

INSTITUTO LUTERANO DE ENSINO SUPERIOR
BACHARELADO EM PSICOLOGIA
JHENIFFER RODRIGUES SOUZA
KAIANNY CUSTÓDIO MARTINS
LAURA ALVES CARREIRO
YASMIN OLIVEIRA RIBEIRO

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES: ATENÇÃO BÁSICA PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ITUMBIARA-GO

2022

JHENIFFER RODRIGUES SOUZA
KAIANNY CUSTÓDIO MARTINS
LAURA ALVES CARREIRO
YASMIN OLIVEIRA RIBEIRO

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES: ATENÇÃO BÁSICA E PROGRAMA DE SAÚDE
FAMILÍA**

Relatório de atividades apresentado ao curso de Graduação em Psicologia da Universidade Luterana de Ensino Superior como requisito parcial para aprovação na disciplina, Políticas Públicas e Gestão em Saúde, orientado pela Professora Carina do Carmo Couto.

ITUMBIARA-GO
2022

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	4
2.1. Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).....	4
2.2. Estratégia da Saúde da Família (PSF) e sua Relação com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).....	5
2.3. Equipe Multiprofissional.....	6
2.4. Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família (PSF).....	7
3. MÉTODO.....	9
4. DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO.....	10
5. PLANO DE AÇÃO.....	12
6. IMPRESSÕES PESSOAIS.....	13
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
8. APENDICE.....	18
8.1. APENDICE A - Imagens do PSF por dentro e por fora.....	18

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório oferece o registro das atividades desenvolvidas na disciplina de Políticas Públicas e Gestão em Saúde com carga horária de 76 horas, durante o semestre letivo do ano 2022/1, pela Universidade Luterana do Brasil.

O projeto de estágio de observação refere-se a extensão universitária realizada no Programa de Saúde da Família (PSF). Com a supervisão da professora orientadora Carina do Carmo Couto.

A motivação desse relatório, é tentar explicar a funcionalidade da Atenção Básica (AT) e Programa de Saúde da Família (PSF), desde a criação, desenvolvimento e profissionais que atuam dentro desse sistema, bem como suas opiniões a cerca de melhorias para a instituição que reside em Araporã - MG.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

É direito de todo o cidadão ter a garantia de acesso à saúde com qualidade. O atual sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se amparado diretamente no artigo 196 da Constituição Federal e consolidado na Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, 1990). O SUS instituiu um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, configurando a Atenção Básica ou Primária em Saúde.

2.1. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SÁUDE DA FAMÍLIA (PSF)

O termo Atenção Básica (AT) no Brasil significa o primeiro nível de atenção à saúde e ampara-se no princípio da integralidade, abrangendo a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Seus princípios e suas diretrizes organizativas são articulados como uma formulação típica do SUS e incorporados pelo Programa da Saúde da Família (PSF), denominado atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF a partir de sua criação busca atuar na organização de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, MERCHÁN HAMANN, 2009)

Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção

de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Rodrigues (1998), relendo a publicação do Ministério da Saúde, entende que o PSF possa contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde.

2.2. A ESTRÁÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E SUA RELAÇÃO COM O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS).

O Ministério da Saúde, antes de implementar o PSF, lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de reorganizar a prática de atenção a saúde, substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família. A atenção deve estar centrada na família e no seu contexto, o que deve possibilitar às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

A partir da Portaria 224/1992 foram incorporadas ações de saúde mental na Atenção Básica nesta rede diversificada de serviços (ESF/PACS), buscando oferecer melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (BRASIL, 2004). No entanto, é importante salientar que nesse período as ações de saúde mental eram pontuais e não se tinha uma política nacional na área que explicitasse as práticas que deveriam ser implementadas nos diferentes níveis de atenção, menos ainda na Atenção Básica.

Teixeira (2002) caracteriza a implementação do PACS e do PSF como relacionadas a várias inovações, com atividades que não ficam restritas ao espaço físico da unidade de saúde, mas que extrapolam seus muros, através de ações de atenção básica em grupos específicos, além de atividades preventivas e educativas. Analisa que embora tenham sido elaborados originalmente como programas focalizados, destinados a grupos da população relativamente sem acesso ao consumo de serviços, a Saúde da Família, em vários municípios, vem se mostrando como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde, com o propósito de interferir na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade, tal como prevê o Ministério da Saúde.

O foco seriam os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção de maneira a incluir as ações e serviços curativos, mas também as ações e serviços

que incidem no modo de viver da comunidade. Deste modo, superando a atenção centrada no atendimento aos doentes por ações de prevenção e promoção da saúde nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços (TEIXEIRA, 2002).

2.3. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A partir da implantação da Constituição de 1988, o SUS tem como responsabilidade a organização da Saúde do Trabalhador como um direito à saúde e suas ações exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e a ativa participação do trabalhador. Envolve todos os níveis de atenção e esferas de governo SUS em seu aspecto intrasetorial e intersetorial, relacionados com as políticas de desenvolvimento como Previdência Social, Trabalho, Justiça, além de outros setores. A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado no país representa, na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro (BRASIL, 2005).

As equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Elas atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes da população, e na manutenção da saúde (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2006 pela Portaria nº. 648, definiu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Portaria muda a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF) e inclui a possibilidade de inserção do cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, como integrantes desta equipe multiprofissional, prevendo também a alocação de distintos profissionais da área da saúde, bem como o apoio de equipes matriciais de outros campos da saúde coletiva para fornecer suporte a estas equipes (BRASIL, 2006).

O propósito dessa composição generalista é facilitar uma visão e atenção mais abrangente possível, voltada para o todo e não em especialidades, intervindo em situações que ultrapassam a especificidade do setor saúde, buscando interferir nos determinantes sobre as condições de vida e saúde, ou seja, olhar para as pessoas no seu contexto familiar e social. A ESF deveria conectar-se com toda a rede através do esquema de referência e contra-referência, desenvolvendo o vínculo com o usuário em todas essas intervenções e também ser a porta de entrada aos serviços de outros níveis de atenção (BRASIL, 2005).

O modelo deve ser substituto ao tradicional de atenção básica, devem atuar no território tendo a família e a comunidade como unidades privilegiadas com a participação ativa da comunidade, promovendo a cidadania através de diagnóstico situacional e planejamento para o enfrentamento dos problemas de saúde e na responsabilização de cada esfera do governo (BRASIL, 2006).

Nesta direção, visando fortalecer e apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF. (BRASIL, 2008)

2.4. SAÚDE MENTAL E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

A atenção básica é considerada como preferencial porta de entrada ao SUS, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Através da participação e protagonismo do usuário, buscar seu comprometimento com o tratamento e quebrar com lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a única alternativa para melhorias, criando laços sociais e reforçar a força do território como meio para a reabilitação social (BRASIL, 2008).

No sentido de garantir que a inserção de ações de saúde mental na Atenção Primária ocorra, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, determinam a elaboração e implantação de um Plano Nacional (BRASIL, 2001).

O governo brasileiro tem como objetivo diminuir os leitos psiquiátricos progressivamente e também expandir e fortalecer a rede de serviços em saúde mental, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e

Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). As ações da saúde mental na atenção básica incluem a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; a formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica e a promoção dos direitos de usuários e familiares e participação no cuidado. Além disso, prevê o tratamento de qualidade à pessoa com transtorno mental infratora e avaliação contínua dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) (BRASIL, 2004; PINTO, 2007).

Portanto, na especificidade da atenção em nível básico no SUS, no atendimento à demanda em saúde mental, é instituída há quase 20 anos, a Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004). Ela resgata os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e as diretrizes de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, a garantia de continuidade da atenção, definição de normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar. A portaria é um marco legal em termos da atenção primária à saúde mental no SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a maioria das cidades brasileiras dedica com empenho à desospitalização de pacientes cronicamente asilados, ao cuidado dos casos graves e outros sofrimentos nos serviços de saúde mental. Os ambulatórios e a atenção básica (AB) têm como foco de trabalho, em grande parte, o sofrimento psíquico menos grave em qualquer uma de suas formas.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2003) deve estar fundamentada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O modelo de redes territoriais de cuidado, com articulação transversal com outras políticas específicas, deve ser seguido, construindo vínculos e acolhimento. As políticas oficiais e seus princípios fundamentais na articulação entre saúde mental e atenção básica são sintetizados:

Noção de território, Organização da atenção à saúde mental em rede, Intersetorialidade, Reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, Desinstitucionalização, Promoção da cidadania dos usuários, Construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde admite que aproximadamente 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6% a 8% transtornos causados pelo uso de álcool (BRASIL,

2003). Na realidade das equipes de atenção básica constata-se a incidência cotidiana de problemas de “saúde mental”, como agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. As equipes da atenção básica passam a ser um recurso estratégico para o enfrentamento destes problemas em função de sua proximidade com famílias e comunidades (BRASIL, 2008).

Para Tanaka e Ribeiro (2009), o direcionamento da reforma psiquiátrica para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) secundarizou a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. Para superar essa defasagem, segundo os autores, a Coordenadoria Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde elaborou vários documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica. As principais diretrizes para esta articulação são: Apoio matricial de saúde mental às equipes da atenção básica; Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica; sistema de Informações da atenção básica (BRASIL, 2003).

2. MÉTODO

Como a natureza do presente trabalho fundamenta-se em projeto de intervenção amparado em pesquisa bibliográfica com embasamento didático literário com o intuito de discutir como as políticas públicas em saúde estão sendo trabalhadas na prática em unidades de saúde, quatro alunas do curso de Bacharelado em Psicologia do ILES – ULBRA Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara – GO com o auxílio da professora orientadora Carina do Carmo Couto desenvolveram o projeto mediante deliberado enfoque no estudo da Portaria N° 1.459/11 e, a partir daí, revisão de literatura em obras que explanam a temática. O método utilizado contou, primeiramente, com a observação, pesquisa e sondagem de livros didáticos, bibliográficos e científicos disponíveis primariamente no arquivo digital da biblioteca do Ministério da Saúde; ainda, sites especializados na discussão da temática. Na consulta do acervo da biblioteca virtual do Ministério da Saúde e da Portaria N° 1.459/11 a busca foi focada, simples e clara.

Seguindo o cronograma, a partir da pesquisa bibliográfica, o trabalho destinou-se ao campo onde em entrevista com um membro do corpo de trabalhadores do Projeto Rede Atenção Básica Programa de Saúde da Família, pode-se visualizar na prática como a lei vem

sendo implementada aos usuários e quais são as dificuldades para o pleno funcionamento da rede.

O recurso de materiais como instrumento de coleta foi possibilitado pela tecnologia da comunicação como: internet na utilização de aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones e/ou microcomputadores. E também por visitas presenciais a rede citada, e utilização de cadernos e canetas para preencher as informações que foram apresentadas. Seguindo um total de 4 encontros a rede, um deles para apresentar a proposta de intervenção a demanda que foi discutida.

3. DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO

Ao realizar a visita, foram relatadas algumas informações como: A Estratégia Saúde da Família apresenta uma importante mudança no foco da atenção, que tem uma preocupação de assistir a família em seu território social, entendendo as suas singularidades e as especificidades locais e regionais. A Rede de Atenção tem em sua legislação, a normatiza de elaboração de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Tem em sua base conceitos com cuidado e acolhimento, humanização, vigilância epidemiológica, segurança e um olhar para a comunidade e para a família como protagonista da sua história e central na determinação de uma saúde pública coletiva.

Seguindo as linhas de cuidado, que são ferramentas que apoiam uma série de serviços como atendimento e monitoramento de pacientes e que servem para tirar dúvidas ou dar continuidade a tratamentos, além de facilitar os diagnósticos de doença. Apresenta um trabalho através das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Segundo o IBGE, A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15.63 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 228 de 853 e 491 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1559 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente.

Já os serviços no município que atendem ao PSF II, estão incluídos, a Saúde Bucal, Alimentação e Nutrição, Programas Saúde, Médicos gerais e especialista, como

Fonoaudiólogos, Ginecologistas, Ortopedia, Psiquiatria, Psicologia, Pediatras, Programas de vacinação e etc.

Atualmente todos os PSF o I, o II e o III, passaram por uma reforma. O PSF que foi observado conta em sua estrutura, materiais novos, pintura nova, móveis novos, e tudo muito bem climatizado e bem iluminados, compostos por: sala da ginecologia, sala do médico geral, sala da enfermagem, 2 cozinhas, banheiro masculino e feminino na recepção, sala de reunião, sala de fono, sala de observação, sala da administração, consultório de isolamento, comôdo para guardas os materiais de limpeza/ lavagem dos instrumentos, sala de curativos, sala de atendimento psicológico, sala das vacinas, triagem, banheiros masculino e feminino para as salas que ficam no fundo, sala de recepção, sala de odontologia, escovodromo, jardim bem cuidado e coleta seletiva.

A entrada é totalmente acessível, aos cadeirantes assim como banheiros e salas adaptadas os portadores de necessidades especiais. Sua localização está muito bem fixada, na cidade de Araporã-MG.

Conta também para integrar a equipe, 03 Técnicos de enfermagem, 06 ACS, 01 Técnico de informática, 02 Auxiliares de serviços gerais, 01 Motorista da atenção básica, 01 Auxiliar Administrativo, 02 Enfermeiras, 03 Recepção, 01 Auxiliar de saúde bucal, 01 Auxiliar em Saúde, 01 Psicólogo, 01 Nutricionista, 01 Médica, 01 Educadora física, 01 Odontóloga, 01 Estagiário em Odontologia, 01 Técnico em Saúde bucal.

Quanto a descrição de dados a partir da visita de campo, no estabelecimento visitado, o número de atendimentos realizados são de 1.370 envolvendo as três unidades. Em decorrência da pandemia, os números diários subiram consideravelmente, pois no isolamento muitos não seguiram a rotina de exames e consultas, mesmo com as visitas domiciliares. E agora estão sentindo os efeitos desse período, onde os casos urgentes ficaram muito mais urgentes e casos que não eram, se tornaram urgentes por não cuidar.

Os encaminhamentos são feitos a outros pontos da rede conforme a demanda do paciente, que são entregues para a Secretaria de Saúde do Município, e a partir daí, são feitos os agendamentos ou reagendamento, dos exames ou consultas de acordo com a avaliação e necessidade encaminhada pela Médica da unidade. Atualmente não existe nenhuma demanda reprimida na rede. São utilizados também alguns indicadores de saúde como: Coleta de preventivo, hipertenso, diabéticos, gestantes e vacina. Todos fazem o acompanhamento e consulta, exceto o preventivo.

Em conjunto com a rede física, uma parte fundamental da Rede são os ACS desenvolvendo suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade

para programação e supervisão de suas atividades que incluem: realizar mapeamento de sua área de atuação, cadastrar e atualizar as famílias de sua área, identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco, realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas, desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente, incentivar a formação dos conselhos locais de saúde, orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades, participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas a superação dos problemas identificados.

4. PLANO DE AÇÃO

Após o levantamento de demandas, o estabelecimento de prioridades realizados a partir da entrevista com um membro do corpo de profissionais do Projeto de Rede, foi identificada uma possíveis demanda que no momento é a que mais necessita de estratégias para intervir e obter resultados satisfatórios, sendo eles: Um programa para incentivar as mulheres a coletar o preventivo. Os recursos financeiros para a elaboração de estratégias não são limitados.

Nesta etapa, conhecer como o problema é produzido é fundamental para solucioná-lo ou amenizar seu impacto na comunidade. A baixa adesão das mulheres ao exame Preventivo se deve tanto ao trabalho desenvolvido pela equipe quanto as pacientes. Podemos citar: Falta de conhecimento sobre as doenças causadas por não fazer o exame, questões socioculturais e entender a demanda.

Dentro do projeto de ação que foi elaborado estão compostos de operações, que são conjuntos de ações desenvolvidas durante a execução do plano e que consomem vários recursos, tais como: econômicos, organizacionais, e cognitivos. Mudar hábitos culturais e sociais.

Inicialmente, implantar palestras que chamem a atenção e a conscientização a cerca do exame, o quanto importante ele é. Para chamar a atenção da comunidade, através dos

recursos que não são restritos, pode-se implementar o sorteio de brindes a quem comprecer ao final da palestra, coisas simples mas que chamem a comunidade a estar presente. Assim como oficinas que estimulem a autoestima da mulher, através de grupo de atividade física/dança. Fazendo assim que se preocupem um pouco mais com a sua saúde, previnindo doenças.

Dentro dos recursos já feitos, pensamos também, como estamos na era digital, e o desenvolvimento da tecnologia veio para aproximar e aprimorar diversas questões, o primeiro contado é a informação e busca de conhecimento como citado. Então, a partir disso, o primeiro passo sugerido é a criação de um aplicativo que seja bem completo, prático e acessível a todos sobre a Coleta Preventiva, que tenha inicialmente finalidade de conscientizar e despertar interesse nas mulheres que tenham algum receio ou até mesmo pouco conhecimento. Para que se sintam mais acolhidas, através de relatos publicados, vídeos, campanhas de conscientização e programas.

A plataforma deverá fornecer agendamentos online para facilitar agendar e marcar as consultas para preservar sua privacidade e integridade e notícias sobre a importância do exame periodicamente. Além disso, orientar que no estabelecimento onde será realizado suas consultas, será em salas especiais e restringidas para esse atendimento e com profissionais qualificados. Dando assim uma maior credibilidade e confiança para as pacientes.

O receio da exposição por ser uma cidade relativamente pequena, é muito grande, então poderia ser pensado uma forma de conseguir fazer a coleta em casa, até elas terem um vínculo com o profissional, se sentindo segura, pois assim elas passaram a adiante e mais mulheres terão a consciência de que existe uma ética profissional e que é normal.

5. IMPRESSÕES PESSOAIS

Jheniffer Rodrigues Souza 8º Período

Ao entender a demanda da rede pesquisada, pude notar que as dificuldades que os profissionais estão enfrentando, estão muito ligadas a desinformação da própria população. Foram sugeridos como estratégias intervenções a cerca da conscientização da população, para que entendam os benefícios e os malefícios do exame coleta de preventivo. Acredito que se, essas mulheres entenderem os riscos que estão correndo por não fazer o procedimento, se tornaria mais fácil a coleta e o acompanhamento.

Contudo, ao realizar esse estágio não foi tão simples como pensei que seria, mesmo com várias lutas e várias conquistas, ainda sim percebi que há muitos outros campos a serem explorados e trabalhados. Como vimos, todo o trabalho do SUS na implementação do

PSF nos municípios, de fato é uma vitória, porém em muitos casos, tão pouco valorizado, e muitas vezes pela própria população. Durante minhas pesquisas, orientações e leituras, com certeza posso dizer que agreguei com grande êxito o aprendizado. Tanto ao tema, quanto a demanda que foi traga pela Rede, abordando assuntos que são extremamente necessários. Foi um semestre cheio oportunidades de crescimento. A psicóloga da qual tivemos o contato, nos trouxe várias questões a serem pensadas, uma delas é que, muitas vezes vivemos no automático, e não valorizamos o que é mais importante, nossa saúde tanto mental quanto fisiológica, e por vezes é necessário dar uma pausa e respirar para que assim possa voltar tudo ao seu lugar. Exercendo os direitos deveres de todo cidadão.

Kaianny Custódio Martins 3º Período.

A Instituição entrevistada faz os seus agendamentos todas as quarta-feiras para a realização do exame da coleta preventiva. Observei que na Instituição necessita de mais dias durante a semana para agendamento e que seria mais oportuno e qualitativo que os agendamentos fossem realizados pelo menos duas vezes na semana, sugiro que seja todas as segundas e quartas-feiras. No intuito da alta demanda de mulheres que precisam desse atendimento se torna mais viável e flexível a todas. Outro ponto que notei é também a forma do agendamento presencial, para mim, os agendamentos poderiam ser todos online de modo simples e prático direto da plataforma da Instituição mesmo. Para que mulheres que tenham vergonha ou receio de agendar não precisem passar por nenhum desconforto e, além disso, o mais importante é que isso não se torne motivo delas não se prevenir e de se cuidar. Essas são as considerações que gostaria de reforçar diante dos agendamentos, mas a maneira do manuseio, o respeito e o cuidado que os profissionais de saúde têm com as pacientes da coleta preventiva é admirável e exemplar.

Laura Alves Carneiro 2º Período

O Psf em Araporã-Mg, é muito organizado, uma estrutura nova e climatizada, salas organizadas e com bastante higiene. pude analisar uma demanda muito grande com preventivos que é um exame onde previne doenças como o câncer de colo de útero. Toda quarta feira eles deixam o dia para as mulheres irem e fazer a coleta do preventivo. Esse exame é extremamente essencial para as mulheres, mas infelizmente uma grande maioria não vai coletar por medo ou vergonha, pois é um exame muito íntimo. O objetivo é fazer com que

essas mulheres se sintam amparadas e seguras para realizar esse exame que é essencial para uma qualidade de vida melhor. Essa visita no Psf me mostrou que mesmo com verbas, salas adequadas e profissionais qualificados ainda precisa de ética profissional e de um vínculo com os pacientes.

Yasmin Oliveira Ribeiro 2º Período

Esse trabalho pretendeu entender que na rede, a recepção às mulheres para fazer o exame preventivo, é cautelosa, dando a assistência e cuidado adequado, recursos necessários e bem estar do ambiente. Para realizar a coleta do preventivo é necessário que a mulher compareça na unidade de saúde levando seus documentos pessoais e o cartão SUS. Elas vão no dia em que o exame é feito, entram na sala adequada para o exame, e realiza-lo conforme, tendo a assistência adequada, com isso vejo o local dando o suporte conforme o que precisa para uma boa realização e andamento do exame. No ambiente, constatei que tem uma boa preparação para a realização do exame, pois estão sujeitos também a novas reformas, tendo mais salas adequadas para o procedimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação em comunidade de a gestão do sistema único de saúde - SUS – e sobre as transferências inter-governamentais e recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 17 Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de trabalho para a discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na Atenção.** Relatório Final. Brasilia, 2001. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 17 Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18 Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental. 1990-2004.** 5.ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p. (Legislação de Saúde) Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: Acesso em: 17 Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ações. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004. p. 9-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília, 2005. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalhar, sim! Adoecer, não.** Caderno de textos para 3^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Seção 1, p. 47-50.

PINTO, T.R. **Encontros e desencontros**: a estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu.

RODRIGUES, C. R. F. Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE, 1994 – 1997. São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

SOUSA, M.F.; MERCHÁN HAMANN, E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, suppl.1, p.1325-1335, 2009.

TANAKA, O.Y.;RIBEIRO, E L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.477-486, 2009.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v.18, suppl., p. S153-S162, 2002.

7. APENDICES

7.1. APENDICE A - Imagens do PSF II por dentro e por fora.



