimentos, a equipe compara a capacidade de resolver a fila, a necessidade clínica e o custo do novo evento. A decisão deve explicar qual problema será enfrentado e qual entrega permitirá verificar se o recurso produziu acesso efetivo.

09 Saúde mental e condições de trabalho

A prevenção em saúde mental exige atenção às condições de trabalho, incluindo sobrecarga, baixo controle, assédio e insegurança. A OMS recomenda intervenções organizacionais, capacitação de gestores, apoio ao trabalhador e estratégias de retorno ao trabalho. Disponibilizar atendimento é importante, mas não dispensa a revisão das condições que produzem sofrimento. [9]

O papel da liderança

Perceber mudanças, conversar em ambiente reservado e facilitar o acesso ao serviço de saúde. O gestor não diagnostica, não investiga a intimidade e não exige explicações sobre tratamentos. Pode perguntar: “Tenho percebido que as últimas semanas estão difíceis. Há alguma condição de trabalho que precisamos rever? Posso ajudar você a acessar nosso canal de saúde?”

Frente	Ação prática proposta
Organização do trabalho	Revisar jornada, carga, pausas, conflitos e previsibilidade de escalas.
Acesso	Oferecer canal privado, rede assistencial e orientação sobre atendimento fora do expediente.
Sono e fadiga	Acolher queixas e avaliar clinicamente; revisar riscos de tarefas críticas e escalas.
Violência e assédio	Disponibilizar acolhimento e canais institucionais com proteção contra retaliação.
Retorno	Combinar avaliação funcional, adaptações e revisão de carga.

Quando há risco imediato

Diante de risco imediato de suicídio ou outra emergência, acionar atendimento de urgência, como SAMU 192, e não deixar a pessoa sozinha enquanto se busca ajuda segura. O CVV 188 oferece apoio emocional e não substitui assistência de emergência. [10]

O Novembro Azul pode normalizar a procura de ajuda sem reproduzir a ideia de que homens precisam suportar tudo em silêncio. Comunicar que sofrimento merece cuidado e que o atendimento não depende de autorização do gestor.

Métricas úteis: tempo de acesso, barreiras resolvidas e execução das melhorias no trabalho. Não produzir listas de trabalhadores “de risco” a partir de mensagens, produtividade ou análise automática de comportamento.

Escuta que reconhece o contexto

Uma pessoa pode evitar falar sobre sofrimento por receio de perder espaço no trabalho, ser julgada ou ter sua intimidade exposta. O convite precisa explicar quem atende, como o canal funciona e quais informações chegam à gestão. Em uma conversa individual, não é necessário encontrar uma frase perfeita: é mais útil ouvir sem interromper, reconhecer a dificuldade e oferecer um caminho concreto de apoio.

A OMS diferencia intervenções sobre a organização do trabalho, formação de gestores e apoio individual. A capacitação de lideranças deve melhorar reconhecimento, comunicação e encaminhamento, sem preparar gestores para diagnosticar ou tratar transtornos. A avaliação do treinamento deve observar a aplicação no trabalho, além da presença em uma atividade. [28]

Riscos psicossociais e NR-1 na passagem à ação

Situação ilustrativa	Medida organizacional a estudar	Verificação proposta
Sobrecarga recorrente em fechamento	Rever dimensionamento, distribuição e prioridades com participação da equipe.	Medida implantada, percepção dos envolvidos e revisão da carga.
Escalas pouco previsíveis	Definir antecedência e regras para alterações e substituições.	Cumprimento da regra e problemas ainda relatados.
Conflitos ou humilhações	Ativar canais e procedimentos adequados de acolhimento e apuração.	Proteção, resposta institucional e acompanhamento das medidas.

A NR-1 inclui fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho no GRO, com identificação de perigos, avaliação de riscos, medidas de prevenção e acompanhamento. [44] A OMS sustenta intervenções organizacionais e formação de gestores. [28] Neste guia, Contexto, Gestão e Suporte é uma proposta autoral de organização dessas tarefas. Palestras e encaminhamentos assistenciais não demonstram, isoladamente, controle dos riscos ou nexo causal.

Uma mensagem pública sobre procurar ajuda ganha credibilidade quando a liderança sustenta o acesso na rotina. Se o discurso é acolhedor, mas a pessoa encontra constrangimento ao se ausentar, a campanha perde confiança. O acompanhamento deve escutar essa experiência e corrigir a barreira, preservando o relato individual.

10 Saúde sexual, vacinação e HPV

Saúde sexual e reprodutiva integra a saúde do homem. O cuidado deve permitir perguntas sobre sexualidade, prevenção de infecções, função sexual e planejamento reprodutivo com privacidade e sem pressupor orientação sexual, estado civil ou comportamento. [1]

O HPV também afeta homens. A vacinação previne infecções pelos tipos contemplados e doenças associadas; não é tratamento para eliminar uma infecção já estabelecida. Preservativos reduzem o risco de transmissão, mas não protegem todas as áreas de contato. Não há indicação de teste de HPV como rastreamento universal da população masculina. [11,12]

Tema	Mensagem técnica e ação
Vacinação de rotina	O PNI contempla meninos e meninas de 9 a 14 anos com dose única. Conferir a situação vacinal dos dependentes. [11]
Situações especiais	Imunodepressão, uso de PrEP e outras condições podem ampliar a elegibilidade e alterar o esquema. Verificar critérios atuais no serviço de vacinação. [11]
Adultos	Avaliar indicação, histórico e acesso individualmente; não anunciar vacina gratuita para todos os adultos.
Prevenção combinada	Oferecer informação sobre preservativos e acesso reservado à avaliação de IST e prevenção do HIV, conforme necessidade.
Resultado ou lesão	Orientar consulta; um diagnóstico de HPV não comprova infidelidade nem equivale a câncer. [12]

Em 2026, o Ministério da Saúde prorrogou até 31 de dezembro o resgate para adolescentes e jovens de 15 a 19 anos sem vacinação prévia ou sem registro. A divulgação deve identificar o prazo da estratégia e orientar a confirmação no serviço de vacinação; essa oferta temporária não substitui a rotina de 9 a 14 anos. [18]

Como transformar a mensagem em acesso

Mapear unidades de vacinação, documentos exigidos, horários e rede privada contratada. Se houver ação no local de trabalho, definir equipe habilitada, registro, cadeia de conservação e assistência a intercorrências. Não compartilhar o motivo da elegibilidade de um adulto com gestores ou comunicação.

Abrir a campanha às famílias amplia seu alcance educativo. A informação deve incluir filhos e responsáveis sem transferir às mulheres a responsabilidade pelo cuidado dos homens. Paternidade e cuidado podem ser tratados como participação ativa na saúde familiar. [1]

Revalidar o calendário do PNI e eventuais ações de resgate imediatamente antes de novembro. Critérios temporários não devem ser reproduzidos como permanentes. Atualização desta edição em 29/10/2026. Ver também a estratégia temporária de resgate vacinal. [18]

Sexualidade não deve ser tratada como desempenho

A disfunção erétil pode ter relação com condições cardiovasculares e outros fatores clínicos. A EAU recomenda avaliação que considere história médica e sexual e o risco cardiovascular; a queixa não deve ser reduzida a uma oferta de medicamento ou atribuída automaticamente à idade. A análise e o tratamento pertencem à consulta individual. [31]

O acolhimento inclui conforto, função sexual, prevenção e projetos reprodutivos, sem associar desempenho a valor pessoal ou masculinidade. Antes de terapia hormonal, a consulta deve abordar desejo de ter filhos: testosterona exógena pode suprimir a produção de espermatozoides. O posicionamento SBU/SBEM/ABEMSS recomenda avaliação reprodutiva antes do tratamento quando há interesse em fertilidade. [45] Não presumir parceria, prática sexual ou desejo reprodutivo.

Uma ação de vacinação que resolve dúvidas práticas

A revisão vacinal do adulto deve ir além do HPV. O calendário SBIm 2026–2027, dos 20 anos aos 60+, apoia a avaliação conforme idade, histórico vacinal e condições clínicas. Inclui, entre outras, influenza, hepatite B e proteção contra tétano e difteria, conforme indicação e esquema. [40] A equipe deve conferir os registros, definir necessidades e orientar onde completar a vacinação. O gestor não precisa receber condições clínicas ou listas de elegibilidade individual.

Recomendação da SBIm, oferta pelo PNI e cobertura contratada são informações diferentes. Antes de divulgar, confirme o que está disponível na rede pública e no benefício privado, para quem e em qual serviço. Estratégias temporárias precisam de validade visível e atualização ao final do prazo. A indicação clínica não equivale, por si só, a uma garantia de custeio ou disponibilidade local. [18,40]

Quando a dúvida aparece em um evento coletivo

Se alguém fizer uma pergunta íntima durante a palestra, acolha sem aprofundar a história pessoal em público. Explique o princípio geral e ofereça o canal reservado. Como regra editorial, perguntas anônimas devem ser moderadas para remover dados que identifiquem a pessoa. O encontro educativo pode facilitar o primeiro contato, mas não é ambiente para concluir diagnósticos.

11 Saúde do homem ao longo da vida laboral

A PNAISH inclui acesso, saúde sexual e reprodutiva, paternidade, condições prevalentes e prevenção de violências e acidentes. A campanha pode funcionar como entrada para uma agenda anual, organizada por necessidades e barreiras concretas. A matriz abaixo é uma proposta de gestão, não um calendário clínico universal. [1]

Necessidade	Oferta e organização do trabalho	Como acompanhar
Entrada na vida laboral	Orientação de acesso, vacinação e prevenção de acidentes; atendimento reservado.	Existência de canal e compreensão do próximo passo.
Paternidade e cuidado familiar	Informação sobre serviços e condições para participar do cuidado, conforme regras aplicáveis.	Barreiras de horário e solicitações resolvidas.
Condições crônicas	Atenção primária, continuidade de medicamentos e revisão de dificuldades.	Consultas de seguimento e pendências assistenciais.
Sono e fadiga	Avaliação clínica de queixas e revisão de jornadas, pausas e tarefas críticas.	Medidas organizacionais implementadas e reavaliadas.
Envelhecimento e funcionalidade	Avaliação individual, prevenção e adequação de demandas físicas e cognitivas.	Capacidade funcional e ajustes necessários.
Câncer e reabilitação	Navegação durante investigação, tratamento e retorno.	Plano de cuidado, adaptações e revisões pactuadas.

Sexualidade e envelhecimento sem simplificações

O posicionamento conjunto SBU/SBEM/ABEMSS de 2026 requer sinais ou sintomas compatíveis e confirmação bioquímica, com testosterona total matinal em jejum em dois dias distintos. Recomenda contra rastreamento hormonal da população geral. [45] A Endocrine Society adota princípios convergentes. [43] Cansaço ou envelhecimento, isoladamente, não estabelecem indicação de reposição; a investigação considera doenças, medicamentos e contexto.

Equidade na rotina

Rever acesso de trabalhadores externos, turnos noturnos e unidades com rede limitada. Convites devem acolher diferentes configurações familiares e identidades, sem presumir órgãos, práticas sexuais ou responsabilidades de cuidado. O eixo organizador é a necessidade da pessoa, com privacidade.

Saúde hormonal com avaliação clínica e contexto

Na nota de agosto de 2026, a SBU ressalta que cansaço, irritabilidade e baixa disposição têm causas diversas, incluindo distúrbios do sono e condições metabólicas. A melhora desses sintomas não pode ser atribuída automaticamente à reposição hormonal. [46] A comunicação deve encaminhar para avaliação, sem promover painéis hormonais ou tratamento por idade, aparência ou promessa de desempenho.

O hipogonadismo funcional pode acompanhar obesidade e outras condições clínicas; investigar e tratar causas reversíveis faz parte da avaliação. [45] Como proposta de acesso, o programa deve oferecer consulta reservada e continuidade, sem campanhas de dosagem em massa. O médico define investigação, indicação e monitoramento; RH e liderança não recebem resultados hormonais nem metas de tratamento.

Paternidade e cuidado como parte da agenda

A PNAISH inclui paternidade e cuidado entre seus eixos. [1] Na organização, isso pode se traduzir em informação sobre os canais de saúde da família, oportunidades de educação e orientação sobre procedimentos internos aplicáveis. A proposta é reconhecer homens também como cuidadores, sem restringir a campanha ao papel de provedor ou tratar o cuidado familiar como responsabilidade exclusivamente feminina.

Preparar a transição entre etapas

Mudança de função, transferência de unidade, alteração de benefício e desligamento podem interromper um acompanhamento. Dentro do escopo de cada serviço, convém orientar a pessoa sobre como manter seus registros e localizar o próximo ponto de cuidado. Nenhuma dessas transições deve depender de uma lista informal de diagnósticos compartilhada entre gestores.

A revisão periódica do programa deve perguntar quais necessidades ficaram de fora. Relatos de quem já buscou ajuda e de quem ainda não conseguiu acessar podem orientar melhorias diferentes. Essa escuta deve ter finalidade clara, participação voluntária e devolutiva sobre o que será possível mudar.

12 PCMSO, PGR e limites da atuação empresarial

O PCMSO organiza a vigilância da saúde relacionada aos riscos ocupacionais e a avaliação de aptidão para as funções. A NR-7 prevê que exames complementares adicionais estejam relacionados aos riscos classificados no PGR e sejam tecnicamente justificados. Uma campanha de próstata não cria, por si só, uma indicação ocupacional de PSA. [13]

Instrumento	Finalidade	Aplicação neste programa
PGR	Identificar e gerenciar riscos do trabalho.	Rever exposições, organização e medidas de prevenção.
PCMSO	Vigilância médica ocupacional e aptidão.	Integrar achados pertinentes, avaliar função e coordenar retorno.
Cuidado assistencial	Investigar sintomas e prevenir ou tratar doenças.	Consulta, decisão compartilhada, tratamento e seguimento.
Campanha	Informar e facilitar acesso.	Convites, orientação, canais e redução de barreiras.

O exame ocupacional pode ser uma oportunidade de acolhimento e orientação. Ele não deve ser apresentado como avaliação completa de todas as necessidades de saúde. O trabalhador precisa compreender o que foi examinado, o que exige seguimento e como acessar a rede.

Aptidão e diagnóstico são decisões distintas

Ter câncer ou estar em investigação não significa incapacidade automática. O médico do trabalho avalia as exigências da atividade, a condição funcional, os riscos e as adaptações necessárias. A equipe assistente conduz a investigação e o tratamento, com articulação autorizada e pertinente entre os serviços.

Exposições e causalidade

A análise de possível relação entre doença e trabalho requer história ocupacional, caracterização da exposição, evidências e avaliação individual. Não atribuir causalidade a uma profissão apenas pela ocorrência de um caso. Tampouco usar exames de campanha para compensar falhas nas medidas de prevenção.

Diretriz operacional: não condicionar admissão, ASO, promoção ou participação em benefícios à realização de PSA, toque retal ou divulgação de diagnóstico.

Integração exige fronteiras compreensíveis

A mesma equipe pode atuar em atividades assistenciais e ocupacionais, mas o trabalhador precisa compreender o objetivo de cada contato. Uma consulta para investigar sintomas responde a uma pergunta diferente da avaliação de aptidão para uma tarefa. Propomos que convites, formulários e orientações descrevam a finalidade e o destino das informações de forma coerente.

Quando um achado assistencial tiver repercussão funcional, a articulação deve transmitir o necessário para avaliar a atividade, respeitando sigilo e regras aplicáveis. Isso não exige circular o prontuário completo. Da mesma forma, uma conclusão ocupacional não deve ser usada pela campanha como prova de que todas as necessidades de saúde foram avaliadas.

Caso de interface entre cuidado e atividade real

Exemplo fictício: um trabalhador em investigação urológica realiza longos deslocamentos e relata dificuldade de acesso a sanitários. A equipe assistencial avalia a queixa; a saúde ocupacional examina a repercussão funcional; a operação verifica como viabilizar pausas e locais adequados. O gestor recebe a orientação necessária à adaptação, sem precisar conhecer hipóteses diagnósticas ou resultados.

O que revisar no desenho do programa

Verifique se há mistura de listas de exames de campanha com convocações obrigatórias do PCMSO, se a não participação gera cobrança e se a comunicação promete “liberação médica completa”. Essas situações podem produzir confusão sobre a finalidade do cuidado. A revisão deve envolver o médico responsável e as áreas competentes, mantendo coerência entre texto, prática e registros.

O PGR deve conter, no mínimo, inventário de riscos e plano de ação, observadas as disposições de aplicação da NR-1. [44] O PCMSO deve considerar os riscos ocupacionais identificados e classificados no PGR. [13] A proposta consultiva deste guia organiza responsabilidades e acompanhamento, sem transferir obrigações dos responsáveis ou comprovar conformidade por si só. Dados assistenciais e ocupacionais exigem finalidade, pertinência e sigilo.

13 Direitos, informação e confidencialidade

A Lei nº 15.377/2026 acrescentou à CLT a obrigação de disponibilizar informações sobre campanhas oficiais de vacinação, HPV e cânceres de mama, colo do útero e próstata, em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde, além de conscientização e orientação sobre acesso a serviços diagnósticos. [14]

O art. 473, XII, da CLT prevê até três dias em cada doze meses de trabalho para exames preventivos de câncer, devidamente comprovados, sem prejuízo do salário. A nova lei também reforça o dever de informar sobre a possibilidade de ausência para os exames referidos. O procedimento administrativo deve ser claro e preservar a confidencialidade. [14,15]

Dados clínicos exigem proteção específica

A LGPD classifica dados de saúde como dados pessoais sensíveis. A operação deve definir finalidade, base legal adequada, necessidade, acessos e medidas de segurança. Consentimento não é uma autorização genérica para compartilhar prontuários, e relações de trabalho exigem atenção especial à liberdade de escolha. [16]

Quem	Informação necessária à função
Equipe clínica	Dados necessários ao atendimento, em prontuário protegido.
Navegação assistencial	Dados mínimos para executar o plano e remover barreiras.
RH e benefícios	Informações administrativas estritamente necessárias ao acesso.
Gestor	Orientações funcionais e adaptações pertinentes, sem detalhes íntimos.
Diretoria e comunicação	Indicadores agregados, com controle de reidentificação.

Proposta de governança: manter listas de campanha separadas dos prontuários, aplicar perfis de acesso, registrar compartilhamentos e definir retenção com o encarregado de dados. Pequenos grupos, cruzamentos de variáveis e relatos de caso podem identificar uma pessoa mesmo sem nome; suprimir ou agregar quando necessário.

Participação em palestra, vacinação ou consulta não deve ser usada como medida de comprometimento profissional. Os materiais públicos não devem revelar histórias clínicas sem autorização específica e livre.

Transformar o dever de informar em um procedimento utilizável

Um texto no mural não resolve sozinho a dúvida de quem precisa sair para um exame. Propomos que RH esclareça o canal de solicitação, a documentação administrativa necessária e quem responde a situações excepcionais, com validação jurídica quando pertinente. O procedimento deve ser conhecido pelas lideranças de todos os turnos e aplicado com consistência.

O guia não amplia nem restringe direitos por meio de exemplos. Situações que envolvam consultas, tratamentos, outros afastamentos ou regras coletivas precisam ser analisadas conforme seu enquadramento. Não resumir diferentes hipóteses administrativas à mesma regra de exames preventivos de câncer.

Um incidente simples revela uma falha de processo

Exemplo fictício: um trabalhador envia espontaneamente o laudo ao gestor para justificar a ausência. Propomos orientar o uso do canal adequado, restringir a circulação e acionar o procedimento de privacidade da organização. O fato de o titular ter enviado o documento não cria necessidade de compartilhá-lo com a equipe ou de guardá-lo em uma pasta geral.

Proteção também depende do desenho do relatório

Retirar nomes não garante anonimização. Uma combinação de unidade pequena, faixa etária, função e motivo de encaminhamento pode permitir reconhecimento. A ANPD destaca o tratamento específico exigido para dados sensíveis; a definição da base legal deve considerar a operação concreta, sem usar legítimo interesse como justificativa genérica para dados de saúde. [20]

Como proposta de controle, estabeleça quem recebe cada painel, qual decisão será apoiada, quando grupos devem ser agregados e quem pode autorizar detalhamento adicional. Não existe um número mínimo de pessoas que torne qualquer tabela automaticamente segura: a possibilidade de reidentificação depende do contexto e das demais informações disponíveis.

14 Arquitetura do programa e responsabilidades

A proposta AzevedoNetto organiza o programa em seis frentes: governança, prevenção e condições de trabalho, acesso assistencial, navegação, comunicação e avaliação. Cada frente precisa de responsável, recurso disponível e evidência de execução.

Entrega	Aprova e responde	Executa	Consulta
Protocolo clínico e conteúdo	Responsável médico	Equipe de saúde	Rede assistencial
Agenda e rede	Gestão de benefícios	Operação de benefícios	Saúde e prestadores
Navegação	Coordenação assistencial	Enfermagem ou equipe habilitada	Médico assistente
Condições de trabalho	Liderança responsável	Operação e SST	Trabalhadores e saúde
Comunicação	Gestão do programa	Comunicação interna	Revisão médica
Proteção de dados	Controlador de dados	Equipes autorizadas	Encarregado e jurídico
Painel de resultados	Gestão de saúde	Analista autorizado	Clínica e privacidade

Reunião de preparação

Pactuar população atendida, orçamento, capacidade da rede, escalonamento de problemas, critérios de priorização e comunicação. A matriz acima é uma sugestão de distribuição de papéis; deve ser ajustada ao porte e à estrutura da empresa. Manter um único responsável final por cada entrega.

Reunião semanal durante a campanha

Revisar demanda, espera, faltas, barreiras, encaminhamentos pendentes e eventos de privacidade. Registrar decisão, responsável e prazo. Relatos individuais só entram em reuniões clínicas autorizadas, quando necessários à assistência.

Como contratar prestadores

Solicitar capacidade de atendimento por território e turno, estratégia de seguimento, critérios clínicos, acessibilidade e evidências de segurança da informação. Contratos devem permitir avaliar acesso e continuidade. Evitar remuneração ou bonificação vinculada apenas ao volume de PSA, biópsias ou outros exames.

Pergunta de auditoria: se a campanha gerar o dobro da procura prevista, quem absorverá a demanda e como serão protegidos os casos com maior necessidade clínica?

Responsabilidade precisa sobreviver às transferências

O programa pode envolver um fornecedor de comunicação, uma clínica, uma operadora e uma equipe interna. Entre essas partes surgem intervalos em que todos consideram sua própria tarefa concluída e ninguém acompanha o próximo passo. Propomos mapear as transferências explicitamente: o que é enviado, quem confirma o recebimento e quando a responsabilidade muda.

A coordenação do programa acompanha a operação; a prioridade e as decisões clínicas permanecem no serviço assistente. Quando um problema exige mais capacidade ou alteração de contrato, deve existir uma rota de escalonamento para quem pode decidir sobre recursos. Uma planilha de pendências sem poder de resolução tende a apenas documentar a espera.

Pauta de uma reunião que termina em decisões

Pergunta	Saída esperada
O que impediu acesso nesta semana?	Barreira descrita e responsável pela correção.
Há pendência sem responsável ou com rota interrompida?	Transferência confirmada ou escalonamento.
A oferta anunciada continua compatível com a capacidade?	Manutenção, expansão ou ajuste da divulgação.
Que decisão exige a diretoria?	Alternativas, recurso necessário e consequência de adiar.

A ata proposta deve registrar decisão, justificativa, responsável e condição de revisão. Não precisa conter nomes ou diagnósticos dos trabalhadores. Quando uma discussão clínica for necessária, ela deve ocorrer no ambiente apropriado e com acesso restrito.

O acompanhamento também precisa reconhecer entregas concluídas. Mostrar quais barreiras foram removidas e como a jornada mudou ajuda a equipe a compreender o propósito do esforço, sem transformar histórias de adoecimento em peças de divulgação.

15 Contratação de serviços e critérios de aceite

Uma proposta que promete palestra, plataforma e exames ainda precisa demonstrar quem atenderá, como os achados serão acompanhados e quais registros comprovarão a entrega. A matriz é um instrumento proposto pela AzevedoNetto para RH, Saúde, Compras e Jurídico avaliarem o serviço em conjunto.

Entrega contratada	Critério de aceite proposto	Evidência verificável
Conteúdo e educação	Revisão médica, fontes, linguagem acessível e coerência com MS.	Versão aprovada, autoria e data.
Acesso assistencial	Rede e agenda disponíveis por localidade e turno.	Teste de agendamento e capacidade ofertada.
Navegação	Responsável, escalonamento e definição de encerramento.	Relatório agregado de pendências e motivos.
Prazos de serviço	Marco inicial, suspensão, prazo e exceções definidos.	Mediana, P90 e casos ainda abertos.
Privacidade	Papéis, perfis de acesso e uso dos dados pactuados.	Contrato, trilhas de acesso e plano de incidentes.
Continuidade	Responsabilidade após novembro e na troca de prestador.	Plano de transição e seguimento.
Qualidade	Correção de não conformidades e reavaliação.	Plano de ação com prazo e responsável.

Como pactuar SLAs sem comprometer a clínica

Separar resposta administrativa de prioridade clínica. O prazo para responder a um pedido não é o prazo adequado para qualquer sintoma. Definir urgências no protocolo assistencial e pactuar o acesso da rede segundo necessidade e capacidade. Prever o que ocorre quando a oferta não absorve a demanda.

Perguntas para a diligência do fornecedor

Quem é o responsável técnico? O serviço recebe os resultados que precisam de seguimento? Como evita perda de contato? O contratante pode verificar a entrega por dados agregados? Há cobrança por volume de exames capaz de induzir uso inadequado? Quais dependências e exclusões foram explicitadas?

Aceitar uma entrega exige evidência compatível com o escopo. Número de mensagens disparadas comprova comunicação; não comprova consulta, decisão compartilhada ou resolução assistencial.

Comparar propostas pelo percurso que entregam

Exemplo fictício: um fornecedor oferece palestra e coleta de exames; outro oferece consulta, orientação e navegação, com procedimentos cobrados conforme indicação. O preço total não é comparável enquanto população, escopo, seguimento e exclusões forem diferentes. Antes de pontuar fornecedores, descreva a jornada que a organização precisa sustentar e solicite que cada proposta responda ao mesmo conjunto de requisitos.

Pergunta de diligência	O que a resposta deve esclarecer
Qual necessidade será resolvida?	População, território, objetivo e limites do serviço.
O que ocorre após um resultado que demanda avaliação?	Responsável clínico, comunicação, rede e continuidade.
Qual a capacidade real de atendimento?	Agenda, equipe, sazonalidade e plano para aumento de procura.
Como uma falha será corrigida?	Escalonamento, prazo administrativo e evidência de resolução.
Como ocorrerá a transição de contrato?	Transferência segura de pendências e informações pertinentes.

Critério de aceite com evidência suficiente

Para uma entrega educativa, é possível verificar conteúdo aprovado, execução e avaliação de compreensão. Para navegação, é necessário definir o que caracteriza uma etapa concluída e como pendências são apresentadas. Um relatório de contatos realizados não comprova que a pessoa conseguiu atendimento; um comprovante de consulta também não comprova que a investigação indicada foi concluída.

Propomos testar o serviço com cenários fictícios antes da ampliação: trabalhador noturno, usuário sem acesso digital, mudança de telefone e dificuldade de autorização. Registre onde a jornada falhou e exija correção compatível com o escopo. O teste não substitui auditoria clínica, mas torna verificáveis promessas que, no papel, parecem equivalentes.

16 Acesso, equidade e desenho de benefícios

O mesmo convite pode produzir oportunidades muito diferentes. Quem trabalha à noite, viaja, atua em campo, mora longe da rede ou enfrenta custos indiretos pode ter dificuldade para transformar orientação em consulta. A campanha deve ser desenhada a partir dessas condições concretas.

Barreira	Resposta proposta	Como verificar
Horário	Agenda em turnos alternativos e orientação de liberação.	Tempo até consulta por turno.
Distância	Mapeamento de UBS e rede; apoio logístico quando viável.	Solicitações sem oferta na região.
Custo	Revisão de coparticipação e apoio a navegação.	Desistências por custo informado.
Informação	Linguagem simples, áudio e apoio presencial.	Usuário consegue explicar o próximo passo.
Estigma	Canal reservado e convite sem coerção.	Experiência e relatos de constrangimento.
Acessibilidade	Material legível, atendimento acessível e adaptação de canais.	Teste da jornada por pessoas com necessidades distintas.

Inclusão orientada à necessidade clínica

As necessidades de cuidado dependem dos órgãos presentes, dos tratamentos prévios e da avaliação individual. Isso também se aplica a homens trans, mulheres trans e pessoas não binárias. O cadastro de gênero não permite inferir anatomia. A proposta de atendimento deste guia é respeitar nome, identidade e privacidade, preservando informação compreensível, autonomia e ausência de discriminação. [33]

Famílias e trabalhadores de diferentes vínculos

Definir com transparência quais serviços estão disponíveis a empregados, dependentes e terceiros. Onde não houver benefício contratado, fornecer orientação realista sobre a rede pública e canais existentes. Evitar anunciar uma cobertura que o contrato não oferece.

O desenho de benefícios precisa prever a jornada completa. Uma consulta inicial sem acesso à avaliação complementar, ao tratamento ou ao retorno tende a deslocar o problema. Identificar exclusões, exigências administrativas e pontos de transição antes de divulgar a campanha.

Proposta de avaliação: comparar acesso e abandono apenas com finalidade definida, dados adequados e proteção contra reidentificação. Diferenças entre grupos orientam a investigação de barreiras; não demonstram, isoladamente, uma causa nem permitem julgar indivíduos. [16,20]

Equidade requer investigar onde o percurso se interrompe

O Ministério da Saúde reconhece desigualdades étnico-raciais de acesso e propõe medidas para enfrentá-las. [25] Neste guia, equidade significa investigar obstáculos e organizar respostas proporcionais à necessidade, preservando igual respeito. A identidade de uma pessoa não permite presumir doença, comportamento, adesão, capacidade ou interesse em cuidar da saúde.

Uma agenda igualmente disponível no sistema pode ser pouco acessível para quem depende de transporte, tem menor autonomia sobre a escala ou encontra atendimento desrespeitoso. Propomos combinar indicadores agregados com escuta voluntária sobre obstáculos. A finalidade deve ser corrigir o serviço e não classificar grupos como menos interessados em cuidar da saúde.

Medidas universais e respostas proporcionais

Pessoas com deficiência devem participar das decisões sobre o próprio cuidado. Verifique acesso físico, informação compreensível, recursos de comunicação e apoio solicitado. Dirija-se à pessoa e preserve sua autonomia; a presença de acompanhante não transfere automaticamente a decisão. Deficiência não permite presumir dependência ou incapacidade. Teste o percurso do convite ao retorno, com adaptações razoáveis conforme a necessidade. [35]

Quando necessária para uma finalidade legítima, a coleta de raça ou cor deve ser autodeclarada, com base legal adequada, explicação de uso, acesso restrito e proteção contra reidentificação. Não inferir esse dado por fotografia ou nome, nem transferi-lo para decisões de RH ou comunicação. Sem governança suficiente, não iniciar coleta na campanha. [16,20,34]

Acesso ao cuidado e processos PcD têm finalidades próprias

Acesso ao cuidado e acessibilidade respondem à necessidade da pessoa e não dependem de conclusão sobre reserva de vagas. A LBI protege autonomia, saúde e igualdade de oportunidades. [35] A análise documental PcD tem finalidade própria: identificar suporte e lacunas para a etapa competente. Pendência documental não define competência profissional. A campanha deve acolher a demanda e remover barreiras, sem decidir contratação ou enquadramento.

17 Tratamento, reabilitação e retorno ao trabalho

Tratamentos do câncer de próstata podem afetar continência, função sexual, energia e qualidade de vida. Reabilitação e suporte devem acompanhar o plano terapêutico. As necessidades variam conforme tratamento, condição prévia e preferências do paciente. [17]

A NR-7 estabelece exame de retorno antes da reassunção das funções quando o afastamento por doença ou acidente for igual ou superior a 30 dias e prevê avaliação da necessidade de retorno gradativo. O planejamento funcional deve considerar a atividade real exercida. [13]

Aspecto funcional	Possível adaptação a avaliar
Fadiga e tolerância ao esforço	Ajustar carga, pausas e tarefas; reavaliar a progressão.
Sintomas urinários	Facilitar acesso a sanitários, pausas e condições de higiene.
Consultas e tratamento	Organizar horários e previsibilidade das ausências.
Demandas físicas	Rever movimentação de cargas e esforço conforme avaliação médica.
Impacto emocional	Oferecer apoio reservado e acompanhamento assistencial.
Atividades críticas	Avaliar atenção, medicamentos e segurança de forma individual.

Plano de retorno compartilhado

Registrar função, tarefas prioritárias, limitações funcionais, adaptações, duração inicial e data de revisão. O trabalhador participa do planejamento; o gestor recebe o necessário para executar as adaptações. Detalhes de tratamento e vida sexual não fazem parte da comunicação operacional.

Proposta de acompanhamento: contato na primeira semana e revisões em 30, 60 e 90 dias, ajustadas à necessidade. Esses marcos são organizacionais, não prazos obrigatórios de recuperação. Avaliar sustentabilidade, experiência e necessidade de mudança no plano.

A campanha deve prever apoio a quem já vive com câncer, inclusive durante investigação, vigilância ativa, tratamento e reabilitação. A qualidade do programa também aparece depois do diagnóstico.

A decisão terapêutica também envolve o modo de viver

O câncer de próstata reúne situações clínicas distintas. Vigilância ativa pode ser indicada para pessoas selecionadas, com acompanhamento estruturado e possibilidade de tratamento quando necessário. Observação expectante tem outro propósito, centrado no controle de sintomas em contextos apropriados. Nenhuma dessas estratégias significa simplesmente “não cuidar”. A escolha depende de risco da doença, condição geral, expectativa de vida e preferências. [26]

A SBOC oferece, em sua diretriz final de 2026 sobre câncer de próstata avançado, uma referência brasileira para decisões terapêuticas especializadas. Seu escopo é tratamento da doença avançada; não define regras de rastreamento ou aptidão laboral. [42] Na organização, quem está em vigilância, reabilitação ou tratamento sistêmico pode precisar de apoios diferentes. Consultas e adaptações devem acompanhar a jornada real, sem prazo corporativo único de recuperação.

Qualidade de vida precisa entrar na avaliação

A EAU destaca consequências urinárias, sexuais, emocionais e funcionais do tratamento e recomenda abordagem multidisciplinar. Na terapia de privação androgênica, também merecem atenção os efeitos metabólicos, ósseos e sobre a capacidade física. O plano assistencial deve considerar esses componentes, além do controle oncológico. [17]

Para a saúde ocupacional, interessa compreender o que a pessoa consegue fazer e em quais condições. Propomos traduzir necessidades em ajustes concretos: previsibilidade de pausas, acesso a sanitários, redistribuição temporária de tarefas, horários compatíveis com o tratamento e reavaliação. A definição deve ser individualizada e dialogada, sem divulgar efeitos íntimos à liderança.

O que a evidência diz sobre retorno ao trabalho

Uma revisão Cochrane de 2024 encontrou evidência de certeza moderada de que intervenções físicas e multidisciplinares provavelmente aumentam o retorno ao trabalho de pessoas com câncer. Para intervenções multidisciplinares, o risco relativo foi 1,23, com IC95% de 1,09 a 1,33, em seis ensaios com 497 participantes. Os estudos abrangem diferentes cânceres; o resultado não deve ser apresentado como estimativa específica para câncer de próstata ou como garantia individual. [24]

Caso para planejar um retorno sustentável

Exemplo fictício: após tratamento, uma pessoa consegue executar parte das tarefas, mas relata fadiga no final do turno e preocupação com perdas urinárias. Um retorno integral sem escuta pode tornar a rotina difícil mesmo quando há desejo de voltar. A equipe avalia função e segurança; trabalhador e gestão combinam ajustes e revisão. O objetivo é sustentar a participação com condições adequadas, e não antecipar um marco administrativo.

No acompanhamento, pergunte se o plano está funcionando, se surgiram novas barreiras e se a carga precisa mudar. Um retorno registrado no sistema não encerra automaticamente a reabilitação. A continuidade deve permitir correções sem que a pessoa precise provar novamente toda a sua história.

18 Indicadores que medem cuidado

O painel deve responder se as pessoas conseguiram acessar, compreender e continuar o cuidado. Alcance de comunicação é um indicador de processo, não de redução de mortalidade. Publicar a definição de cada medida, a fonte e as limitações.

Indicador	Definição operacional proposta
Acesso inicial	Pessoas com primeira consulta realizada ÷ pessoas que solicitaram atendimento, no período.
Espera	Mediana e percentil 90 de dias entre solicitação e consulta; informar pendências ainda abertas.
Continuidade	Encaminhamentos com etapa prevista realizada ÷ encaminhamentos com etapa vencida no período.
Barreiras resolvidas	Demandas administrativas solucionadas ÷ demandas recebidas, por tipo de barreira.
Decisão documentada	Discussões de rastreamento com registro dos elementos acordados ÷ registros auditados.
Experiência	Proporção de respondentes que compreendem seu próximo passo; informar taxa de resposta.
Retorno sustentável	Pessoas com plano de retorno revisto na data pactuada ÷ pessoas com revisão prevista.
Segurança	Incidentes de privacidade e respectivas ações corretivas.

Regras para interpretar

Usar coortes e janelas temporais coerentes. Excluir duplicidades, explicitar denominadores e registrar mudanças na definição. Uma taxa de continuidade aparentemente baixa pode refletir rede insuficiente, registro incompleto ou barreiras diferentes; investigar antes de atribuir uma causa.

Não usar positividade de PSA, número de cânceres encontrados ou volume de procedimentos como metas promocionais. Diagnósticos adicionais podem refletir maior investigação e não necessariamente maior benefício. Evitar prometer retorno financeiro ou vidas salvas sem desenho de avaliação que sustente a atribuição.

Exemplo de gestão: estabelecer a linha de base antes da implantação, acompanhar a operação semanalmente durante a mobilização e revisar acesso e continuidade nos ciclos seguintes. Metas numéricas devem ser pactuadas após conhecer capacidade e demanda.

Um denominador errado pode mudar a decisão

Exemplo fictício: 80 pessoas solicitaram consulta e 60 foram atendidas. O acesso observado nessa coorte é de 75%, desde que todos tenham o mesmo período de oportunidade e as regras de inclusão sejam claras. Se outras 20 solicitações chegaram no último dia e ainda não puderam ser atendidas, misturá-las sem explicação altera a interpretação. O relatório precisa mostrar entradas, concluídos e pendentes.

Na medida de espera, apresentar apenas quem já foi atendido pode ocultar as pessoas há mais tempo na fila. Propomos publicar mediana e P90 dos atendidos e, separadamente, quantidade e tempo de espera dos casos em aberto. Percentil 90 é o valor abaixo do qual se concentram aproximadamente 90% dos tempos observados; ele não representa um prazo garantido para cada pessoa.

Uma ficha por indicador

Campo	Definição a documentar
Pergunta de gestão	Qual decisão será apoiada e quem a tomará.
Cálculo	Numerador, denominador, unidade e regras de inclusão.
Tempo	Coorte de entrada, janela de seguimento e periodicidade.
Qualidade	Duplicidades, ausências, atraso de registro e fonte.
Privacidade	Agregação, acesso e condições de divulgação.
Resposta	Que resultado dispara investigação e qual ação é possível.

Uma melhora aparente pode resultar de mudança de cadastro ou exclusão de casos difíceis. Mantenha histórico das definições e apresente revisões metodológicas. Para experiência do usuário, informe quantos responderam e reconheça que não respondentes podem ter vivenciado barreiras diferentes.

A avaliação deve permitir aprendizado. Uma fila maior no início pode revelar demanda antes invisível; a resposta útil é comparar entrada, capacidade e prioridade, não suprimir a divulgação do problema. O indicador tem valor quando ajuda a mudar a operação.

19 Modelo de maturidade e orçamento

A maturidade é demonstrada pela capacidade de sustentar cuidado. A matriz abaixo é uma proposta de autoavaliação AzevedoNetto para orientar prioridades; não é uma escala clínica validada.

Nível	Situação observável	Próxima decisão
0 Ação isolada	Peças de comunicação sem porta de entrada definida.	Criar canal, responsável e rede.
1 Acesso inicial	Consulta disponível, mas seguimento pouco conhecido.	Definir navegação e fechar encaminhamentos.
2 Jornada organizada	Fluxos, responsáveis e critérios de priorização explícitos.	Medir espera, barreiras e experiência.
3 Gestão contínua	Painel consistente e revisão periódica da operação.	Reduzir desigualdades de acesso e melhorar contratos.
4 Integração	Prevenção, condições de trabalho, assistência e retorno articulados.	Avaliar resultados sustentados e atualizar o programa.

Distribuição do orçamento

Separar comunicação e educação, capacidade clínica, navegação, acesso logístico, proteção de dados e avaliação. Estimar a demanda em cenários baixo, central e alto. Registrar premissas como população atendida, procura esperada e capacidade semanal; não tratar uma taxa de adesão presumida como dado observado.

Critérios de priorização

- Corrigir primeiro barreiras que impedem atendimento e continuidade.
- Garantir capacidade de absorver a demanda antes de ampliar convites.
- Investir em material reutilizável e formação de lideranças.
- Reservar recursos para seguimento após novembro e retorno ao trabalho.

A revisão executiva deve registrar o que foi entregue, onde a jornada falhou e qual decisão será tomada. A avaliação pode começar simples, desde que tenha definições claras e não exponha pessoas.

Pergunta para a diretoria: quanto do investimento chega à capacidade de cuidar e quanto permanece apenas na divulgação?

Simulação de capacidade antes de contratar

Exemplo exclusivamente ilustrativo: para uma população elegível de 1.000 pessoas, a gestão estima procura inicial de 10%, 20% ou 30%. Os cenários correspondem a 100, 200 ou 300 solicitações, e não a prevalências de doença. Se houver 25 vagas semanais reservadas, a capacidade nominal em oito semanas será de 200 consultas, antes de considerar feriados, faltas, retornos e outras demandas.

No cenário central, utilizar toda essa capacidade para primeiras consultas deixaria pouco espaço para os retornos que o próprio programa pode gerar. A equipe precisa decidir se amplia oferta, escalona convites ou reserva parte das vagas para continuidade. A hipótese de procura deve ser revisada com a experiência, sem tratar o cenário como meta de adesão.

Como testar a maturidade com evidências

Para cada nível da matriz, solicite um exemplo verificável: canal testado, fluxo executado, encaminhamento concluído, indicador com definição ou melhoria reavaliada. Uma empresa pode ter boa comunicação e baixa capacidade de navegação ao mesmo tempo. Evite resumir dimensões distintas em uma nota que esconda a fragilidade mais importante.

Propomos registrar, por dimensão, situação atual, evidência, lacuna e próxima decisão. O plano deve escolher poucas melhorias que possam ser concluídas, com responsável e recurso. A maturidade aumenta quando o processo funciona de maneira consistente, inclusive em unidades menores e momentos de maior demanda.

Orçamento com premissas explícitas

Separe custo fixo de estruturação, custo variável de atendimento e reserva para continuidade. Explicite o que está incluído no preço e o que depende de outra cobertura. Uma campanha aparentemente barata pode transferir despesas e dificuldades ao trabalhador; a comparação precisa considerar o percurso completo e os limites de cada contrato.

20 Estratégia anual e governança do orçamento

A sustentação do programa depende de orçamento para atenção primária, rede de referência, navegação e ajustes no trabalho. O mês de novembro concentra comunicação; as pendências e necessidades clínicas seguem o calendário assistencial. O desenho abaixo é uma proposta operacional adaptável.

Período	Prioridade de gestão	Entrega esperada
Preparação	Conhecer população, barreiras e capacidade; validar conteúdo.	Linha de base e plano de execução.
Mobilização	Facilitar consultas e orientação; acompanhar a fila.	Painel semanal e decisões registradas.
Seguimento após a mobilização	Concluir etapas indicadas e rever barreiras persistentes.	Relatório de 30 e 90 dias.
Rotina contínua	Manter acesso, suporte funcional e prevenção.	Revisões trimestrais e melhoria de contratos.

Orçamento orientado à capacidade

Projetar procura em cenários e estimar consultas, navegação, logística, educação e avaliação separadamente. Registrar a premissa de adesão, o custo unitário e o limite de capacidade. Uma mudança de escopo, como adicionar novas unidades ou acompanhamento longitudinal, deve gerar revisão explícita de horas, entregas e recursos.

O que pode ser demonstrado

Apresentar custo por pessoa orientada ou atendida apenas com denominador e escopo claros. Usar indicadores de acesso, espera, continuidade e experiência. Redução de sinistralidade, absenteísmo ou mortalidade exige análise com horizonte e desenho apropriados; não atribuir causalidade a uma comparação simples antes e depois.

Como decidir a próxima melhoria

Cruzar gargalos operacionais com impacto esperado e esforço de implementação. Priorizar primeiro ausência de rota para urgências, falhas de privacidade e perda de seguimento de etapas indicadas. Em seguida, enfrentar desigualdades de acesso e qualidade da comunicação. Registrar a decisão e a evidência necessária para reavaliá-la.

O programa continua quando a campanha perde visibilidade

Ao final de um ciclo de comunicação, ainda pode haver pessoas aguardando consulta, retorno ou investigação indicada. Propomos que o encerramento administrativo da campanha seja separado do encerramento assistencial. Antes de reduzir equipe ou orçamento, verifique as pendências e confirme quem seguirá responsável por cada etapa.

A governança anual deve prever uma revisão periódica da capacidade, da experiência do usuário e das condições de trabalho. Não é necessário criar uma nova estrutura para cada tema de saúde. Quando já existe atenção primária ou navegação, o Novembro Azul pode fortalecer essa operação, com conteúdo específico e ajustes para necessidades identificadas.

Decidir expansão sem perder qualidade

Se o programa funcionou em uma unidade, a expansão deve considerar rede, turnos e diferenças locais. Propomos documentar o que dependeu de pessoas específicas, quais etapas foram padronizadas e onde o processo ainda exige apoio manual. Repetir o material de comunicação não garante repetir a capacidade de resposta.

A cada revisão, apresente três elementos à liderança: o problema observado, as alternativas viáveis e a evidência necessária para avaliar a escolha. Uma decisão pode ser ampliar navegação, ajustar o contrato, simplificar um canal ou rever uma barreira de escala. O orçamento deve acompanhar essa prioridade, com registro das premissas.

21 Implantação em qualquer época do ano

Esta matriz é uma sugestão de implantação do programa em qualquer época do ano. O início é definido pela organização; não há datas de calendário ou obrigação de lançamento em novembro. As semanas são posições relativas a partir do começo do projeto e podem ser ampliadas conforme porte, rede e recursos.

A lógica segue quatro movimentos: analisar o contexto, estruturar a resposta, desenvolver as pessoas e acompanhar a execução. Algumas atividades se sobrepõem. A divulgação ampla só deve começar quando o canal, a capacidade e a responsabilidade pelo seguimento estiverem confirmados.

Matriz de Gantt proposta

Etapa e entrega	Responsável sugerido	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
1 Diagnóstico do contexto e linha de base	Saúde e RH	A	A						
2 Rede e capacidade confirmadas	Benefícios e prestadores	A	A	A					
3 Fluxos clínicos e navegação	Coordenação assistencial		A	A	A				
4 Privacidade e critérios de aceite	Saúde, jurídico e privacidade		A	A	A				
5 Conteúdo e canais revisados	Comunicação e revisão médica			A	A				
6 Formação das equipes e líderes	Saúde e desenvolvimento			A	A	A			
7 Piloto e correção de falhas	Coordenação do programa				A	A			
8 Ampliação gradual do acesso	Saúde, rede e operação					A	A	A	A
9 Navegação e tratamento de barreiras	Equipe de navegação				A	A	A	A	A
10 Indicadores e decisão de melhoria	Gestão do programa				A	A	A	A	A

Legenda: A e célula azul indicam atividade prevista; célula vazia indica ausência de esforço programado nessa janela. S1 a S8 representam semanas relativas. A matriz é ilustrativa: ajuste duração, paralelismo e responsáveis sem comprimir etapas necessárias à segurança e à continuidade.

Marcos de decisão antes de avançar

Marco	Condição proposta para prosseguir
Contexto compreendido	Público, barreiras, demanda estimada e limites da oferta registrados.
Estrutura pronta	Canal testado, rede confirmada, fluxos definidos e responsabilidades aceitas.
Piloto avaliado	Falhas relevantes corrigidas e usuários conseguem compreender o próximo passo.
Ampliação autorizada pela gestão	Capacidade compatível com a procura e monitoramento de pendências em funcionamento.
Rotina incorporada	Responsável, orçamento e revisões periódicas mantidos depois da implantação.

Dependências que não devem ficar implícitas

O conteúdo depende da definição da oferta; a divulgação depende do teste do canal; a expansão depende da capacidade de absorver e acompanhar a procura. A formação pode começar antes do piloto e ser ajustada a partir dos problemas observados. Se um marco não estiver atendido, revise o plano e a escala da ação, sem avançar apenas porque chegou a semana prevista.

A navegação continua enquanto houver necessidade dentro do escopo pactuado. A última coluna não representa alta clínica nem encerramento automático dos encaminhamentos. Após a implantação, incorpore a revisão de indicadores e a atualização das fontes à rotina de gestão.

Como adaptar a matriz à realidade local

Em uma operação pequena, uma mesma equipe pode acumular tarefas, desde que os papéis sejam claros. Em várias unidades, mantenha um núcleo comum e permita ajustes por rede, horário e território. Registre para cada entrega: responsável nominal, recurso, dependência, evidência de conclusão e impedimento atual. Essa ficha dá utilidade à matriz, que sozinha mostra sequência, mas não garante execução.

Antes de publicar qualquer modelo dos capítulos seguintes, substitua os campos institucionais e teste os canais. Datas podem ser acrescentadas pela organização em seu plano interno; não fazem parte desta sugestão reutilizável.

22 Checklist de auditoria para a liderança de saúde

Use este instrumento antes do lançamento e ao encerrar o ciclo. A classificação sugerida é conforme, parcialmente conforme ou não conforme, sempre acompanhada de evidência, responsável e prazo. Trata-se de uma proposta de auditoria de processo; não é uma escala validada nem certificação.

Pergunta de verificação	Evidência mínima proposta
A mensagem distingue prevenção, rastreamento e diagnóstico?	Texto revisado com fontes e data.
Benefícios e danos do PSA são apresentados de forma equilibrada?	Roteiro de decisão compartilhada.
O canal funciona em todas as unidades e turnos?	Teste da jornada e mapa de cobertura.
A rede consegue absorver a demanda divulgada?	Agenda e capacidade confirmadas.
Há responsável por encaminhamentos pendentes?	Fila protegida com próximo passo definido.
O trabalhador sabe como solicitar ausência para exames?	Procedimento e comunicação acessíveis.
Gestores recebem apenas informações pertinentes à função?	Matriz de acessos e roteiro de liderança.
O prestador comprova as entregas contratadas?	Relatório com denominadores e critérios de aceite.
Há apoio funcional durante tratamento e retorno?	Plano individual e revisão pactuada.
O orçamento contempla o seguimento depois de novembro?	Responsável e recurso aprovados.
Os indicadores evitam exposição e metas de exames?	Dicionário e regra de agregação.
O uso de IA tem supervisão e rastreabilidade?	Fontes, revisão e controle de versões.

Tratamento da não conformidade

Descrever o desvio sem personalizar a culpa; identificar sua consequência; definir ação imediata quando necessária; investigar causa; pactuar ação corretiva e evidência de fechamento. Um canal inoperante ou uma fila sem responsável exige correção concreta antes de ampliar convites.

A síntese executiva deve mostrar os principais problemas, a decisão necessária e o recurso requerido. Percentuais de conformidade podem apoiar a leitura, mas não devem esconder uma falha crítica entre muitos itens formais atendidos.

Como aplicar sem transformar auditoria em ritual

Escolha uma amostra de jornadas e teste a correspondência entre o procedimento escrito e a execução, com acesso autorizado e proteção dos dados. Verifique também situações menos frequentes: usuário que não utiliza aplicativo, trabalhador externo, mudança de unidade e encaminhamento para outra rede. Uma resposta afirmativa no checklist deve apontar uma evidência concreta.

Propomos separar falhas críticas, que podem comprometer acesso, segurança ou privacidade, de oportunidades de melhoria. A classificação deve considerar consequência e contexto, não apenas a quantidade de itens. Um bom percentual geral não compensa um canal sem responsável ou uma lista de resultados clínicos acessível à liderança.

Registro de achado e reavaliação

Campo	Exemplo fictício
Achado	O canal anunciado não responde a trabalhadores do turno noturno.
Consequência	Parte do público não consegue iniciar o percurso oferecido.
Medida imediata	Divulgar rota alternativa funcional e orientar a equipe.
Correção	Rever cobertura de horários e responsabilidade de resposta.
Evidência de fechamento	Novo teste da jornada e revisão de solicitações pendentes.

Encerrar uma não conformidade exige verificar a correção, e não apenas receber uma mensagem de que a ação foi feita. Se o problema se repetir, a revisão deve procurar causas como capacidade insuficiente, responsabilidade ambígua ou contrato inadequado. A finalidade é melhorar o cuidado e a gestão, sem expor trabalhadores ou personalizar a culpa.

23 Convite institucional e fala da liderança

E-mail ou intranet de lançamento

Assunto: Novembro Azul — um convite para cuidar da sua saúde

Neste Novembro Azul, queremos facilitar seu acesso ao cuidado. A campanha inclui orientação sobre saúde do coração, saúde mental, vacinação, saúde sexual e prevenção do câncer de próstata, sempre considerando sua história e suas necessidades.

Você pode conversar com um profissional para organizar seus cuidados e esclarecer dúvidas sobre exames. A decisão sobre rastreamento da próstata deve ser informada e individualizada. Participar da campanha não exige realizar um exame específico nem compartilhar resultados com sua liderança.

Para orientação e agendamento, utilize [CANAL CONFIDENCIAL], disponível em [HORÁRIOS]. Consulte [LINK DA REDE] para conhecer os serviços disponíveis e [CANAL ADMINISTRATIVO] para esclarecer o procedimento de ausência para exames preventivos. Se houver sintomas, procure avaliação sem esperar uma ação de campanha.

Nosso compromisso é apoiar o acesso e a continuidade do cuidado. A programação está em [LINK DA PROGRAMAÇÃO]. Conte com a equipe de saúde.

Fala da liderança em aproximadamente 90 segundos

“Nossa campanha de Novembro Azul começa com uma responsabilidade prática: criar condições para que as pessoas cuidem da saúde. Vamos divulgar os canais, organizar o trabalho para permitir o acesso e apoiar quem precisa de acompanhamento. Cada pessoa tem uma história, e a decisão sobre exames pertence à conversa com a equipe clínica. Ninguém precisa expor diagnósticos ou resultados à liderança para participar. Se você encontrar uma barreira de horário ou de acesso, procure o canal indicado. E, se houver algo na organização do trabalho que esteja dificultando seu cuidado, queremos identificar e corrigir esse problema.”

Texto curto para cartaz ou tela

NOVEMBRO AZUL
Sua saúde merece tempo e acompanhamento.
Converse sobre prevenção, exames, vacinação e bem-estar.
Orientação e acesso: [CANAL] | [HORÁRIOS]

Revisão de uso: substituir todos os campos, conferir funcionamento dos links e ajustar a fala à capacidade real da empresa. Não prometer sigilo absoluto sem explicar os limites assistenciais e legais pertinentes.

Quando o convite precisa reconhecer uma dificuldade

Modelo para equipes com pouco tempo disponível: “Sabemos que conciliar consulta, deslocamento e trabalho nem sempre é simples. Por isso, o canal [CANAL] vai orientar sobre os serviços disponíveis e sobre dificuldades de acesso. A liderança recebeu instruções para tratar solicitações administrativas com respeito à privacidade. Se você já tem um acompanhamento, não espere uma nova campanha para continuar: procure o serviço responsável e, se precisar de apoio, fale com [NAVEGAÇÃO].”

Resposta da liderança a uma preocupação com exposição

“Você não precisa me contar o diagnóstico ou mostrar o resultado para conversarmos sobre a organização do trabalho. Vamos verificar o procedimento administrativo e o canal de saúde adequado. Se houver uma orientação funcional para ajustes na atividade, a equipe competente nos ajudará a definir o necessário.”

Adapte a fala ao procedimento efetivamente vigente. Não prometa cobertura, dispensa ou horário que ainda não tenham sido aprovados. Uma mensagem humana é específica sobre o apoio que existe e honesta sobre seus limites.

Validação antes do disparo

Peça a alguém que não participou da elaboração para localizar o canal, entender a oferta e explicar o próximo passo. Verifique se há alternativa para quem não acessa a intranet e se o convite chega a todos os turnos. Se a pessoa entender que precisa fazer PSA para participar, o texto deve ser revisto, mesmo que a equipe técnica considere a ressalva presente no rodapé.

24 Pílulas de intranet sobre prevenção e exames

01 Saúde do homem cabe na rotina

O cuidado pode começar por uma conversa: quais necessidades estão sendo adiadas e o que dificulta buscar ajuda? Neste mês, conheça os canais disponíveis e organize seu próximo passo com a equipe de saúde. Acesse [CANAL].

02 Consulta é espaço para perguntas

Leve suas dúvidas, medicamentos em uso e informações sobre doenças na família. Uma boa consulta ajuda a priorizar o que faz sentido para você e a combinar acompanhamento. Agende orientação em [CANAL].

03 Um exame não resume a saúde

Saúde do coração, saúde mental, vacinação e saúde sexual também merecem atenção. O Novembro Azul convida a olhar para o conjunto. Converse com a equipe sobre o que precisa de cuidado agora. [CANAL].

04 PSA pede uma decisão informada

O rastreamento da próstata pode trazer benefícios e danos. Antes de realizar PSA sem sintomas, converse sobre sua história, as alternativas e o que aconteceria diante de uma alteração. A decisão deve ser individualizada. Orientação: [CANAL]. [3,4]

05 Sintomas merecem avaliação

Dificuldade para urinar ou sangue na urina precisam ser avaliados. Esses sinais podem ter diferentes causas; não conclua sozinho que se trata de câncer e não adie a procura de cuidado. Atendimento: [CANAL]. [3]

06 Recebeu um resultado e ficou em dúvida?

Procure a equipe que solicitou o exame para compreender o resultado e o próximo passo. Se houver dificuldade para agendar o seguimento, peça apoio em [CANAL DE NAVEGAÇÃO]. Seu gestor não precisa receber o laudo.

Peças prontas para adaptação. Publicar com canal ativo, contraste adequado e alternativa textual para imagens. Manter as referências na versão editorial ou em link de apoio à publicação.

Sequência editorial orientada por necessidades

As seis peças podem ser publicadas em uma sequência flexível: abrir a conversa, explicar a consulta, ampliar a visão de saúde, discutir exames, orientar diante de sintomas e apoiar o seguimento. Cada mensagem deve conduzir a uma ação possível. Não é necessário publicar uma peça por dia; o ritmo deve acompanhar a capacidade de responder às demandas.

Para públicos com menor acesso digital, transforme a mesma mensagem em áudio curto, cartão impresso legível ou fala de abertura de reunião, mantendo uma alternativa reservada para perguntas. A forma pode mudar; a distinção entre orientação e indicação de exame precisa permanecer.

Perguntas que ajudam a revisar a peça

A pessoa entende a mensagem sem conhecer o termo rastreamento? O texto sugere que todos precisam realizar o mesmo exame? O canal funciona para o público anunciado? O exemplo respeita quem já tem doença ou decidiu não rastrear? A fonte de apoio permite conferir a afirmação? Essas perguntas são uma proposta de revisão editorial, não um teste validado.

Evite usar cliques como único sinal de sucesso. Uma peça sobre dúvidas após resultados pode ter menos visualizações e ainda ser importante para quem precisa de seguimento. Combine alcance com perguntas sobre compreensão e com a capacidade do canal de orientar a demanda recebida.

25 Pílulas de intranet sobre cuidado contínuo

07 Vacina contra HPV também é para meninos

A vacinação contra HPV faz parte da prevenção de doenças associadas ao vírus. No SUS, a rotina contempla meninos e meninas de 9 a 14 anos; existem critérios para situações especiais. Confira a caderneta e procure o serviço de vacinação. [11]

08 Saúde sexual merece uma conversa tranquila

Dúvidas sobre prevenção, sintomas ou função sexual podem ser abordadas em consulta reservada. Você não precisa se justificar à liderança para pedir orientação. Conheça o canal de saúde e a rede disponível: [CANAL].

09 Pedir ajuda faz parte do cuidado

Se o sofrimento está dificultando sua vida, procure apoio. Nosso canal de saúde é [CANAL]. Em risco imediato, busque urgência ou ligue 192. O CVV 188 oferece apoio emocional, mas não substitui atendimento de emergência. [10]

10 Cuidar do coração exige continuidade

Pressão arterial e outros fatores de risco merecem acompanhamento adequado. Se você já tem tratamento, converse com a equipe sobre dificuldades para seguir o plano. Apoio para acessar consultas: [CANAL]. [6]

11 Voltar ao trabalho pode exigir ajustes

Após um tratamento, algumas pessoas precisam de adaptações temporárias. Converse com a equipe de saúde ocupacional para planejar um retorno compatível com sua condição e sua atividade. O cuidado deve respeitar sua privacidade. [CANAL].

12 Novembro termina e o cuidado continua

Se sua consulta, exame indicado ou retorno ainda está pendente, procure [CANAL DE NAVEGAÇÃO]. Vamos ajudar a identificar o próximo passo e as barreiras de acesso. A campanha segue no acompanhamento de quem precisa.

Evitar piadas sobre masculinidade, toque retal ou sexualidade. Não usar mensagens de medo, promessas de cura, linguagem que culpe o trabalhador ou imagens que exponham pacientes.

Cuidado contínuo exige mensagens que incluam quem já está em tratamento

Parte do público já conhece sua condição e precisa de ajuda para sustentar o cuidado. Propomos alternar mensagens de prevenção com orientações sobre consultas pendentes, dificuldades de acesso, reabilitação e retorno. A comunicação deve permitir que essas pessoas se reconheçam no programa sem precisarem compartilhar sua história.

Na peça sobre vacinação, confira o calendário e as estratégias temporárias antes de cada publicação. Na peça sobre saúde mental, confirme os canais divulgados e a rota de urgência. Na peça sobre retorno, evite prometer adaptações automáticas; explique como solicitar avaliação e apoio.

Resposta ao fim da mobilização

Modelo: “A programação de comunicação deste ciclo foi concluída, mas os canais de saúde continuam disponíveis conforme [HORÁRIOS E COBERTURA]. Se você está aguardando uma etapa de cuidado, procure [CANAL]. Vamos orientar o próximo passo dentro do serviço oferecido. Quem já está em acompanhamento deve manter o plano combinado com sua equipe assistente.”

Antes de usar esse texto, confirme quais serviços realmente permanecem ativos. Se houver mudança de fornecedor ou de canal, divulgue a transição e organize as pendências. A continuidade não deve depender de o trabalhador ter guardado uma mensagem antiga da campanha.

26 Roteiro educativo e perguntas frequentes

Microlearning de 15 minutos para lideranças

Tempo	Conteúdo	Exercício
0–3 min	Objetivo do programa e canais disponíveis.	Localizar o canal correto em menos de um minuto.
3–6 min	Privacidade e papel da liderança.	Responder sem pedir diagnóstico ou resultado.
6–10 min	Barreiras de acesso e organização do trabalho.	Resolver um conflito entre consulta e escala.
10–13 min	Encaminhamento e situações urgentes.	Distinguir demanda administrativa de emergência.
13–15 min	Compromisso de execução.	Definir uma melhoria prática para a equipe.

Caso para discussão

Um trabalhador informa que precisa retornar ao serviço de saúde, mas a consulta coincide com a escala. O gestor pergunta qual doença ele tem. A resposta esperada é redirecionar a conversa para a necessidade administrativa, explicar o canal apropriado e organizar a liberação conforme as regras aplicáveis, sem exigir detalhes clínicos.

Indicação do PSA anual

Não existe indicação universal. A decisão de rastreamento depende da discussão clínica, considerando as diferentes recomendações, riscos e preferências. [3,4,5]

Interpretação de um PSA alterado

Um PSA alterado não confirma câncer. O resultado precisa ser interpretado pelo profissional assistente e pode exigir avaliação complementar. [5]

Finalidade da vacina contra HPV

A vacina tem finalidade preventiva e não elimina uma infecção já adquirida. A indicação deve considerar os critérios aplicáveis. [11,12]

Compartilhamento de exames com a liderança

Resultados devem ser tratados no fluxo assistencial apropriado. A liderança recebe apenas o necessário para organizar o trabalho e executar adaptações pertinentes.

Avaliação do treinamento: verificar se o líder sabe indicar o canal, preservar privacidade e resolver uma barreira de acesso. A conclusão de um vídeo, isoladamente, não demonstra essa capacidade.

Discussão de casos com respostas que possam ser praticadas

Situação fictícia	Resposta esperada da liderança	Erro a evitar
A pessoa quer falar de um resultado na reunião.	Oferecer conversa reservada e canal clínico para interpretação.	Pedir que mostre o laudo ao grupo.
A agenda de consulta conflita com uma entrega.	Aplicar o procedimento e buscar organização viável do trabalho.	Questionar se a consulta é realmente necessária com base no diagnóstico.
Um trabalhador relata piora importante e pede ajuda.	Facilitar contato com o serviço e seguir a rota de urgência quando necessária.	Esperar o próximo evento da campanha.
Alguém prefere não fazer PSA.	Respeitar a escolha clínica esclarecida e manter o acesso a outras necessidades.	Usar adesão a exame como indicador de comprometimento.

Duas perguntas frequentes que merecem mais espaço

“Ressonância normal encerra a investigação?” Não necessariamente. A decisão depende do conjunto de informações e do risco clínico; o seguimento deve ser definido pelo serviço assistente. Uma imagem não deve ser interpretada isoladamente em uma palestra. [5]

“Receber diagnóstico significa precisar operar logo?” Não em todas as situações. Há diferentes estratégias conforme características da doença, condição geral e preferências. Vigilância ativa é um acompanhamento estruturado para casos selecionados; a definição pertence à equipe assistente e ao paciente. [26]

Como verificação de aprendizagem, apresente um caso novo e peça ao participante que diga a quem recorrer, qual informação precisa e como organizará o trabalho. Uma resposta que preserva privacidade, reconhece limites e oferece acesso é mais informativa do que memorizar um slogan de campanha.

27 Governança da inteligência artificial

Os prompts seguintes podem ser utilizados em ChatGPT, Gemini, Microsoft Copilot ou Claude. O modelo ajuda a organizar e adaptar informação; a responsabilidade pela precisão clínica e pela publicação permanece humana. As capacidades variam conforme produto, plano e acesso à pesquisa.

Protocolo de uso em sete etapas

1. Definir público, objetivo, formato e decisão que o material deve apoiar.
2. Anexar este guia e as fontes primárias autorizadas, com data de corte.
3. Separar fatos, recomendações clínicas e propostas operacionais.
4. Exigir fonte verificável junto de cada afirmação clínica ou regulatória.
5. Revisar denominadores, períodos, divergências e linguagem de risco.
6. Submeter a revisão clínica, de privacidade e editorial antes de publicar.
7. Versionar o resultado, registrar responsável e programar atualização.

Instrução comum a todos os prompts

“Use português brasileiro e tom técnico acessível. Trabalhe com as fontes anexadas e informe a data de corte. Confira documentos primários quando houver pesquisa disponível; declare limitações. Não use páginas comerciais, protótipos ou versões de site como evidência clínica ou normativa. Identifique propostas autorais. Não invente referências, DOI, números ou regras. Distinga rastreamento, sintomas e diagnóstico; explique divergências. Não recomende PSA obrigatório ou testagem universal de HPV em homens. Entregue tabela com afirmação, fonte, data e pendência para revisão humana.”

Limites de uso

Não inserir prontuários identificáveis em ferramentas públicas, inferir diagnóstico por dados de produtividade, decidir aptidão automaticamente ou criar listas individuais de risco. Dados fictícios devem estar identificados como fictícios. A governança de dados sensíveis deve obedecer à finalidade e às condições legais aplicáveis. [16]

Registro do ativo: nome do prompt, versão, data, fontes, responsável pela revisão, público e canal de publicação. A mesma instrução pode produzir resultados diferentes em execuções distintas.

Diferenciar apoio editorial de decisão sobre pessoas

Resumir um texto já validado, adaptar linguagem e organizar uma tabela são tarefas editoriais. Priorizar pacientes, interpretar exames e decidir aptidão envolvem outra finalidade e outro nível de risco. Propomos que cada uso de IA tenha escopo explícito antes do teste; um resultado visualmente convincente não demonstra adequação clínica.

A OMS alerta que modelos generativos podem produzir afirmações falsas, incompletas ou enviesadas, além de favorecer confiança excessiva na automação. A qualidade da saída precisa ser verificada no contexto de uso, com atenção à privacidade e à possibilidade de dano. [32]

Registro de uso que permite revisar uma falha

Elemento	O que registrar
Finalidade	Tarefa permitida e decisão que a ferramenta não tomará.
Entradas	Fontes autorizadas, versão e ausência de dados identificáveis desnecessários.
Execução	Ferramenta, configuração pertinente e instrução utilizada.
Revisão	Afirmações conferidas, correções e responsável pela aprovação.
Publicação	Versão liberada, canais e forma de retirar conteúdo incorreto.

Como teste editorial, inclua situações em que o sistema deve reconhecer uma lacuna: dado da empresa inexistente, fonte inacessível ou recomendação divergente. A resposta adequada deve preservar a incerteza e indicar o que precisa ser verificado. A capacidade de escrever com fluidez não substitui esse controle.

Se uma ferramenta mudar seu funcionamento, repetir o mesmo prompt pode produzir outro resultado. Por isso, o ativo aprovado é a versão revisada do material, e não apenas a instrução que o gerou. A governança deve permitir corrigir uma peça já publicada e avisar os responsáveis pelo seu uso.

28 Prompts para apresentação e white paper

Prompt 1: Apresentação executiva

“Atue como editor técnico de Saúde Ocupacional e Corporativa. A partir deste guia, crie uma apresentação de 14 slides para diretoria, RH, Benefícios e SESMT. Objetivo: aprovar um programa de saúde integral do homem com acesso e continuidade. Estruture: propósito; epidemiologia; necessidades; rastreamento e diagnóstico; posições de MS/INCA, SBU, USPSTF e EAU; decisão compartilhada; saúde cardiovascular, mental, sexual e hormonal; vacinação; jornada; PCMSO e privacidade; responsabilidades; implantação relativa; indicadores; decisões e recursos.

Para cada slide, entregue título, mensagem principal, até quatro pontos, nota do apresentador e fonte verificável. Inclua um fluxo assistencial e indicadores com denominadores. Não invente dados da empresa; use campos a preencher. Identifique metas como propostas. Termine com três decisões executivas e um plano por etapas relativas, com horizonte ajustável. Aplique a instrução comum e o bloco visual deste guia.”

Prompt 2: Artigo técnico ou white paper

“Atue como redator científico com experiência em gestão de saúde corporativa. Produza um white paper de 2.500 a 3.500 palavras sobre Novembro Azul e cuidado integral do homem trabalhador. Use o guia e fontes primárias verificadas. Entregue resumo, pergunta orientadora, método de busca descrito de forma honesta, contexto, análise crítica do rastreamento prostático, prevenção e acesso, governança, implementação, indicadores, limitações e referências.

Diferencie recomendação de guideline, resultado de estudo e proposta de gestão. Não chame o trabalho de revisão sistemática sem método e execução compatíveis. Compare benefícios absolutos e danos quando houver dados; informe população, horizonte temporal e desenho do estudo. Não derive causalidade ou retorno financeiro de correlações. Inclua quadro de controvérsias, lacunas da evidência e implicações práticas para empresas brasileiras. Não invente credenciais, aprovação ética ou conflito de interesses dos autores. Aplique a instrução comum e liste pontos que precisam de validação antes da assinatura.”

Saída editorial: manter referências próximas das afirmações e conferir os links. A capa deve identificar claramente o propósito de disseminação de conhecimento e os autores efetivamente responsáveis pela versão final.

Briefing que deve acompanhar os prompts

Antes de executar, informe público, finalidade, nível de conhecimento, duração ou extensão, fontes permitidas e decisão esperada. Acrescente os canais reais de cuidado e as restrições de cobertura somente quando estiverem confirmados. Se a apresentação for destinada à diretoria, explicite quais recursos precisam ser aprovados; se for educativa, esclareça a ação que o trabalhador poderá realizar.

Critérios de aceite para a apresentação

Como proposta editorial, cada slide deve apoiar uma mensagem reconhecível, manter os números com população e período e separar evidência de proposta de gestão. As notas do apresentador devem explicar limites que não cabem na tela. O fluxo assistencial precisa identificar o responsável por cada transferência, e o plano de implantação deve usar etapas relativas, ajustáveis a qualquer época do ano.

Critérios de aceite para o texto técnico

Verifique se a discussão interpreta as fontes em vez de apenas enumerá-las, se as controvérsias foram explicadas e se as conclusões são proporcionais aos estudos citados. Uma referência com título plausível precisa existir e sustentar a afirmação correspondente. Se a fonte não puder ser consultada, a pendência deve permanecer identificada para revisão.

A conclusão deve responder à pergunta inicial e indicar implicações práticas, sem fabricar resultado de pesquisa ou experiência dos autores. As recomendações de implementação precisam ser reconhecíveis como propostas adaptáveis. A identidade AzevedoNetto deve aparecer na clareza do raciocínio e na utilidade do instrumento, além das cores e do logotipo.

29 Prompts para comunicação, dados e revisão

Prompt 3: Intranet e formação de lideranças

“Com base neste guia, adapte as 12 pílulas para nossa organização: [PÚBLICO], [CANAIS], [REDE], [HORÁRIOS]. Produza versões de 50 a 80 palavras, com uma ação clara e referência de apoio. Distribua por quatro semanas. Inclua uma alternativa em áudio e texto acessível para cada peça. Crie também um roteiro de 15 minutos para líderes, com caso prático, resposta esperada e verificação de aprendizagem. Evite estereótipos de masculinidade, medo e pressão por exames. Não publique campos incompletos. Aplique a instrução comum e o bloco visual.”

Prompt 4: Painel de gestão

“Atue como analista de saúde populacional. Use apenas dados agregados e autorizados em [BASE]. Antes de calcular, avalie qualidade, duplicidades, ausências, períodos e risco de reidentificação. Proponha um dicionário para acesso, espera, continuidade, barreiras, experiência e retorno ao trabalho, com numerador, denominador, periodicidade, fonte e responsável. Separe dados observados de simulações. Não use positividade de PSA como meta nem atribua redução de mortalidade a uma campanha curta. Entregue um painel conceitual, regras de supressão a validar com privacidade e perguntas de gestão. Se a base for insuficiente, indique o que falta sem fabricar resultados.”

Prompt 5: Auditoria técnica antes da publicação

“Revise o material anexado como auditor clínico e editorial. Classifique cada afirmação relevante como sustentada, imprecisa, desatualizada, sem fonte ou potencialmente danosa. Verifique faixas etárias, calendário vacinal, datas regulatórias, números absolutos, comparações e distinção entre cobertura e indicação. Cheque a fonte original, se houver acesso. Proponha correções sem alterar o sentido autorizado pelos autores. Procure recomendação indiscriminada de PSA, falsa equivalência entre exame e diagnóstico, exposição de dados, promessas de cura e estigmatização. Verifique generalizações por raça ou cor, deficiência, crença ou identidade, além de associações indevidas entre imagem e condição clínica. Preserve dados pertinentes com fonte e contexto; não transforme diferenças populacionais em rótulos individuais. Entregue tabela com trecho, problema, correção, fonte e prioridade; liste as pendências que impedem publicação.”

Critério de liberação

Publicar apenas quando canais, fontes, números, imagens e campos institucionais tiverem sido conferidos por responsáveis definidos. Registrar a versão aprovada e retirar versões superadas dos canais de uso.

Os prompts são instrumentos de produção editorial. Eles não constituem sistemas de decisão clínica nem substituem avaliação de pacientes.

Exemplo de teste antes de liberar o material

Forneça ao revisor uma frase fictícia e incorreta, como “todos os homens devem realizar PSA anualmente para participar da campanha”. O resultado esperado é identificar a generalização, distinguir acesso de indicação e propor uma redação compatível com a decisão individual informada. Esse teste verifica um erro conhecido; não prova que todos os demais erros serão detectados.

Em um painel, use uma base fictícia com solicitações duplicadas, registros sem data e casos ainda abertos. O analista deve reconhecer os problemas antes de calcular. Se produzir um percentual sem explicar exclusões e janela temporal, a saída precisa de correção. Nenhum dado simulado deve ser apresentado como desempenho da organização.

Aprovação com papéis definidos

Propomos dividir a revisão por competência: a equipe clínica verifica recomendações; a operação confirma rede e canais; a privacidade examina dados e exposição; a comunicação avalia compreensão, acessibilidade e associações discriminatórias entre texto e imagem. A aprovação deve identificar a versão e registrar a resolução das pendências, inclusive nas adaptações com IA.

Se a peça mudar depois de aprovada, avalie se a alteração afeta o sentido. Cortar a frase que explica a incerteza pode tornar uma mensagem incorreta, mesmo sem modificar o número principal. A revisão de versões curtas deve preservar as condições que sustentam a afirmação original.

30 Comunicação ética, linguagem e fontes de imagens

A comunicação deve tornar o conhecimento compreensível e o cuidado acessível. Manter navy, branco, azul temático e detalhes em laranja preserva a identidade AzevedoNetto e a coerência com o Outubro Rosa. Títulos, fontes, tabelas e espaço de leitura devem facilitar a compreensão. Fotografias contextualizam situações; não demonstram características clínicas das pessoas retratadas.

Conhecimento em saúde com igual respeito

Este material tem finalidade educativa e técnica. A comunicação deve acolher as pessoas com igual dignidade, respeitando suas histórias, crenças, escolhas e necessidades. A seleção de imagens não define elegibilidade assistencial nem critérios de recrutamento ou de reserva legal de vagas; essas matérias seguem regras próprias. Decisões de cuidado exigem avaliação individual, informação compreensível e respeito à autonomia. [33,35]

Mostrar situações variadas de consulta, trabalho, convivência e autocuidado ajuda diferentes leitores a reconhecer o tema. Avalie o conjunto para evitar que autoridade, fragilidade ou dependência sejam associadas repetidamente a um único perfil. A orientação editorial é ampliar a identificação com o conteúdo, sem estabelecer percentuais de imagens por grupo ou atribuir identidades pela aparência.

Use termos de raça ou cor quando necessários para explicar uma fonte ou dado. O IBGE utiliza a categoria “preta”; o Estatuto da Igualdade Racial define população negra como pessoas autodeclaradas pretas e pardas, ou que adotem autodefinição análoga. [34,36] Informe a finalidade e a definição utilizada. Essas categorias não são diagnóstico nem perfil genético individual; não devem ser atribuídas por fotografia.

O reconhecimento de desigualdades documentadas deve orientar a investigação de barreiras de acesso. Não permite caracterizar todos os integrantes de um grupo como vulneráveis, doentes ou menos capazes. [25] Mantenha a análise epidemiológica no contexto técnico correspondente e evite usá-la para justificar a escolha de um rosto ou de uma imagem ilustrativa.

Autonomia e linguagem sobre deficiência

Use “pessoa com deficiência” e descreva a necessidade concreta, quando pertinente. Apresente pessoas participando do trabalho, das decisões e do cuidado, sem infantilização, apelo à piedade ou narrativa obrigatória de superação. Recursos de acessibilidade apoiam a participação; não definem inteligência, competência ou valor. A pessoa deve ser ouvida sobre a forma de apoio. [35]

Revise texto, imagem e legenda em conjunto. A fotografia não autoriza atribuir câncer, transtorno mental, deficiência, religião ou identidade racial à pessoa retratada. Quando houver possibilidade de associação indevida, substitua a imagem ou explicite seu caráter ilustrativo. Licença de uso e autorização pertinente precisam ser verificadas; uma busca em banco de imagens não comprova esses requisitos.

Fontes e critérios de uso

Fonte	Uso possível	Verificação necessária
INCA, Ministério da Saúde e SBU [E3]	Comunicação educativa e materiais de campanha.	Verificar conteúdo, autoria e permissão. Peça educativa não substitui diretriz ou estudo.
Pexels [E1]	Fotografia de contexto.	Licença e restrições; não sugerir doença ou endosso da pessoa retratada.
Wikimedia Commons [E2]	Ilustrações e recursos com autoria.	Licença do arquivo, crédito e condições de adaptação.
Acervo próprio autorizado	Pessoas e ambientes reais.	Autorização compatível com finalidade e uso, sem pressão para participar.

Buscas por situações de cuidado e trabalho

Sugestões: “consulta de atenção primária”; “conversa entre profissional de saúde e paciente”; “equipe em reunião”; “orientação em saúde no trabalho”; “acessibilidade em serviço de saúde”; “atividade física cotidiana”. Revise a variedade de situações, idades e contextos no conjunto. Não use a aparência para selecionar quem representará doença, dependência, menor escolaridade ou autoridade.

Bloco visual para acrescentar aos prompts

“Aplique navy #071A30, azul #157BB5, branco e laranja #EBA345 em detalhes. Preserve o logotipo, a hierarquia dos títulos e a leitura confortável. Selecione imagens licenciadas de cuidado, trabalho e vida cotidiana, com diferentes pessoas e contextos, sem estereótipos. Não atribua diagnóstico, raça ou cor, deficiência, crença ou perfil genético pela aparência. Evite associar um grupo a sofrimento ou incapacidade. Inclua texto alternativo pertinente e legendas quando necessárias. Registre fonte, crédito, licença e autorização a verificar. Gráficos devem informar fonte, população, período e unidade; ilustrações médicas exigem validação.”

Antes de publicar, confira a compreensão da mensagem, a acessibilidade, as fontes e os direitos de uso. A revisão técnica e editorial deve examinar associações indevidas entre imagem e texto. Mantenha um canal para receber dúvidas e corrigir formulações ambíguas, com registro da versão. O acolhimento anunciado precisa corresponder à experiência real de acesso ao serviço.

LEITURA CRÍTICA DAS FONTES

Adequação das referências ao conteúdo

Este mapa relaciona as fontes à pergunta que podem responder. Diretrizes e posicionamentos orientam decisões; estudos estimam efeitos em populações definidas; normas estabelecem requisitos. A qualidade depende também do método, da aplicabilidade e dos limites. A classificação abaixo é editorial e não substitui avaliação formal da certeza da evidência.

Tema e fontes	Conclusão da revisão	Limite de aplicação
Próstata MS, INCA, USPSTF, EAU, AUA/SUO e SBU [3,4,5,21,37,38]	MS/INCA orientam a política populacional; SBU, EAU e AUA/SUO discutem avaliação individual e estratégias clínicas.	Há divergências entre política populacional e avaliação individual. Não apresentar uma idade ou exame como consenso universal.
Estudos de rastreamento ERSPC, CAP e GÖTEBORG-2 [19,22,23]	Ensaios com estratégias e horizontes distintos. A referência do ERSPC inclui a errata de 2026.	Preservar população, estratégia, período e desfecho. Redução de diagnósticos não equivale a redução de mortalidade.
Prevenção integral SBC, SBD e SBIm [39,40,41]	Diretrizes brasileiras para risco cardiovascular, rastreamento de diabetes e vacinação do adulto.	Recomendação clínica exige contexto. Calendário de sociedade médica não define oferta pelo SUS ou cobertura contratada.
Hormônios e oncologia SBU/SBEM/ABEMSS, Endocrine Society e SBOC [42,43,45,46]	Diagnóstico hormonal fundamentado, avaliação reprodutiva e tratamento oncológico especializado.	Não usar diretriz terapêutica como regra de rastreamento ou de aptidão para o trabalho.
Trabalho e inclusão OMS, Cochrane, NR-1, NR-7 e LBI [13,24,28,35,44]	Normas para processos ocupacionais; LBI para direitos; OMS e Cochrane para intervenções e reabilitação.	Campanha não comprova conformidade. Evidência de retorno ao trabalho em diferentes cânceres não é exclusiva de próstata.
Ética, dados e linguagem CFM, LGPD, IBGE e Estatuto da Igualdade Racial [16,33,34,36]	Fontes éticas, normativas e estatísticas com finalidades próprias. Autodeclaração e confidencialidade preservadas.	Identidade, aparência ou deficiência não determinam diagnóstico ou capacidade. Recursos editoriais estão em seção própria.

O posicionamento institucional e os instrumentos de implementação são propostas dos autores. A bibliografia técnica não inclui páginas da AzevedoNetto. Recursos de imagem e campanha são identificados por E1–E3. Diretrizes futuras ou conteúdos integrais não consultados não sustentam recomendações desta edição.

FONTES E RASTREABILIDADE

Referências científicas, técnicas e normativas

Seleção narrativa de 46 referências, com escopos identificados no mapa anterior. Inclui diretrizes, posicionamentos, estudos, documentos oficiais e normas; não constitui revisão sistemática. Data de consulta: 29/10/2026. Recursos editoriais E1–E3 estão separados da bibliografia técnica. Revalidar versões antes de reutilizar recomendações.

[1] Ministério da Saúde. Saúde do Homem e PNAISH.
Acessar fonte original

[2] INCA. Estimativa 2026–2028. Síntese de resultados e comentários.
Acessar fonte original

[3] INCA. Câncer de próstata. Versão para população. Dados de mortalidade de 2024.
Acessar fonte original

[4] USPSTF. Prostate Cancer Screening. Final recommendation, 2018.
Acessar fonte original

[5] EAU. Guidelines on Prostate Cancer. Diagnostic Evaluation. Edição 2026.
Acessar fonte original

[6] OMS. Cardiovascular diseases. Ficha técnica.
Acessar fonte original

[7] World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020. ISBN 9789240015128.
Acessar fonte original

[8] OMS. Alcohol. Ficha técnica.
Acessar fonte original

[9] OMS. Mental health at work. Ficha técnica.
Acessar fonte original

[10] Ministério da Saúde. Suicídio Prevenção.
Acessar fonte original

[11] Ministério da Saúde. HPV. Prevenção e vacinação.
Acessar fonte original

[12] CDC. Human Papillomavirus Infection. STI Treatment Guidelines, 2021.
Acessar fonte original

[13] Ministério do Trabalho e Emprego. NR-7. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
Acessar fonte original

[14] Brasil. Lei nº 15.377, de 2 de abril de 2026. Informação sobre vacinação, HPV e câncer.
Acessar fonte original

[15] Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho. Arts. 169-A e 473, XII.
Acessar fonte original

[16] Brasil. Lei nº 13.709/2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
Acessar fonte original

[17] EAU. Guidelines on Prostate Cancer. Quality of Life Outcomes. Edição 2026.
Acessar fonte original

[18] Ministério da Saúde. Jovens de 15 a 19 anos podem se vacinar contra o HPV até dezembro. Publicado em 03/07/2026. Estratégia de resgate vacinal de 2026.
Consultar documento original

[19] Roobol MJ et al. European Study of Prostate Cancer Screening — 23-Year Follow-up. N Engl J Med. 2025;393:1669–1680. DOI 10.1056/NEJMoa2503223. Errata: N Engl J Med. 2026;394:1144. DOI 10.1056/NEJMx250018. A correção em análise adicional não altera os resultados principais citados neste guia.
Acessar fonte original

Consultar errata publicada em 2026

[20] Autoridade Nacional de Proteção de Dados. Perguntas frequentes. Dados sensíveis e bases legais.
Acessar fonte original

[21] Lin DW et al. Updates to Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline (2026). J Urol. 2026;215:491–501. DOI 10.1097/JU.0000000000004995.
Acessar fonte original

[22] Martin RM et al. Prostate-Specific Antigen Screening and 15-Year Prostate Cancer Mortality: A Secondary Analysis of the CAP Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024;331:1460–1470. DOI 10.1001/jama.2024.4011.
Acessar fonte original

[23] Hugosson J et al. Results after Four Years of Screening for Prostate Cancer with PSA and MRI. N Engl J Med. 2024;391:1083–1095. DOI 10.1056/NEJMoa2406050.
Acessar fonte original

[24] de Boer AGEM et al. Non-medical interventions to enhance return to work for people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3:CD007569. DOI 10.1002/14651858.CD007569.pub4.
Acessar fonte original

[25] Ministério da Saúde. Saúde sem Racismo. Estratégia Antirracista para a Saúde e equidade étnico-racial no SUS.
Acessar fonte original

[26] European Association of Urology. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Treatment. Edição 2026.
Acessar fonte original

[27] National Cancer Institute. Prostate Cancer Screening (PDQ). Health Professional Version.
Acessar fonte original

[28] World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: WHO; 2022. ISBN 9789240053052. Diretriz de intervenções organizacionais e apoio ao trabalhador.
Acessar fonte original

[29] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Enlarged Prostate (Benign Prostatic Hyperplasia).
Acessar fonte original

[30] Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado — Tabagismo. Planejamento terapêutico na atenção primária.
Acessar fonte original

[31] European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Management of Erectile Dysfunction. Edição 2026.
Acessar fonte original

[32] World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health: large multi-modal models. WHO guidance. Geneva: WHO; 2024. ISBN 9789240084759.
Acessar fonte original

[33] Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018 e alterações. Princípios fundamentais I e VI; art. 23.
Acessar fonte original

[34] IBGE. Censo Demográfico 2022. Identificação étnico-racial da população: categorias de cor ou raça e critérios de pertencimento.
Acessar fonte original

[35] Brasil. Lei nº 13.146/2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Arts. 4º, 6º, 18, 24 e 25. Texto atualizado.
Acessar fonte original

[36] Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial. Art. 1º, parágrafo único, IV: definição de população negra.
Consultar documento original

[37] Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata. 2023.
Acessar fonte original

[38] Sociedade Brasileira de Urologia. O papel do toque retal na avaliação da saúde da próstata e na detecção precoce do câncer. Nota técnica de 26/10/2026; divulgada no portal em 27/10/2026.
Consultar documento original

[39] Rached FH et al. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose — 2025. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250640. DOI 10.36660/abc.20250640.
Acessar fonte original

[40] Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação SBIm: dos 20 anos aos 60+. 2026–2027. Versão de 22/04/2026.
Acessar fonte original

[41] Rodacki M et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes — edição 2026. Recomendações R6 e R7: indicação e testes de rastreamento.
Acessar fonte original

[42] Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Diretrizes de tratamentos oncológicos 2026. Próstata: doença avançada. Comitê de Tumores Geniturinários. Versão final.
Acessar fonte original

[43] Bhasin S et al. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(5):1715–1744. DOI 10.1210/jc.2018-00229.
Acessar fonte original

[44] Ministério do Trabalho e Emprego. NR-1: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Texto oficial consolidado consultado em 29/10/2026. Capítulo 1.5 com redação vigente desde 26/05/2026; itens 1.5.3 e 1.5.7.
Acessar fonte original

[45] Hohl A et al. Care of Patients with Male Hypogonadism: A Joint Position Statement from the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM), the Brazilian Society of Urology (SBU), and the Brazilian Association for Sexual Medicine and Health (ABEMSS). Int Braz J Urol. 2026;52(3):e20250610. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2025.0610. Recomendações 3, 5 e 21 e seção de fertilidade.
Consultar documento original

[46] Sociedade Brasileira de Urologia. Nota sobre a reportagem “Hora de recalibrar as taxas”: deficiência de testosterona e critérios para reposição hormonal. Documento de 06/08/2026; divulgado em 07/08/2026.
Consultar documento original

Atualização e responsabilidade técnica

Revalidar recomendações, vacinação, normas e capacidade assistencial antes de reutilizar o guia. A nota SBU de outubro anuncia atualização futura para novembro, que não é tratada nesta edição como já publicada. [38] Registrar responsável e versão aprovada. Instrumentos operacionais, indicadores, exemplos fictícios e cronograma relativo são propostas adaptáveis, sem equivalência a norma ou prescrição individual.

RECURSOS EDITORIAIS

Imagens, licenças e materiais de campanha

Os recursos desta seção apoiam produção visual e comunicação. Não são usados para estabelecer diagnóstico, indicação de exames, tratamento ou obrigações legais. Verificar licença, autoria, integridade da mensagem e condições de adaptação de cada arquivo antes de publicar.

[E1] Pexels. License. Condições de utilização de fotografias e restrições de uso.
Consultar recurso editorial

[E2] Wikimedia Commons. Reusing content outside Wikimedia. Licença e crédito devem ser conferidos no arquivo específico.
Consultar recurso editorial

[E3] Sociedade Brasileira de Urologia. Campanha Novembro Azul 2026. Página pública de materiais educativos: cards, carrossel e folheto.
Consultar recurso editorial

Aplicação dos materiais da SBU

Peças de campanha devem preservar contexto e atribuição, sem sugerir que a SBU endossa o programa empresarial ou a AzevedoNetto. A interpretação clínica se apoia nos documentos técnicos identificados na bibliografia. Para adaptar uma aula, consultar a versão integral, conferir sua data e verificar as condições de uso; a simples listagem do título não comprova seu conteúdo.