



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO: ESTRATÉGIAS DE MELHORIA NO
ACOLHIMENTO E RASTREIO DO CÂNCER DA MAMA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE UNIÃO EM MARITUBA/PA**

HENRIQUE COELHO NUNES

NATAL/RN
2021

RELATO DE INTERVENÇÃO: ESTRATÉGIAS DE MELHORIA NO ACOLHIMENTO E
RASTREIO DO CÂNCER DA MAMA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE UNIÃO EM
MARITUBA/PA

HENRIQUE COELHO NUNES

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: ROBERVAM DE MOURA
PEDROZA

NATAL/RN
2021

Dedico esse trabalho aos meus pais, por sempre estarem presentes em minha vida.
À minha namorada, pelo apoio incondicional.

RESUMO

Frente aos obstáculos em solidificar a unidade de Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada da comunidade para os serviços de saúde, a equipe da ESF União busca oferecer atendimento de qualidade à toda população coberta. Para isso, é realizada uma reunião a cada mês com toda a equipe de saúde onde são elaboradas estratégias de intervenção com uso do AMAQ, um instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) (BRASIL, 2017). Após a discussão, foram identificados os principais problemas a serem enfrentados e divididos em duas microintervenções. MICROINTERVENÇÃO 1: Alto índice de demanda espontânea. MICROINTERVENÇÃO 2: Baixo nível de conhecimento da população e da equipe acerca da prevenção e rastreamento do câncer (CA) de mama. Para enfrentamento desses problemas, foram elaboradas estratégias distintas de educação em saúde, tanto da população e quanto da equipe de saúde, a fim de conscientizar e orientar da importância do acolhimento humanizado e de qualidade para melhoria do funcionamento da unidade e do autocuidado como fator essencial para prevenção do CA mamário. Contudo, a pandemia ocasionada pelo Coronavírus alterou a rotina de serviços da unidade e, conseqüentemente, a implantação de ambas intervenções, mas almeja-se a realização das intervenções assim que as atividades voltarem ao normal.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Câncer de Mama; Educação em Saúde; Acolhimento.

SUMÁRIO

Introdução	6
Relato da Microintervenção I.....	9
Relato da Microintervenção II.....	13
Considerações Finais	16
Referências.....	17
Apêndices.....	19

1. INTRODUÇÃO

Marituba é um município pertencente ao Estado do Pará, localizado na Região Metropolitana de Belém, e tem seu nome derivado da junção dos termos indígenas “Mari”, que é uma árvore, e “Tuba”, que significa “lugar abundante”. Possui uma extensão territorial de 103,279 km² e uma população de 108.246 habitantes em 2010, sendo 53.844 homens e 54.362 mulheres. Em 2020, a população estimada chega a 133.685 pessoas (IBGE, 2020).

A Secretaria de Turismo do Estado do Pará considera o município como prioritário, já que fica a apenas 11km da capital Belém e próximo a outras sedes municipais como: Ananindeua, distante 5 km e Benevides, 7 km. Além disso, a cidade recebe o título de “dormitório” pelo fato de que grande parcela de sua população passa maior parte do dia em municípios vizinhos para estudar e/ou trabalhar, e retornam para casa, em Marituba, apenas à noite (MARITUBA, 2021).

A cidade possui o maior patrimônio preservado da antiga Estrada de Ferro de Belém-Bragança, sendo um dos 13 municípios que compõe essa rota-turística, e que atualmente é conduzida pela Secretaria de Estado de Turismo do Pará. Além disso, seu território abrange a reserva tombada “Refúgio de Vida Silvestre (REVIS) Metrópole da Amazônia”, com área total de 6.367.27 hectares e uma rica floresta preservada, com presença de espécies vegetais ameaçadas de extinção: Acapu, Angelim, Cedro e a Castanheira-do-Pará (MARITUBA, 2021).

No que concerne à Saúde, o município possui 51 Unidades cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 12 Unidades de Saúde da Família e 02 Unidades Básicas de Saúde, além de uma Central de Regulação, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (com psicóloga, nutricionista, assistente social, farmacêutico e fonoaudióloga), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Municipal e Hospital Municipal (CNES, 2021).

O município possui uma oferta de exames, consultas com especialistas e medicamentos aos usuários satisfatória. Aos que necessitem atendimento de média e alta complexidade, e exames e tratamentos mais avançados, é feita referência para Belém através da Central de Regulação de Marituba.

Dentre as Unidades de Estratégia da Família temos a União, onde o presente estudo foi realizado. A estrutura física, que antes comportava uma delegacia, foi ampliada para ser a Unidade e é composta por recepção, sala de triagem, sala de vacina, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala da gerência, farmácia, sala de curativo, expurgo, almoxarifado, sala de reunião, cozinha e 03 banheiros. Já a equipe conta com 01 médico, 01 enfermeira, 03 técnicos de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de dentista, 08 Agentes de Saúde, 03 funcionários do setor administrativo, 01 auxiliar de farmácia, 03

auxiliares de serviços gerais e 01 vigia. A população coberta pela equipe é de 2962 pessoas no total (1456 homens e 1506 mulheres), sendo 1148 famílias, todas de zona urbana.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como um modelo organizacional de assistência na atenção primária à saúde no Brasil, almejando efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços jurídico-políticos implementados desde a sua criação, ainda não conseguiu reverter o quadro sócio sanitário nacional, regional ou local, figurando como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, centrado no modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004).

Frente aos obstáculos em solidificar a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada da comunidade para os serviços de saúde, a equipe da ESF União busca oferecer atendimento de qualidade à toda população coberta. Para isso, é realizada uma reunião a cada mês com toda a equipe de saúde onde elaboradas estratégias de intervenção a partir da discussão das fragilidades sobre a área de abrangência, das deficiências e dificuldades da atuação da equipe e dos agravos mais incidentes na população. Para melhor sistematização dos dados, é aplicado o AMAQ, um instrumento de autoavaliação do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) (BRASIL, 2017).

Após a discussão, foram identificados os principais problemas a serem enfrentados e divididos em duas microintervenções, que tiveram como nós críticos e estratégias de enfrentamento:

MICROINTERVENÇÃO 1

NC1: *Falta de conhecimento da equipe a respeito o acolhimento e desvalorização deste processo para o bom funcionamento dos serviços da unidade.* **OPERAÇÕES:** Realizar educação em saúde através de capacitação, palestras e reuniões a fim de orientar, discutir e conscientizar a equipe acerca da importância do acolhimento e seus benefícios.

NC2: *número elevado de atendimentos de demanda espontânea.*

OPERAÇÕES: Orientar a população acerca das causas, consequências, sintomas, prevenção e tratamento dos agravos mais incidentes na comunidade; Conscientizar a população importância em seguir corretamente os tratamentos prescritos, evitando retornos desnecessários à UBS.

MICROINTERVENÇÃO 2

NC1: *Déficit de orientação e articulação da equipe da Unidade Básica de Saúde União para a realização de orientações quanto ao câncer de mama e seu rastreamento.*

OPERAÇÕES: Encontros com a equipe para discussão e capacitação sobre câncer de mama e a importância de incentivar as mulheres a realizarem os exames de rastreamento anualmente.

NC2: *Baixo nível de informação das mulheres quanto à importância da detecção precoce e adoção de hábitos saudáveis na prevenção do câncer de mama.*

OPERAÇÕES: Conscientizar e informar as mulheres com mais de 40 anos acerca da relevância do auto cuidado através de palestras educativas, rodas de conversa, durante as consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares.

Ao longo do presente trabalho será apresentada a descrição de cada microintervenção, como elas foram desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família União, bem como seus impactos a curto prazo sobre a população acompanhada.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO ATRAVÉS DA OTIMIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE UNIÃO EM MARITUBA-PA.

Em 1994, foi criado no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde com o intuito de possibilitar efetivamente o acesso da população à saúde pública, reorganizando a Atenção Básica para que os princípios do SUS fossem assegurados (SOUZA e CARVALHO, 2003). Nesse cenário e visando a integralidade, o acolhimento figura como a diretriz operacional que, conforme descrevem Fracolli *et al.* (2003, p. 68 - 72), objetiva:

...”Atender a todo o sujeito que busquem os serviços de saúde, de forma acessível e universal. Assim os serviços de saúde assumem seu papel primordial, que consiste em acolher, escutar e buscar solucionar os problemas de saúde das comunidades”.

...”A reorganização da forma como o serviço é realizado, tornando o acolhimento como o seu eixo central, e não mais o médico”;

...”Oferecer uma relação trabalhador-usuário humana e de qualidade, levando em conta o acesso e acolhimento como pontos essenciais para a promoção e recuperação da saúde, a fim de favorecer a reorganização do serviço e uma assistência resolutiva”.

Silva *et al.* (2019) elucidam que o acolhimento refere-se à humanização da relação entre os usuários e os serviços de saúde, no qual os profissionais forneçam um contato responsável e de qualidade, estabelecendo vínculos e compromissos entre eles.

Portanto, o acolhimento figura como uma ferramenta imprescindível para todos os profissionais do serviço de saúde, a ser aplicada sequencialmente durante todo o processo de trabalho em saúde, conforme preconizada a Política Nacional de Humanização (PNH), que ainda exemplifica que o “acolhimento e inclusão do usuário devem promover a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.” (BRASIL, 2004). Ou seja, acolher não se refere à resolução completa dos problemas mencionados pelos usuários, mas sim o cuidado e atenção oferecidos durante o processo, com escuta qualificada, valorização das queixas e percepção das reais necessidades do sujeito.

Em contrapartida, a precariedade no acolhimento pode gerar consequências graves, que vão desde organização à qualidade do serviço oferecido pela unidade de saúde.

Nesse contexto, foi possível perceber a falta de estrutura da equipe da Unidade Básica de Saúde União, município de Marituba, estado do Pará, em relação à priorização do acolhimento para que haja maior organização do trabalho e, conseqüentemente, diminuição da demanda

espontânea para atendimento médico e de enfermagem, como também o baixo nível de compreensão da população acerca do tratamento correto de suas enfermidades, o que faz com que os usuários retornem com frequência à unidade para consultas que poderiam ser evitadas. Por essa razão, este problema foi considerado como prioritário pela equipe da Unidade para a elaboração da presente proposta de microintervenção.

Percebe-se que, na Unidade Básica de Saúde União, há demora para marcação de consultas e, mesmo com a equipe buscando reorganizar a agenda a fim de aumentar as vagas para atendimento da demanda espontânea, a fila de espera continua grande, seja para realização das consultas programadas, para consultas de retorno e até mesmo para mostrar resultados dos exames, o que demonstra a ineficácia do processo de acolhimento utilizado atualmente pela unidade. O mesmo necessita de reformulação urgente, para que a comunidade possa receber o atendimento que merece.

Agravantes como a vulnerabilidade a várias patologias da população da comunidade, decorrentes principalmente da baixa condição socioeconômica familiar e infraestrutura local precária, a dificuldade de comunicação da equipe com os usuários, e até mesmo o desconhecimento da equipe acerca do acolhimento, faz com que a demanda espontânea para atendimento seja sempre alta, trazendo prejuízos para o atendimento sistêmico e completo da UBS. Assim, ações educativas direcionadas a comunidade e a equipe de saúde podem colaborar para mudança desse cenário e favorecer a implantação de um modelo efetivo de acolhimento na Unidade Básica de Saúde União. Dessa forma, frente ao problema identificado, foram selecionados dois nós críticos e elaboradas as seguintes operações para a presente intervenção, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1 – Nós críticos relativos ao acolhimento à demanda espontânea na USF União, Marituba-PA

NÓS CRÍTICOS (NC)	OPERAÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
NC1: <i>Falta de conhecimento da equipe a respeito o acolhimento e desvalorização deste processo para o bom</i>	Realizar educação em saúde através de capacitação, palestras e reuniões a fim de orientar, discutir e conscientizar a equipe acerca da	Equipe informada e consciente da importância de um acolhimento de qualidade tanto para o funcionamento da UBS quanto para a	Capacitação técnica da equipe para exercer o acolhimento corretamente e, consequentemente, melhora do serviço	Cognição do tema e estratégias de comunicação. Político: mobilização social. Financeira: Aquisição de

<i>funcionamento dos serviços da unidade</i>	importância do acolhimento e seus benefícios	prevenção e melhoria dos agravos dos usuários.	prestado pela UBS.	recursos materiais e gráficos educativos
<i>número elevado de atendimentos de demanda espontânea.</i>	<p>Orientar a população acerca das causas, consequências, sintomas, prevenção e tratamento dos agravos incidentes na comunidade; Conscientizar população sobre a importância de seguir corretamente os tratamentos prescritos, evitando retornos desnecessários à UBS.</p>	<p>População orientada sobre a importância da prevenção de agravos, durante o seguimento do tratamento proposto, a do perigo de automedicação; Diminuição da demanda espontânea na unidade.</p>	<p>Atividades educativas, como palestras e dinâmicas na Unidade, o tema da orientação familiar durante as visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde e das orientações individuais durante as idas a UBS, seja na recepção, nas consultas médicas e com a enfermagem.</p>	<p>Cognitivo na informação s o tema estratégias de comunicação: articulação com o poder público e Financeiro: Aquisição de recursos materiais gráficos educativos.</p>

Fonte: Adaptado de Santos, Faria e Campos, 2010.

Tendo em vista a pandemia da COVID-19, que forçou a alteração da oferta de serviço e fluxo de atendimento da Unidade a partir de abril de 2020, houve uma redução natural da procura por atendimento da população, o que acabou diminuindo a fila de espera e o trabalho pôde ser reorganizado. Com isso, aproveitamos para discutir com toda a equipe através de reuniões quinzenais acerca dos principais agravos da comunidade, a melhor forma de sistematizar o trabalho e atender a população, e da importância da realização do acolhimento qualificado por toda a equipe.

A partir dessas discussões, buscamos realizar o trabalho com a população, seja durante as consultas individuais, busca por serviços da unidade e, especialmente, os usuários que compareciam para o atendimento de demanda espontânea. Com melhoria da escuta e maior demonstração de cuidado com a população, foi possível perceber que alguns usuários tinham seus problemas sanados ainda na recepção, sem a necessidade de consulta médica, como é normalmente requisitado.

Contudo, embora algumas implementações já tenham sido feitas, apenas com o retorno do fluxo de atendimento normal será possível identificar a efetividade das ações supracitadas. Nesse período, as reuniões em equipe para discussão de casos e forma de melhoria nos atendimentos serão mantidas e o trabalho realizado da melhor forma possível.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

O câncer mamário configura-se como a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) demonstram que o câncer de mama no ano de 2019 representou 29,5% dos cânceres em mulheres, acometendo 59.700 mulheres. Em 2016, 16.069 mulheres perderam a vida no país em decorrência dessa doença (INCA, 2019).

No estado do Pará, a Coordenação Estadual de Atenção Oncológica informa que o estado registrou 627 casos de câncer de mama em 2017 e outros 659 em 2018. Em 2019, a neoplasia acometeu 662 mulheres e levou 330 a óbito.

Embora sua incidência seja mais comum em mulheres de idade mais avançada, Azevedo *et al.* (2016) alertam que o número de casos em pacientes abaixo dos 50 anos tenha crescido exponencialmente nos últimos anos, e com uma ampla gama sintomatológica. O Ministério da Saúde descreve que os principais sinais e sintomas que podem fornecer indícios da presença do câncer de mama são: presença de nódulo, geralmente endurecido, fixo e indolor na região das mamas; pele mamária avermelhada e com aspecto de casca de laranja; alterações no formato do mamilo; saída espontânea de líquido sanguinolento ou amarelado pelos mamilos. Além disso, pode ocorrer também nódulos nas axilas e na região do pescoço devido ao inchaço dos linfonodos (BRASIL, 2013).

Ainda que o câncer de mama seja decorrente de causas multifatoriais, estudos revelam que alguns casos podem estar ligados à fatores genéticos (presença de câncer de mama em parentes de primeiro grau), mas a maioria dos acometimentos se relacionam com o estilo de vida, fatores ambientais e condições de saúde do indivíduo (INCA, 2019; SCHNEIDER *et al.*, 2014; GHELLERE, 2014).

No que concerne o diagnóstico, é preconizado pelo Ministério da Saúde que as mulheres entre 50 e 69 anos devem se submeter ao exame a cada dois anos (BRASIL, 2013). Contudo, Brito *et al.* (2005) informam que a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS) em implementar essa cobertura vem sendo questionada, tendo em vista que o número de mulheres que são diagnosticadas tardiamente ainda é alarmante. Assim, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) acredita que a mamografia de rastreio deva ser realizada todos os anos nas mulheres que já atingiram os 40 anos de idade (SILVA, 2015).

Frente a esse cenário, é possível perceber que o diagnóstico tardio ainda é um dos principais responsáveis pelas altas taxas de mortalidade pelo CA de mama no Brasil. Nesse sentido, a educação em saúde surge como ponto imprescindível para que informações gerais sobre câncer de mama sejam difundidas para a população, no intuito de facilitar a prevenção, estimular a adesão ao tratamento e aumentar a sobrevida em mulheres, pois a prevenção do câncer mamário não é totalmente possível e baseia-se no controle dos fatores de risco e no estímulo aos fatores protetores, especificamente aqueles considerados modificáveis.

No Município de Marituba, localizado no estado do Pará, a 11km da capital Belém, a população informada pelo último Censo Demográfico foi de 108.246 habitantes, distribuídos num território de 103,343 km² (IBGE, 2010). Já a população coberta pela Unidade Básica de Saúde União conta com uma população de 2.962 pessoas. Destas, 1506 são mulheres e 440 estão acima dos 40 anos de idade.

Além da percepção da dificuldade da equipe em acolher e organizar o atendimento da demanda espontânea da população, conforme abordado na Microintervenção 01, percebemos também um déficit de informação da população acerca do câncer de mama, além de hábitos e estilo de vida ruim, e baixa adesão das mulheres aos exames de prevenção ao CA mamário.

A partir dessa percepção, definiu-se esse problema para a proposta de microintervenção 02, a fim de orientar e conscientizar as mulheres acima dos 40 anos de idade acerca da importância da realização dos exames de rastreio anualmente para detecção precoce do câncer de mama, bem como da sua prevenção através da adoção de hábitos saudáveis e busca pela melhoria de qualidade de vida na comunidade.

O objetivo da presente microintervenção foi sensibilizar e conscientizar as mulheres com mais de 40 anos sobre a importância da realização dos exames de rastreio para detecção precoce do câncer de mama na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde União.

Os nós críticos priorizados foram:

1. Déficit de orientação e articulação da equipe da Unidade Básica de Saúde União para a realização de orientações quanto ao câncer de mama e seu rastreio;
2. Baixo nível de informação das mulheres quanto à importância da detecção precoce e adoção de hábitos saudáveis na prevenção do câncer de mama.

Para esses nós críticos, foram sugeridas estratégias coletivas como:

- Encontros com a equipe para discussão e capacitação sobre câncer de mama e a importância de incentivar as mulheres a realizarem os exames de rastreio anualmente;
- Conscientizar e informar as mulheres com mais de 40 anos acerca da relevância do auto cuidado através de palestras educativas, rodas de conversa, durante as consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares.

Com isso, almeja-se que toda a equipe de saúde se engaje na realização do atendimento prestado às mulheres, no que concerne o Câncer de Mama, para que as orientações sejam incluídas na rotina da unidade de forma organizada e eficiente, mas também que população esteja ciente da importância do comparecimento às consultas de rotina.

Os recursos necessários para o alcance das metas envolvem o desenvolvimento dos aspectos cognitivos, políticos e financeiro, e conta-se com o envolvimento de todos os profissionais de equipe. Com relação aos prazos, vislumbra-se ao menos dois meses para que sejam percebidas as mudanças iniciais.

Houve a intenção de iniciar as ações em dezembro de 2020, contudo, a pandemia

causada pela COVID 19 gerou alteração nos atendimentos e impossibilitou a total implantação dessa microintervenção. Apenas abordagens às mulheres durante o comparecimento aos serviços da Unidade puderam ser feitos. Assim, resultados significativos ainda não foram percebidos, tendo em vista o atual momento de isolamento que vivemos, e também porque esse configura-se um projeto de trabalho à longo prazo, e que continuará a ser desenvolvido pela equipe.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente especialização me permitiu ter uma visão mais cuidadosa em relação ao cuidado com a comunidade a sistematização dos serviços oferecidos pelas unidades de Atenção Básica, especialmente em relação à prevenção de agravos, além de ampliar as informações oferecidas aos pacientes, de maneira mais enérgica e contundente.

Dentre as principais dificuldades a serem enfrentadas pela equipe da ESF União, percebemos que o acolhimento figurou como elemento que mais necessitava de melhorias, tendo em vista sua relevância para avaliação da qualidade dos serviços de saúde como um todo, já que contribui para a procura pelo usuário e sua satisfação com o atendimento recebido, determinando a escolha do serviço e estabelecendo um vínculo duradouro e de confiança, e foi o tema escolhido para a Microintervenção 1.

Já a Microintervenção 2 abordou a importância da realização dos exames de rastreio para detecção precoce do câncer de mama, com educação em saúde tanto para a equipe da ESF União, quanto para as mulheres acima dos 40 anos de idade da área de cobertura.

Embora a pandemia ocasionada pelo Coronavírus alterasse a rotina de serviços da unidade e, conseqüentemente, a implantação de ambas intervenções, foi possível dialogar com a equipe sobre o acolhimento e evidenciar que a maioria dos integrantes não somente desconhecia, como também subestimava sua importância para a Atenção Básica.

Assim, a capacitação da equipe para o fornecimento de um acolhimento humanizado, com escuta cuidadosa e qualificada à população, se mostrou efetiva para a diminuição da fila de espera para consultas médicas, já que alguns usuários tinham suas dúvidas sanadas com a equipe de enfermagem, na recepção ou até mesmo através das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde. Já as conversas acerca de câncer de mama puderam apenas ser realizadas durante consultas individuais, tanto de enfermagem quanto médica, e ainda não pode produzir resultados significativos, mas almeja-se sua implantação e desenvolvimento assim que a pandemia se encerrar.

Portanto, sabendo que esse vírus respiratório que alterou todo o funcionamento do país, especialmente o sistema de saúde, é uma ameaça Global, devemos estar protegidos da possível infecção, seguindo as medidas básicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, a fim de potencializar ainda mais a luta contra essa enfermidade tão devastadora. Será necessária a conscientização de encarar todas as dificuldades existentes, mantendo a priorização do autocuidado e do cuidar do próximo. Conseqüentemente, essas metas serão nosso escudo diário para a proteção de todos os profissionais, especialmente a população em geral.

5. REFERÊNCIAS

AZEVEDO RL, GERÓTICA RMG, SANCHES TP. A Importância da Mamografia no Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama. UNILUS Ensino Pesq. 2016;13(30):251.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf . Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

BRITO C, PORTELA MC, VASCONCELLOS MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 2005; 39(6):874-81.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FRACOLLI LA, MAEDA ST, BRITES PR, SEPÚLVEDA SCF, CAMPOS CMS, ZOBOLI ELCP. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. Revista Eletrônica de Enfermagem 2003; 5(2):68-72.

GHELLERE, Matheus Luiz Dugno “Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil” Revista Brasileira de Oncologia Clínica, Vol.10no 36, maio – junho 2014, pag 63. Disponível em: <<https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/36/artigo3.pdf>>.

SCHNEIDER IJC, GIEHL MWC, BOING AF, D’ORSI E. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(9): 1987-1997

Silva LÁN, Harayama RM, Fernandes FP, Lima JG. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. Saúde Debate [Internet]. 2019;43(122):742-54. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>

SILVA RCF. Mamografia e rastreamento mamográfico: o debate da detecção precoce do câncer de mama contextualizado para a realidade brasileira. In: Teixeira L. Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2015. p.165-203.

SOUZA RA, CARVALHO AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estudos de Psicologia 2003; 8(3):515-523.

6. APÊNDICES

APÊNDICES: Registros Fotográficos das Microintervenções realizadas pela ESF União.

FIGURA 1 - CAPACITAÇÃO DA EQUIPE SOBRE CÂNCER DE MAMA



Fonte: O autor, sob autorização de todos os envolvidos.

FIGURA 2 - CAPACITAÇÃO DA EQUIPE SOBRE ACOLHIMENTO



Fonte: O autor, sob autorização de todos os envolvidos.

FIGURA 3 - PALESTRA SOBRE COVID-19 PARA A COMUNIDADE



Fonte: O autor, sob autorização de todos os envolvidos.