



MAYRA CARIDAD LÓPEZ COBAS

VISITA DOMICILIAR; ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS.

NÃO-ME-TOQUE

2017



MAYRA CARIDAD LÓPEZ COBAS

VISITA DOMICILIAR; ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Cynthia Ramos

NÃO-ME-TOQUE

2017

RESUMO

Atenção Primária à Saúde é uma estratégia de organização da atenção a saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma a indivíduos e comunidades. Entre as atividades a serem realizadas em cuidados de saúde primários temos a visita domiciliar que configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado observado com maior frequência é a realização da visita domiciliar para intervir ou minimizar o processo; visando a promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra unidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem saúde-doença. A visita domiciliar é considerada uma atividade externa a unidade de saúde, mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Foi esse tema escolhido para a discussão do meu TCC porque fornece uma oportunidade de interagir com os pacientes que por certas razões não pode ir à UBS.

Descritores: Atenção Primária, Acidente Vascular Cerebral, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	3
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO	8
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	10
REFLEXÃO CONCLUSIVA	12
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	14
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	16

1. INTRODUÇÃO

Internacionalmente tem-se apresentado a Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de organização da atenção a saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde a adotar a designação da Atenção Básica à Saúde, para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção a saúde.

Meu nome é a Mayra Caridad López Cobas, tenho 50 anos, sou cubana, médica desde o ano 1998 formada no ISCM Camaguey- Cuba e especialista de primeiro grau em Medicina Geral Integral desde o ano 2004. Tenho experiência de trabalho em outros países como Bolívia e Venezuela. Agora trabalho no Brasil com o Programa Mais Médicos desde fevereiro do ano 2016 na Unidade Básica de Saúde Central do município Não-Me-Toque, estado do Rio Grande do Sul.

A Unidade Básica de Saúde onde eu atuo como médica encontra-se no centro da cidade de Não-Me-Toque. A equipe está formada por uma médica, uma enfermeira (coordenadora da Unidade Básica de Saúde), um dentista, uma assistente, quatro técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, além das pessoas de serviço, trabalhando todos juntos para garantir o acolhimento dos pacientes e um atendimento de qualidade para toda a população, com a prestação de serviços como consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação, visitas domiciliares, coleta de exames uma vez por semana, entre outros.

Nossa Unidade de Saúde tem boas condições estruturais, recentemente inauguradas com uma confortável sala de espera, salas de consultas equipadas e climatizadas, sala de vacinação, sala para procedimentos, sala de curativos, sala de injeções, ambiente para as atividades dos grupos de trabalho e outros, que garantem a comodidade da população, como água, banheiros, lavanderia, almoxarifado, etc. Além de brindar também boas condições para os colaboradores do posto. Atendemos

aproximadamente 800 famílias que moram no centro da cidade. É uma população de classe social média e alta, o município tem um grande desenvolvimento econômico, possui duas fábricas de implementos agrícolas, bem como o cultivo de soja, milho e trigo como fontes geradoras de empregos. Hoje a cidade é conhecida mundialmente como a Capital Nacional da Agricultura de precisão.

A comunidade conta com escolas desde educação infantil até ensino médio, quatro creches, sete escolas de ensino fundamental e uma de ensino médio, com bom acesso a educação.

Em relação a estrutura de saúde municipal, temos oito Unidades Sanitárias. O município tem dois hospitais com 93 leitos para internação. As causas de internação mais frequentes são problemas respiratórios e problemas circulatórios. Nos casos de óbitos, as três mais frequentes são: neoplasias; doenças isquêmicas de coração e doenças respiratórias.

Tendo em conta que a melhor medicina é aquela que se pratica na base da prevenção, nós realizamos muitas ações para melhorar a situação da comunidade, para isso, utilizamos diferentes meios de comunicação, geralmente por meio da palavra (palestras públicas, atividades grupais específicas, dinâmicas familiares, conversas educativas individuais) para aumentar o nível de conhecimento das pessoas e a percepção de risco, além de tentar modificar o modo e estilo de vida da população e dessa forma poder melhorar as condições de vida de nossos pacientes.

O tema escolhido para o meu projeto de intervenção foi: “Atividades de educação em saúde sobre o câncer da mama”. Porque em nosso trabalho diário na UBS foram observadas muitas discordâncias e equívocos, referentes ao autoexame das mamas, assim como a percepção da má informação e má orientação que as mulheres possuem acerca do câncer mamário.

O tema do meu TCC é “Risco pré-concepcional no planejamento familiar”, pois no município não existe uma identificação adequada das mulheres que estão apresentando riscos para ter uma gravidez e produto da gestação exitoso.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Identificação: JS, branco, masculino, 48 anos, casado, desempregado, residente na Vila Nova, Não-Me-Toque, RS.

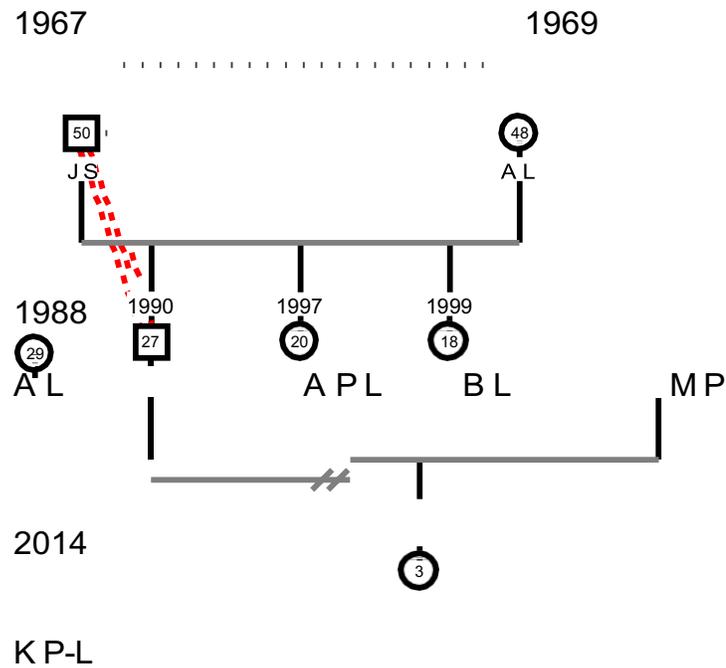
História de doença atual (HAS): Paciente hipertenso de longa data, com tratamento de 1 comprimido de 12/12 horas de Captopril (25mg) e 1 comprimido pela manhã de Hidroclorotiazida (25mg). O mesmo faz tratamento irregular, também é fumante de muitos anos e com problemas de alcoolismo. Na consulta médica o paciente queixa-se de dor de cabeça e tonturas. Relata também que há vários dias não toma o medicamento para a hipertensão, pois às vezes esquece. Além disso, não consegue fazer a dieta indicada regularmente. Eliminações fisiológicas sem alterações. Não tem febre, vômitos, diarreia ou outro sintoma.

No exame físico, o paciente está afebril, comunicativo, com boa higiene corporal, temperatura 36.5°C, peso 69 kg, altura 171 cm, mucosas hidratadas e coradas, pele normocorada, normotermica e hidratada, tórax simétrico, murmúrios vesiculares normais, sem ruídos adventícios, frequência respiratória 18 rpm, batimentos cardíacos rítmicos, sem sopros, frequência cardíaca 84 bpm, pressão arterial 160x100, abdômen globoso e flácido, sem dor à palpação, não apresenta visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e normais, consciente, orientado em tempo, espaço e pessoa, não tem signos meníngeos.

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há aproximadamente oito anos, fumante de 20 cigarros por dia (está tentando deixar de fumar), faz uso de bebidas alcoólicas com muita frequência. No momento é sedentário, até dois meses atrás ele trabalhava, mas ficou desempregado devido ao uso do álcool. Cartão de vacinação em dia.

Antecedentes familiares: Pai diabético e hipertenso (vítima de Acidente Cerebrovascular ACV). Mãe obesa que faleceu de infarto aos 78 anos.

Figura 1 - GENOGRAMA



MEMBROS DA FAMÍLIA

- J S, branco, sexo masculino, 50 anos de idade, desempregado e com antecedentes de hipertensão arterial, alcoolismo e fumante.
- A L, branca, sexo feminino, 48 anos de idade, maestra e com antecedentes de saúde. saúde. saúde. saúde. saúde.
- A L, branco, sexo masculino, 27 anos de idade, motorista e com antecedentes de
- A P L, branca, sexo feminino, 20 anos de idade, estudante e com antecedentes de
- B L, branca, sexo feminino, 18 anos de idade, estudante e com antecedentes de
- M P, branca, sexo feminino, 29 anos de idade, dona de casa e com antecedentes de
- K P L, branca, sexo feminino, 3 anos de idade e com antecedentes de saúde.

PRIMEIRA CONSULTA

Orientamos ao paciente continuar imediatamente o tratamento para a hipertensão arterial e prosseguimos com uma conversa educativa com o mesmo sobre a importância da não interrupção do tratamento mesmo sem apresentar sintomas. Também falamos sobre a importância de fazer uma dieta saudável com pouca gordura e sal, praticar de 30 a 40 minutos de atividade física, pelo menos três vezes na semana, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas e controlar o estresse. Também pedimos exames de hemograma completo, glicemia em jejum, uréia, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicérides, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), transaminase glutâmica oxalacética (TGO), urina, fezes e eletrocardiograma de repouso. Agendamos a reconsulta para 15 dias.

Na semana seguinte fizemos uma visita domiciliar compartilhada com a enfermeira e a agente comunitária de saúde para fazer uma avaliação integral do ambiente familiar e avaliar as melhores alternativas para ajudar o paciente, que mora numa casa própria com sua esposa e três filhos, higiene da moradia satisfatória. Ao entrevistarmos todos os integrantes da família ficamos sabendo que o João ficou desempregado porque começou a beber com muita frequência e então não ia para o serviço, às vezes fica tomando cachaça vários dias seguidos e nesses ele não faz o tratamento para a hipertensão, ausenta-se de casa ou chega de madrugada bêbado, razão pela qual a relação com o filho tem se tornado conflitiva e de discórdia, também fica indiferente e apático com a esposa. O mesmo paciente solicitou nossa ajuda para poder sair dessa triste situação e relata também que ele tenta deixar de fumar, mas quando começa a beber, também sente vontade enorme de fumar e não consegue resistir. Agendamos consulta com a psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Aos quinze dias após a primeira consulta, o paciente vai novamente ao posto de saúde com o resultado dos exames indicados. Felizmente tudo dentro dos limites normais, pressão arterial 130/80 mmHg. Relata que estase sentindo bem melhor, que os sintomas têm desaparecido e está fazendo o tratamento indicado direitinho para a hipertensão. Está se alimentando melhor e tentando parar de fumar e beber, com a ajuda

da família. Novamente realizamos uma conversa educativa individual e marcamos data para uma dinâmica familiar dentro de dois dias.

REVISÃO SOBRE O TEMA

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial. As causas principais da hipertensão são a hereditariedade, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, estresse, dentre outros. A hipertensão ocorre quando os níveis da pressão arterial se encontram iguais ou acima dos valores de 140 x90. No Brasil 10 a 15% da população é hipertensa. A maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão.

Sintomas mais freqüentes: Dor de cabeça; tonturas; cansaço; enjôos; falta de ar; sangramentos nasais; dor na nuca (pescoço).

A adoção de hábitos alimentares saudáveis é um componente muito importante da prevenção secundária da hipertensão arterial, sendo necessário manter o peso adequado, reduzir o consumo de sal, moderar no consumo de álcool e gorduras, incluindo alimentos ricos em potássio na alimentação diária.

REDUÇÃO NA INGESTÃO DE SAL/SÓDIO

O sal há muito tempo tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e intensidade da hipertensão arterial e da mortalidade por acidente vascular encefálico. Deve-se evitar a ingestão de alimentos processados industrialmente, tais como refrigerantes, enlatados, conservas, embutidos e defumados.

AUMENTO DA INGESTÃO DE POTÁSSIO

A ingestão do potássio pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijões, ervilha, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja). O potássio tem efeito anti-hipertensivo, e como

medida auxiliar em pacientes submetidos a terapia com diuréticos, desde que não existam contraindicações.

REDUÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

A ingestão de álcool por períodos prolongados pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral. É fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva. Para hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de álcool/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja.

EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, do abandono do tabagismo e do controle do estresse.

ABANDONO DO TABAGISMO

O fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares. O cuidado individual e o apoio psicoemocional do tabagista são prioritários para toda a equipe de saúde. Além do risco aumentado para a doença coronariana associada ao tabagismo, indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes. Adicionalmente, o tabagismo induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas.

MEDIDAS ANTI-ESTRESSE

Há evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial na pressão arterial

relacionada a “condições estressantes”, tais como, inatividade física e atividades profissionais com altas demandas psicológicas. Mesmo assim, o papel do tratamento anti-estresse de pacientes hipertensos ainda não está definido.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Existem algoritmos para o tratamento de pacientes hipertensos. Os diuréticos do tipo tiazida devem ser utilizados como tratamento inicial para a maioria dos pacientes, isoladamente ou em combinado com uma das outras classes (IECA, BRA, BB) eles também têm sido usados para reduzir uma ou mais complicações hipertensivas, selecionar um destes outros agentes, como a terapia inicial é recomendada quando o diurético não pode ser utilizado, quando têm uma indicação de forma convincente que exige o uso de uma droga específica ou se a droga inicial selecionada não é tolerada ou é contraindicada.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO

Há mais de um ano que atuo na UBS Posto Central na cidade de Não-Me-Toque. Na minha chegada à Unidade de Saúde notei que o pré-natal não tinha uma frequência adequada, e nenhuma ação foi realizada para modificar ou reduzir os fatores de risco em mulheres grávidas ou com fatores de risco para engravidar. Então, em conjunto com agentes comunitários de saúde, encubei-me a tarefa do cadastro de todas as mulheres em idade fértil e grávidas na nossa área para conhecer os fatores de risco e direcionar nosso trabalho diário.

Por muitos anos, a importante tarefa de reduzir a mortalidade materna e infantil gerou a ideia de classificar o processo fisiológico da gravidez, dependendo da presença ou ausência de certas características, chamadas de fatores de risco e com o pré-natal apropriado e adequado muitas complicações podem ser evitadas como parto prematuro, pré-eclâmpsia. Agindo sobre os fatores de risco, previne-se a mortalidade materna em um grande número e graus de severidade na gravidez, alta em todo o mundo. Foi feito um plano de trabalho priorizando as atividades de promoção e prevenção. Começamos

com o risco pré-concepcional que é a probabilidade de que, mulheres em idade fértil e seu produto, podem sofrer danos durante a reprodução.

As orientações foram dadas sobre a importância de a gravidez ser planejada e tomar uma série de cuidados anteriores, tais como a remoção de hábitos tóxicos (cigarros, álcool), correção de infecções recorrentes, anemias, má nutrição, insuficiência vascular periférica, endocrinopatias e outras doenças crônicas, susceptíveis que podem ser modificadas, compensadas ou equilibradas para garantir que a população feminina tenha consciência da importância de conhecer e trabalhar com os riscos pré-concepcionais e seus objetivos, tais como, melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e casais para conseguir gravidez saudável e oportuna, melhorar a qualidade de vida de mães e crianças.

Em seguida trabalhamos a importância do pré-natal. Este controle pré-natal é definido como todas as ações e procedimentos, sistemáticos ou regulares, para a prevenção, diagnóstico e tratamento dos fatores que podem influenciar a morbidade e mortalidade materna e perinatal.

As orientações nas consultas pré-natais e visitas domiciliares foram dirigidas a:

- Detecção precoce da gravidez;
- Importância da assistência a consultas agendadas;
- Realizar exames indicados;
- Alimentação e nutrição na gravidez;
- Aprender sobre parto normal e cesariana.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado; visando a promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra unidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da visita domiciliar para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.

A visita domiciliar é considerada uma atividade externa a unidade de saúde, mais desenvolvida pelas equipes de saúde.

Em nossa unidade o agendamento de visitas ao domicílio pode ser feito por agentes comunitários de saúde que em suas visitas diárias podem encontrar pacientes com uma situação de saúde preocupante, a pedido de familiares, cuidadoras ou o paciente mesmo, além de ter na unidade o cadastro de pacientes com doenças crônicas que precisam ser visitados. Na reunião da equipe se faz uma análise dos casos e são determinados quais serão visitados.

Descreverei uma visita domiciliar do dia 13/06/2017 para a qual fomos chamados pelo cuidador.

Às 9:00 horas iniciamos nossas visitas, tivemos que fazer três. Endereço: Waldomiro Graeff, 546. Fomos recebidos por Elisa, a esposa do paciente a ser visitado (EBC), que cuida dele há três anos.

Paciente EBC, 74 anos, casado, aposentado, com dois filhos, histórico de ex alcoólatra e ex fumante, há três anos foi amputada a perna direita por uma insuficiência venosa periférica e no ano passado teve um acidente vascular cerebral (AVC) pelo qual se encontra com uma hemiplegia esquerda, praticamente acamado, porque é muito difícil para sua esposa a mobilização. Encontramos o paciente em uma cama de solteiro, a qual foi colocada na sala para a sua estadia durante o dia e para facilitar seu cuidado. Ele não tem o controle de suas necessidades fisiológicas.

Queixas do momento: Elisa relata que está preocupada que o Sr. Becker pois faz uns dez dias que ele não dorme bem.

Exame físico: Paciente sonolento, pouco cooperativo, mas permite o exame físico.

Tratamento atual: Faz uso de Losartana, Espironolactona, AAS, Copridogel, Omeprazol e Diazepam. Toma a medicação em horários fixos e estão devidamente organizados em uma caixa ao lado da cama do paciente.

Cuidador: Ele é cuidado pela esposa, não tem nenhum outro cuidador, ela é a única que cuida de sua higiene e alimentação.

Extrutura familiar: Só o casal mora na casa.

Situação de saúde e de vida: Eles são pessoas com bom poder aquisitivo, têm apartamentos para alugar e diz Elisa que quando eles têm que sair de casa para médico ou outra urgência um dos filhos leva eles de carro. Recebe a visita da ACs Patrícia que mantém a equipe em cima da situação do paciente.

Alimentação: Elisa é a responsável pelo preparo do alimento na casa. Almoço ao meio dia e a noite só toma café.

Ferramentas sociais envolvidas: Não recebe ajuda do tipo religiosa ou política.

Domicílio: Casa de alvenaria, piso em cerâmica, contendo dois quartos, uma suíte, sala, cozinha e área de serviço. O quarto é espaçoso, estado de conservação dos ambientes é bom, devidamente limpo. Eles viviam em uma casa maior, decidiram ir à outra, aumentando o conforto e diminuindo o serviço de Elisa.

Fontes de prazer do paciente: O Sr. Becker não têm atividades diárias de prazer, normalmente fica na cama e quando está acordado só assiste tv.

Plano de cuidados: Continuar com as visitas do Agente Comunitário de Saúde, visitas médicas periódicas e fornecer apoio emocional para o paciente e esposa.

Problemas crônicos: Hemiplegia esquerda, hipertensão arterial e amputação da

perna direita.

Problemas agudos: Transtorno do sono.

Recomendações: Foram dadas orientações gerais sobre os cuidados e alimentação do paciente, também falamos sobre o horário de sono adequado para o paciente conseguir dormir e uma visita domiciliar foi programado para a próxima semana acompanhada pelo fisioterapeuta e psicólogo, se possível.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

Trabalhar na Unidade de Saúde da Família Posto Central do município de Não-Me-Toque, estado do Rio Grande do Sul como médica cubana formando parte do projeto Mais Médicos é muito gratificante. Tem me permitido a ver a importância do programa, implantado pelo Governo Federal para conseguir alcançar melhores condições de saúde nos mais necessitados, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

A realização da especialização em saúde da família na modalidade educação a distância em minha opinião permite aos profissionais da saúde acrescentar os conhecimentos sobre a abordagem das doenças e outros problemas de saúde.

O Eixo I, com os seus vários temas, me ajudou a conhecer sobre a história das políticas de saúde e SUS no Brasil e seus principais atributos, algo que eu encontrei de grande interesse, porque me deu as ferramentas necessárias para organizar, planejar e realizar meu trabalho na UBS e serviu como um prelúdio para o desenvolvimento das diferentes atividades do curso.

O Eixo II foi de grande utilidade para nós profissionais da atenção básica, pois acrescenta os conhecimentos em temas básicos da medicina e políticas de saúde, que acontecem com frequência no dia a dia, me permitiu lograr uma visão mais ampla dos problemas de saúde através da interação com outros colegas, assim como aquisição de habilidades com os protocolos de atendimento no Brasil, que influenciam positivamente na minha conduta médica. Também melhorou o relacionamento com a equipe de saúde,

agora tenho mais participação nas reuniões, na discussão de casos complexos e no planejamento e organização de ações de saúde.

Os fóruns são uma excelente forma de interação com outros profissionais, objetivando estabelecer critérios diferentes para o mesmo assunto, enriquece nosso conhecimento médico que permite alcançar uma nova visão dos problemas e soluções através da interação entre colegas. As discussões de casos clínicos muitas vezes tiraram dúvidas sobre alguns aspectos e reforçaram conhecimentos. Também ajudaram na aquisição de habilidades com os protocolos de atendimento no Brasil que posteriormente influíram positivamente nas condutas médicas, no dia a dia da Unidade de Saúde, as quais foram modificadas e aprimoradas através do aprendizado na pós-graduação.

Em geral o curso tem sido de muita importância na minha prática profissional, proporcionando-me novos conhecimentos sobre a estratégia da saúde da família, trazendo mudanças no processo de trabalho no posto de saúde, contribuiu também com uma melhor preparação como profissional, seguido de uma adequada atenção à população.

A construção do portfólio tem sido em minha opinião, a parte mais abrangente do curso, porque tivemos que trabalhar diferentes tópicos para conseguir um único trabalho, apesar das dificuldades encontradas na sua realização é uma experiência nova que vai me ajudar para projetos futuros, as diferentes revisões para o desempenho do trabalho me trouxeram conhecimentos incontáveis.

Minhas dificuldades encontradas foram:

- Comunicação insuficiente entre tutor e aluno
- Qualidade do serviço de internet
- Formação acadêmica diferente, tornando-se difícil. Minhas fortalezas encontradas foram:
- Permite lograr uma visão mais ampla dos problemas de saúde e aquisição de habilidades com os protocolos de atendimento no Brasil.
- Excelente ferramenta para melhorar o desenvolvimento acadêmico e profissional.
- Horários flexíveis, facilitando a organização com relação a compromissos do aluno.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>.

FAUSTO, M. C. R. Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2004.

Garrido R C. et al. Riesgo Reproductivo en Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001. p. 273-278.

Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Gac Méd Espirit [Internet]. 2007 [citado 19 Mar 2010]; 9(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.iah.bmn.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/>

Lugones Botell E, Jiménez Acosta S. El Riesgo Preconcepcional y la planificación familiar como estrategia de salud del médico de familia. Rev. Cubana de Medicina Gen Integral 2001;10 (3): 453-55.

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros Endocrinologia & Metabologia. v.43, n.4, p. 257-286, agosto 1999.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros Cardiologia 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

Jardim, PCBV; Gondim, MRP; Monego, ET; Moreira, HG; Vitorino, PVO; Souza, WKSB; Scala, LCN. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. ArqBrasCardiol 2007; 88(4) : 452-457.

The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Arch Intern Med. 2004;p. 26-32

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde reprodutiva/Planeamento familiar/Direção Geral da Saúde Lisboa: DGS, 2008. - 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006. cedipcloud.wixsite.com/minsal 2015/ control-preconcepcional.

Fescina, R. H. Rossello, Diaz, J. L. Mucio, B. Matinez, G. Granzotto, J. A., (2008), Saúde Sexual e Reprodutiva: Guias para a atenção Continuada da Mulher e do Recém-nascido focalizadas na APS, Montevideu, Uruguai apud Bobak, Lowdermilk e Perry, 1999, p. 57

Wroblewski, C., (1992), Aconselhamento Pré-Concepcional, Nursing, Vol., 55. pag 27-29

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Lei do Planejamento Familiar. Página 561 (Publicação Original); Coleção de Leis do Brasil - 1996, Página 4867 Vol ... Lei Ordinária nº 13045 de 25 de Novembro de 2014 (Poder Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepop/v32n2/0102-3098-rbepop-32-2-0387.pdf)

Circular Normativa Assunto: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PRÉ- CONCEPCIONAIS Nº: 02/DSMIA DATA: 16/01/06 Para: a Circular Normativa nº 2/DSMIA de 18.03.98. Disponível em: www.dgs.pt/...circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-18031998.aspx

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



MAYRA CARIDAD LÓPEZ COBAS

VISITA DOMICILIAR; ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS.

NÃO-ME-TOQUE

2016

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que não só pertence a esta humanidade, mas mesmo a partir do pré-histórico existiu, foi observado por métodos radiológicos, lesões de câncer nos ossos, fósseis de animais que viveram alguns 200 milhões anos atrás. A descrição de alguns processos tumorais permaneceu infalivelmente registrada ao longo da história em hieróglifos e manuscritos de papiros egípcios até hoje (1-3). O câncer de mama é um dos mais comuns entre as mulheres, esses representam um 18,4%, é por isso que é necessário tomar todas as precauções para o diagnóstico rápido, condição básica para uma possível cura.

Estimativas da organização mundial de saúde para a ocorrência de casos dizem que são mais de 1.000.000 de casos novos a cada ano. Em Cuba o câncer de mama ocupa o segundo lugar em incidência para todas as faixas etárias, desde 1958 são diagnosticados cerca de 28.000 novos casos por ano, que representam 24,1% do total de mortes. No Brasil segundo dados estima-se que aparentemente por ano, 50 mil novos casos de câncer de mama atingem a população feminina com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres (4-5).

A Unidade de Saúde da Família (USF) Posto Central localizado no centro da cidade de Não-Me-Toque, no Rio Grande do Sul, atende uma população de cerca de 6.000 habitantes dos quais estão cadastrados 2.553 pessoas totalizando 42,55%. Na sua área de abrangência reside uma população predominantemente do sexo feminino em idades entre 35-64 anos. Nossa equipe está trabalhando na busca de 100% das mulheres em nossa área que poderiam representar fator de risco para câncer de mama.

O interesse por este estudo surgiu a partir do momento em que, por meio de nossas experiências na linha de cuidados em Saúde da Mulher, foi observado o seguinte problema: discordâncias e equívocos referentes ao autoexame das mamas, assim como a percepção da má informação e má orientação que as mulheres possuíam acerca do câncer mamário.

Por essa razão que surgiram os seguintes questionamentos: Poderia uma intervenção de Educação em Saúde aumentar o conhecimento das mulheres sobre

esse tema em geral e também contribuir com novas expectativas de prevenção do câncer mamário? Dada a importância das campanhas de sensibilização sobre educação em saúde para o diagnóstico precoce do câncer de mama e do pequeno número de mulheres que vão à consulta antes de um possível sinal ou alteração na mama, entendemos que só se consegue motivar a população feminina, quando o médico ou enfermeiro é capaz de ensinar as mulheres a praticar o autoexame da mama, através da divulgação sistemática e contínua e classificação da população feminina de acordo com fatores de risco individuais (6-8).

Em nossa unidade, temos 1386 mulheres, que representam 54,3% da população cadastrada, dos quais 564 estão na faixa etária de 35-64 anos que é um número representativo, se considerarmos que o câncer da mama é uma das patologias que mais afeta as mulheres no momento, dado o número de mulheres em idade de risco acreditávamos que precisávamos programar ações destinadas a difundir o conhecimento sobre as características do câncer de mama e o autoexame da mama, que é tão acessível para o trabalho de prevenção na atenção primária e é a razão pela qual se tem a justificativa de optar por fazer esse trabalho, a fim de garantir uma maior eficácia no processo educativo para aumentar a detecção precoce do câncer de mama (9-10).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar atividades de educação em saúde para elevar nível de consciência dos grupos- alvo para a detecção precoce do câncer de mama e motivar a mudança de comportamento entre as mulheres

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura das mulheres entre 35-64 anos de idade
- Melhorar a qualidade da atenção às mulheres;
- Melhorar a adesão à consulta de rotina para saúde da mulher;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear mulheres de risco para câncer de mama;
- Promover a saúde das mulheres.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de mama apresenta-se como a segunda neoplasia maligna de mais incidente nas mulheres e provavelmente é o mais temido devido à alta frequência. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (5).

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos deste tipo em todo o mundo. O tratamento do câncer de mama assim como suas técnicas tem tido muito desenvolvimento nos últimos anos, ainda assim ele constitui um trauma psicológico para a maioria das mulheres, pois qualquer mulher pode chegar a padecer com o câncer de mama (5).

A história familiar é um importante fator de risco, especialmente se mãe e irmã foram afetadas por essa doença, colocaria a mulher em uma história familiar de primeiro grau para o câncer de mama e uma probabilidade cerca de duas vezes maior de desenvolver câncer de mama; 10% dos casos acham-se ligados a uma história familiar de câncer de mama. Além disso, as mulheres que já tiveram a doença em uma das mamas possuem maiores probabilidades de desenvolver câncer na outra (5).

A idade constitui também um importante fator de risco, a incidência aumenta rapidamente com o passar dos anos. A menarca precoce, a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade constituem também fatores de risco para o câncer de mama. A ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada, é identificada como fator de risco, assim como a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos. Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para essa doença. Além disso, outros estudos têm sugerido que a prevenção do tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo reduzem o risco de câncer de mama (5).

A mamografia, apesar de apresentar baixa especificidade, quando é realizada por profissional experiente, nas condições ideais, pode ter uma sensibilidade de até 95%, porém a mesma tem um alto custo e os mamógrafos não são suficientes para cobrir as necessidades da mulher brasileira. O ultrassom apresenta também baixa

especificidade, pois tem altos índices de falsos positivos e de falsos negativos, pode ser indicado como método adjunto a mamografia. Além de apresentar problemas semelhantes de custo e acesso (11).

É por isso que devemos direcionar a detecção do câncer de mama na saúde pública para métodos de maior acesso e baixo custo, como o autoexame e o exame clínico, os mesmos apesar de serem reconhecidos mundialmente como as primeiras e mais importantes etapas no diagnóstico do câncer de mama, também apresentam menor sensibilidade; pode se deixar então os estudos de imagem para serem utilizados em grupos de maior risco e em situações de esclarecimentos de diagnóstico.

Em nossa sociedade, o exame clínico preventivo para o câncer mamário, quando é realizado, faz-se com uma periodicidade anual. Não existe uma etiologia isolada para esta patologia por tanto não há como prevenir o câncer de mama e para haver melhora do índice de sobrevivência é muito importante um diagnóstico precoce (12-13). Os tumores diagnosticados em estágios iniciais de desenvolvimento são mais propensos à cura do que os descobertos em estágios avançados (13). 90% das patologias mamárias são inicialmente detectadas pelas próprias pacientes (13). É por isso que a mulher joga um papel tão importante na detecção precoce das patologias mamárias mediante a prática de autoexame. No entanto, a prática deste autocuidado de baixo custo não é realizada pela população nos níveis desejáveis, apesar de se conhecer os benefícios do autoexame. Isto acontece em todos os grupos sociais (14).

O autoexame de mama deve ser praticado mensalmente, após a menstruação. Se a mulher já não tem o período, deve escolher um dia específico a cada mês para a realização do mesmo e assim criar um hábito. O procedimento certo é seguido: Em pé na frente de um espelho, com os braços na cintura depois de contrair os músculos peitorais, levantar os braços a cada lado da cabeça para observar as mudanças de assimetria e retrações na pele, mamilo e aréola. Outra maneira é deitada com um travesseiro nas costas e um dos braços levantado atrás da cabeça, apalpar com quatro dedos unidos, exceto o polegar, para a direita, portanto, serve para detectar tumores, alterações na consistência e zonas de sensibilidade. Este método de autoexame da mama regularmente permite a determinação de anomalias correspondentes às manifestações clínicas iniciais da neoplasia e permite que a

mulher vá lá cedo para consultar (15-16). A educação em saúde, em todos os seus aspectos, a cada dia converte-se em uma atividade básica e prioritária nos serviços de saúde, ressurgindo como uma ferramenta de participação popular, onde deve prevalecer a troca de saberes e as reformulações de nossas ações por isso acreditaram no seguinte: A educação popular em saúde é uma importante ferramenta como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos.

4. MÉTODOS

O estudo de intervenção educativa será realizado para elevar o nível de consciência dos grupos-alvo para a detecção precoce do câncer de mama e motivar a mudança de comportamento entre as mulheres da USF Posto Central, Município Não-Me-Toque, Estado Rio Grande do Sul, em 2016.

De um universo de 564mulheres, foi selecionada uma amostra de 123 pacientes como simples amostragem probabilística aleatória. Para a coleta de dados se utiliza um questionário criado para este fim. Depois de preencher o formulário faremos o registro primário da informação, o processamento da mesma será realizado utilizando um computador.

O estudo terá três fases: diagnóstico, intervenção e avaliação.

Fase de diagnóstico: será explicado às mulheres as características do estudo (consentimento informado), em seguida, preencherão o questionário para avaliar o nível de conhecimento sobre o assunto. Este estudo permitirá o diagnóstico. As seguintes variáveis serão consideradas:

Conhecimento de:

- Definição de câncer de mama.
- As características clínicas de câncer de mama
- Fatores de risco dentro da população feminina
- Técnica de autoexame de mama

Estágio de intervenção: será correspondido à intervenção, serão quatro módulos de treinamento que incluirão técnicas participativas (discussão em grupo e jogos educativos) com uma hora, uma vez por semana, a mesma atividade se repetirá duas semanas seguidas para dar a oportunidade as mulheres que não possam participar na primeira semana a recuperação da atividade. Os módulos serão desenvolvidos em dois meses a partir das incógnitas detectadas no inquérito inicial aplicando se o inquérito. (Anexo 1)

Avaliação

Na terceira etapa, será aplicada uma segunda vez o mesmo questionário depois do programa educativo, para comprovar se fomos capazes de aumentar o nível de conhecimento das pacientes estudadas e avaliar a eficácia do projeto educativo.

Análise de dados

A informação obtida no questionário sobre a detecção precoce do câncer de mama, passará por uma análise qualitativa com duas fases (antes e depois da implementação do programa educacional) serão confrontados comparando os resultados em tabelas e expressando-a sob a forma de centenas.

No processamento de informação serão calculadas as medidas descritivas para as variáveis qualitativas como frequências absolutas e percentuais. Os resultados serão ilustrados em tabelas como percentuais, comparando os resultados antes e depois da intervenção educativa.

Fazendo uma análise comparativa dos dados obtidos a partir dos questionários na primeira e terceira fase será avaliada o nível de conhecimento adquirido.

5. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Ações	Set. 2016	Out. 2016	Nov. 2016	Dez. 2016	Jan. 2017
Escolha do tema e apresentação da proposta à equipe de saúde	X				
Revisão de literatura e organização de material para a intervenção educativa		X			
Organizar critérios de inclusão/exclusão e seleção da amostra		X			
Execução do Plano de Intervenção			X	X	
Análise dos resultados					X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho					X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por: 1 médica, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 1 dentista, 6 agentes comunitários de saúde.

RECURSOS MATERIAIS

- Computador;
- Impressora;
- Data show;
- Papel A4- 500;
- Canetas;
- Bombas;
- Mechas;
- Isqueiro;
- Pincel;
- Quadro;

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização desse projeto de intervenção educativa esperamos contribuir para elevar o nível de consciência dos grupos-alvo para a detecção precoce do câncer de mama e motivar a mudança de comportamento entre as mulheres bem como o aumento de conhecimentos sobre o câncer de mama nas mulheres da comunidade de Não-Me-Toque. Servindo o mesmo para elevar o nível de consciência da população feminina na detecção precoce do câncer de mama, através de atividades educativas sobre sua definição, suas características clínicas, fatores de risco e a técnica de autoexame.

BIBLIOGRAFIA

Casdevall Galán I, Villavicencio Crespo P, Castillo Naranjo IM, Rojas Gispert MI, Castañeda Capote MA. Cirugía conservadora y Mastectomía radical modificada en el cáncer de mamas de etapas I y II. Rev Cubana Cir. 2008; 47(2):17-20.

Hoya Mora L, Osorio A, Godino J. Association between BRCA-1 and BRCA -2 mutations and cancer phenotype in Spanish breast! Ovarian cancer families: Implications for genetic testing. MEDISAN. 2008; 97:71-466.

Rubio González T, Verdecía Jarque M. Asesoramiento Genético en el cáncer de mamas. MEDISAN. 2006; 10(1):24-9. 9 Mendonça MHS. Análise crítica dos métodos de imagem na detecção e diagnóstico do câncer mamário. RadiolBrás 1999;32:289-300.

Kligerman J. Estimativa sobre incidência e mortalidade por câncer no Brasil– 2001. Revista Brasileira de Cancerologia 2001;47 (2):1-4

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil – 2002. Brasília 2002:1–4.

Díaz Rojas PA, Sánchez Meca J. El área nuclear como indicador diagnostico en el carcinoma ductal de la mama: Estudio meta analítico. Rev Cubana InvestBiomed. 2008; 23(3):5- 43.

Cantero Ronquillo A. Cirugía Ambulatoria y de corta hospitalización en le cáncer de mamas. Rev Cubana Cir. 2007; 46(2):8-45.

Cabrera Nogueira G, Sánchez Pórtela C. Cáncer de mamas: cirugía conservadora vs mastectomía radical. RevMed Pinar del Río. 2008; 9(1):5-8.

VerdeciaJarque M. Primeras experiencias clínicas sobre el uso de la electroterapia en cuatro pacientes con tumores sólidos malignos superficiales. MEDISAN. 2007; 11(1):23-9.

Verdecía Jarque M, Rubio González T. Asesoramiento genético en oncología. MEDISAN. 2006; 10(4):67-71.

Borba AA, Sousa RM, Lazarron AR, Defferari R, Scheres L, Frasson AL. Frequência de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas a mamografias. Rev Brás GinecolObstet1998;20 (1):37-43.

Hanchi Z, Berrada R. Bilateral breast cáncer. Incidence and risk factors. Gynecologic Obstetric fertil. 2009; 32(2):34-128.

PeredaMeira CM, GarcíaFigueredo I, DomínguezAyerbes A. El precursor del factor de crecimiento epidérmico. Perspectiva de su utilización como marcador tumoral. Rev Cubana Med. 2009; 43(1):7-9.

Escobar PO, Herrera RC Autoexamen mamario; su aporte en el diagnóstico precoz del cáncer de mama;? Que dice la evidencia?. Rev Chil Obstet Ginecol 2000;65 (5):407-411

Yoshioka MR, Sousa D. Autoexame de mamas: identificação de alguns fatores que influencia em sua prática. Rev Esc Enfermagem USP 1994;28 (2):215-26.

SEÇÃO NO. 2

Tópico: Introdução ao câncer de mama. Objetivos:

- Aspectos de apresentação de câncer de mama.
- Definir o conceito.

Atividades:

Introdução: Serão explicadas as principais características do câncer de mama, fazendo ênfase na sua definição.

Atividade principal: dirigido por ler a definição de câncer de mama. Posteriormente serão convidados a fazer comentários e enviar suas dúvidas, que serão esclarecidas pelo grupo de apoio ao moderador.

Encerramento: A técnica que será aplicada: “O Mecha e a Bomb. ”, que consistia em colocar os participantes em um círculo. Será passada de mão em mão uma bola da esquerda para a direita e da direita para esquerda, quando explode nas mãos de alguns das participantes a mesma tem que responder algumas questões relacionadas com o assunto ensinado na reunião. Marcar a data da próxima reunião.

Tempo: 1 hora.

Métodos de Ensino: Aulas.

Meios: Humanos. Bandeira, papelão, bomba, mecha, isqueiro.

SEÇÃO NO. 3

Tópico: Características clínicas de câncer de mama. Objetivos:

- Explicar as principais características do câncer de mama.
- Mostrar como identificar.

Atividades:

Introdução: Um breve panorama da atividade anterior será feita e os termos e

definições introduzidas na reunião anterior serão recolhidos. Atividade principal: Leitura guiada das principais características do câncer de mama. Mais tarde, será mostrado um vídeo e aplicando Jogo técnico filme, adaptado pelo autor, que é: Divide o grupo em duas equipes, cor verde e cor branca. Uma equipe seleciona uma parte do vídeo relacionado ao assunto (consultado previamente com o autor). Em seguida, ele seleciona aleatoriamente um membro da outra equipe que tem que ilustrar para sua equipe através do recurso do mimetismo. Útil para destacar a importância da linguagem não verbal.

Encerramento: Uma técnica de animação será empregada: dar e receber apreciação. Todos os pacientes sentados em círculo, da esquerda para a direita, cada um deles se expressa em voz alta para que todos ouçam. Depois o autor enfatiza sobre como reconhecer as características de câncer de mama para concluir essa seção. Fica marcada a próxima reunião.

Tempo: 1 hora.

Métodos de ensino: conferência audiovisual. Meios: Humanos, computador, Datashow.

SEÇÃO NO. 4

Tópico: Fatores de risco entre as mulheres. Objetivos:

1. Explicar os fatores de risco e identificar os mais frequentes. Atividades:

Introdução: Esta seção começa com arte participativa "O Amigo Secreto", onde cada membro depois de selecionar o seu parceiro terá de fazer uma pergunta relacionada ao tópico anterior e para que todos possam perguntar e responder.

Atividade principal: seção com uma palestra do autor da pesquisa sobre fatores de risco começa então através da técnica de Brainstorming participativa. Ele será convidado a mencionar os fatores de risco dos pacientes, que foram escritos por um

moderador, no final o autor explica o que seria o mais importante para os pacientes.

Encerramento: O medo e a esperança: Cada um dos pacientes expõe seus medos e esperanças sobre o tema, que é seguido por um resumo daqueles que são considerados os principais fatores.

Tempo: 1hora.

Métodos de ensino:

Palestra. Meios: Humano.

Quadro e pincel.

SECÇÃO NO. 5

Tema: Técnica autoexame da
mama. Objetivos:

1. Ensine a técnica adequada de autoexame
de mama. Atividades:

Introdução: motivação para alcançar neste encontro, alguns dos
participantes voluntariamente escolhera para contar uma fábula.

Atividade principal: O grupo se divide em dois subgrupos, serão dados aos
pacientes, em forma mimeografada uma situação que simula um problema de saúde
para que possam ler, discutir e reconhecer as atuais técnicas em cada situação,
aplicando as principais técnicas que já são conhecidas . Posteriormente, uma
declaração detalhada das conclusões de cada subgrupo. A técnica será escrita no
quadro que permitirá estabelecer uma discussão envolvendo todos os participantes,
será conduzido por um moderador que enfatizará a técnica adequada de autoexame
de mama.

Encerramento: Uma técnica de "batata quente", as mulheres formam um círculo
e uma das participantes tem uma camisinha inflada em sua mão, dentro tem uma
pergunta referente ao assunto, é convidado a circular com a batida da música.
Parando o som quem tem o preservativo deve estourá-lo, ler a pergunta em voz alta
e respondê-la, se a resposta for errada o direito é fixado no outro integrante do grupo.

Outro preservativo é dado aos participantes, estendendo-se o jogo até que as questões sejam concluídas. Diz a data da próxima reunião.

Tempo: 1 hora.

Ajudas de Ensino: Aula prática.

Meios: Humano, preservativos, computador, quadro, pincel e cópias Xerox.

SECÇÃO NO. 6

Tópico:
Conclusões.

Objetivos:

1. Realização do
inquérito final. Atividades:

Introdução: A arte da animação “Rifa Afetivo”, que era montar um saco de pequenos papéis listados que coincida com o número de participantes. O autor vai oferecer uma recompensa emocional que é aplicada novamente em uma lista: um poema, uma frase, uma flor, uma música, um beijo, ou aplausos.

Encerramento: a arte da animação será realizada, “Presente e Utilit.”, onde as participantes se sentam em círculo começando da direita para a esquerda, dando um presente a cada um dos parceiros. Então, cada pessoa pensa sobre os pontos positivos e negativos que oferece essa Intervenção Educativa.

Tempo: 1 hora.

Métodos de Ensino: Sala.

Meios: Humanos, computador, cópias Xerox.

AUTO-EXAME DE MAMA



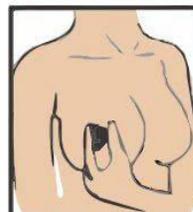
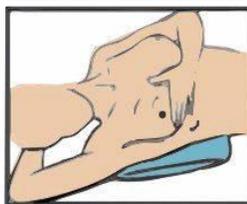
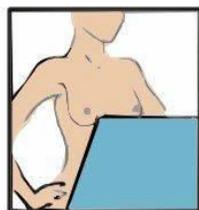
Como é feito o auto-exame

Você deve fazê-lo tocando e examinando seus seios, em pé, procurando achar:

- * Deformações ou alterações no formato das mamas;
- * Saliências ou retrações;
- * Ferida(s) ao redor do mamilo;
- * Mudança de cor ou da espessura da pele, do mamilo ou da auréola;
- * Saída de secreções pelos mamilos (pus, sangue ou leite).



Observar os seios nas seguintes posições:



Deite-se de lado com a cabeça apoiada sobre um dos braços ou fique de pé com uma mão na cabeça, procurando achar caroços, massa, secreção ou endurecimento nas mamas e axilas.

Quando fazer

A partir dos 20 anos de idade

Uma vez ao mês, de preferência de 7 a 10 dias após o início da menstruação, quando as mamas estão menos sensíveis.

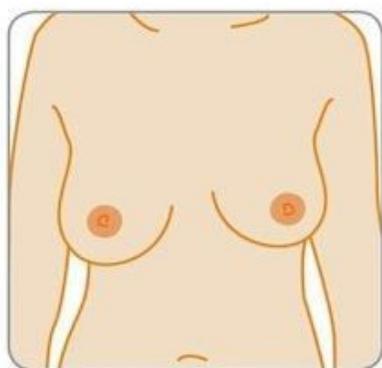
Mulheres amamentando

Após a amamentação, quando os seios forem esvaziados, sempre no mesmo dia e no mesmo horário.

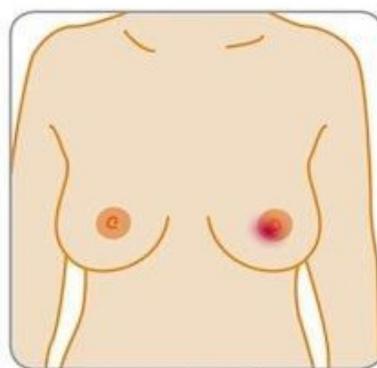
Mulheres na menopausa

Todos os meses, sempre no mesmo dia.

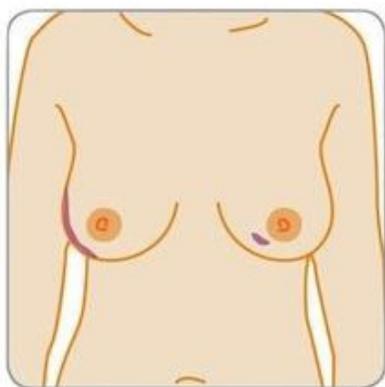
IMAGENS DOS SINTOMAS DE CÂNCER DE MAMA



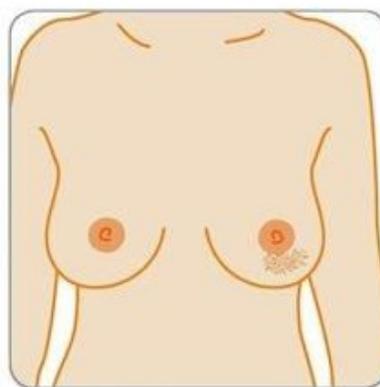
Alteração no tamanho ou na forma da mama



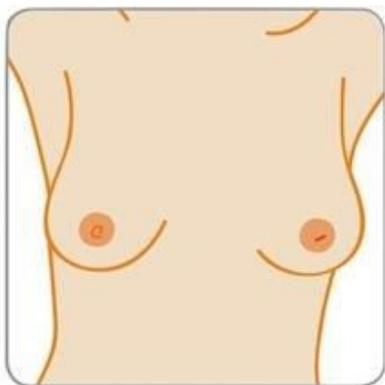
Vermelhidão ou coceira na mama e/ou ao redor do mamilo



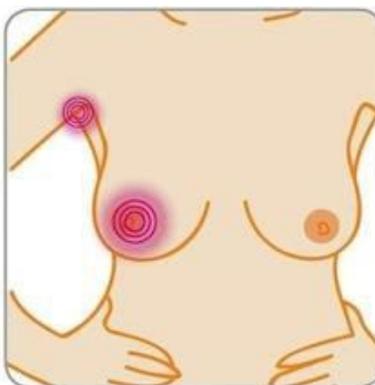
Nódulo ou caroço na
mama, que está sempre
presente e não diminui
de tamanho



Afundamento da
mama, endurecimento
ou enrugamento da
pele (casca de laranja)



Inversão súbita do mamilo



Dor constante na mama ou na axila